

Uppdukat

Nr 3 september 2017 årgång 29



WHO WOULD EVER HAVE THOUGHT THAT...

...these instruments would provide so much future for so many people?

150 YEARS OF
AESCULAP
PRODUCTS.
INNOVATION
THINKING AHEAD.

AESCULAP
150
1867 | 2017



Utgivare

Riksföreningen för operations-
sjukvård ISSN 1101-5624.

Upplaga

1900 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

Louise Almström

Foto: Privat**Annonser**

annonsansvarig@rfop.se

Redaktion

*Kristina Lockner
Inger Andersson
Marie Afzelius
Yvonne Törnqvist
Marie Månsson
Izabella Nordstrand*

**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 3 2017 årgång 29

Redaktionens ord...**sid 4**

Redaktionen tipsar...**sid 6**

Porträttet...**sid 8**

Forskningsmiljöer...**sid 10**

Om vår utbildning till
operationssjuksköterska genom
decennierna...**sid 11**

Gröna korset...**sid 15**

En klinik i förändring ...**sid 18**

Med styrelsearbetet i EAUN
öppnas nya utbildningsvägar för
operationssjuksköterskor...**sid 20**

Har personens intraoperativa
KROPPSLÄGE betydelse för
kognitiv återhämtning?...**sid 22**

Perioperativa samtal ger
säkrare vård...**sid 24**

Min operationsavdelning..**sid 28**

Skydda antibiotikan...**sid 30**

Föreningsnytt...**sid 32**

sid 15



sid 24



Välkommen att skicka in din artikel eller insändare till Uppdukat!

Några tips när du skriver:

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

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

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

Foto: Peo Sjöberg



Hösten kommer alltid med stormsteg tycker jag och efter en sommar som värmemässigt lämnar mycket övrigt att önska, gick det ännu fortare i år. Jag hoppas att du under sommarperioden har tagit ut de semesterdagar som du önskat, att du haft härliga dagar med dig själv, med familj, med vänner eller hur du nu har valt att tillbringa ledigheten. Många av oss behöver "bara vara"-tid i en värld där vi hela tiden är på tå och tillgängliga såväl på arbetet som privat.

I våras arrangerade vi ett välbesökt Hygienforum för 10:e året i rad och en av föreläsarna där, Carin Bergman, skriver om det nya kunskapsunderlaget vid Clostridium difficile-infektion i detta nummer. För dig som är intresserad finns flera föreläsningar från Hygienforum att hämta på Riksföreningens hemsida, www.rfop.se

Vi publicerar ännu en intressant artikel om perioperativa samtal. Denna gång kan du läsa Malin Wahlströms artikel om hur perioperativ dialog kan ge säkrare vård.

En annan artikel om patientsäkerhet är den om "Gröna Korset" från Södra Älvsborgs Sjukhus i Borås. Den handlar om hur man där utvecklat en enkel metod för att identifiera vårdskador,

risker för vårdskador och för att förbättra patientsäkerhetskulturen.

Vi lever alla i en föränderlig värld och många är vi som upplevt förändringar på våra arbetsplatser. Det kan vara delar av kliniker som bryts ut och flyttas till sjukhuset i staden bredvid eller det kan vara som i artikeln från Örebro att kliniker slås samman eftersom man redan samarbetar nära varandra, men också som där att en brist på personal uppstår. Nya arbetsuppgifter och rutiner kan för många kännas negativt från början, men ofta innebär det mycket positivt både för individen och gruppen med kompetensutveckling. I artikeln beskrivs också att förändringarna har ökat teamkänslan och respekten för varandras kompetenser. Nog så viktiga "bieffekter" – den härliga känslan av att arbeta i ett team med kollegor som har lika och olika utbildning och som arbetar mot samma mål för patienten.

Vår nästa kongress är Höstkongressen i Stockholm den 30 november – 1 december, 2017. Hoppas att du redan fått inbjudan i brevlådan, anmäl dig gärna!

Sök vårt supportstipendium och använd pengarna om du vill göra studiebesök på något annat sjukhus eller som bidrag om du vill åka till någon internationell kongress.

Passa på att läsa Birgitta Å Gustafssons historiska exposé över operationssjuksköterskan och hur vår utbildning skiftat genom tiderna. Vi har funnits med länge i den perioperativa omvårdnaden och jag känner stolthet över att vara operationssjuksköterska!

Trevlig läsning!



INBJUDAN TILL HÖSTKONGRESS STOCKHOLM WATERFRONT



Riksföreningen för operationssjukvård • www.rfop.se

Den 53:e Höstkongressen

30 nov – 1 dec 2017
Stockholm Waterfront

Sedan starten 1964 har föreningen arrangerat Höstkongress varje år och i år blir det för 53:e gången. Vi har ett gediget program med 22 föreläsningar!

Några av föreläsningarna finns under passet, Att jobba under extrema förutsättningar, där får vi ta del av:

- *Vilken roll har MSB*
- *Traumacentrum Karolinska den 7 april 2017 kl 14.53,*
- *De första 90 minuterna*
- *Erfarenheter från Terrorattentatet i Bryssel.*

En viktig del i vårt program är den medicintekniska industrins utställning. Där ges möjlighet att få information, nyheter, prova och ställa frågor.

Du hittar programmet i sin helhet och anmälan på rfop.se/Höstkongress

Vill du delta med en E-poster?

Skicka ditt abstract senast 15 oktober till poster@rfop.se



Bidrar till att skapa ultraren luft i operationssalen^{1,2,3,4}



Varför ultraren luft i operationssalen är en kombinerad insats – och väl värt det

Ni tar patientsäkerheten på allvar – och strävar alltid efter bästa möjliga resultat. En av 20 patienter riskerar dock en postoperativ sårinfektion⁵, vilket leder till smärta och onödigt lidande för patienten och kostar mellan 16 400 och 19 000 kronor per patient⁶. Ultraren luft uppnås genom en kombination av faktorer. Arbetskläder är en av dem.

BARRIER® Clean Air Suit bidrar till att skapa ultraren luft genom att minska luftkontaminering i operationssalen via personalen.

Proving it every day

På Mölnlycke styrs vi av ett enda syfte: att hjälpa vårdpersonal prestera sitt bästa. Och vi är fast beslutna att bevisa det varje dag.

Referenser: 1. Ljungqvist B and Reinmüller B. PEOPLE AS A CONTAMINATION SOURCE. Surgical clothing systems for operating rooms – a comparison between disposable non-woven and reusable mixed material. Report from Chalmers University of Technology. 2012. 2. Tammelin, A., Ljungqvist, B., Reinmüller, B. Single-use surgical clothing system for reduction of airborne bacteria in the operating room. J Hospital Infect. 2013. 84(3):245-7. 3. Tammelin, A., Hambraeus, A., Stahle, E. Routes and sources of Staphylococcus aureus transmitted to the surgical wound during cardiothoracic surgery: possibility of preventing wound contamination by use of special scrub suits. Infection Control and Hospital Epidemiology 2001;22(6):338-346. 4. Ljungqvist, B., Reinmüller, B. PEOPLE AS A CONTAMINATION SOURCE. Performance of single-use surgical clothing systems for operating rooms, Technical Report from Chalmers University of Technology, Gothenburg, Sweden. 2013. 5. European Centre for Disease Prevention & Control (ECDC) Communicable Diseases Report, 2008. 6. Anderson DJ et al. the official journal of the Society of Hospital Epidemiologists of America. 2008;29 Suppl 1:S51-61.

Läs mer på www.molnlycke.se

Mölnlycke Health Care AB, Box 13080, 402 52 Göteborg. Tel: 031-722 30 00. E-mail: info.se@molnlycke.com
Namnet Mölnlycke Health Care och logotypen och BARRIER® är registrerade globalt och tillhör något av företagen inom Mölnlycke Health Care-koncernen. Copyright [2016].


Mölnlycke®

Vårdskador vid omvårdnad

- en studie av patienters, anhörigas och vårdgivares anmälningar

Fredagen den 24 mars 2017 försvarade Leg. Sjuksköterska Åsa Andersson sin avhandling för avläggande av medicine licentiatavhandling vid Karolinska Institutet. Avhandlingen försvarades offentligt i Aulan, Ersta Sköndals Bräcke Högskola i Stockholm.

Huvudhandledare

Docent Görel Hansebo, Ersta Sköndal Bräcke Högskola, Institutionen för vårdvetenskap

Bihandledare

Professor Per-Olof Sandman, Karolinska Institutet, Institutionen för neurobiologi, vårdvetenskap och samhälle, sektionen för omvårdnad, Professor Ania Willman, Malmö Högskola, Institutionen för vårdvetenskap, Filosofie doktor Catharina Frank, Karolinska Institutet, Institutionen för neurobiologi, vårdvetenskap och samhälle, sektionen för omvårdnad

Betygsnämnd

Docent Katarina Göransson, Karolinska Institutet, Institutionen för medicin, Docent Lena Nilsson, Linköpings Universitet, Universitetssjukhuset i Linköping, Docent Kersti Theander, Karlstads Universitet, Institutionen för hälsovetenskaper, Avdelningen för omvårdnad

Åsa Andersson är Leg. Sjuksköterska med en magister i vårdvetenskap och arbetar som strategisk rådgivare på SSF, Svensk sjuksköterskeförening. Åsa har de senaste åren fungerat som årsmötesordförande vid Riksföreningen för Operationssjukvårds årsmöten och är därför välkänd bland många av oss medlemmar.

Bakgrund till studien är att tidigare forskning visat på brister i patientsäkerhet som orsakat vårdskador som vållat lidande. Trots att flera insatser för säker vård har genomförts internationellt och i Sverige, är antalet vårdskador fortfarande högt. Var tionde



Åsa Andersson

patient inom slutet somatisk vård i Sverige drabbas av en vårdskada.

Vårdskada definieras som "lidande, kroppslig eller psykisk skada eller

sjukdom samt dödsfall som hade kunnat undvikas om adekvata åtgärder hade vidtagits vid patientens kontakt med hälso- och sjukvården" (SFS, 2010:659).

Allvarlig vårdskada definieras som ”en skada som är bestående och inte ringa eller har lett till att patienten fått ett väsentligt ökat vårdbehov eller avlidit” (SFS, 2010:659).

Avhandlingens övergripande syfte är att bidra till kunskap om vårdskador inom omvårdnad utifrån patient- och anhörig- samt vårdgivarperspektiv samt om vilka faktorer som bidrar till allvarliga vårdskador.

Avhandlingen bygger på två delstudier med följande syfte:

I. Syftet var att undersöka vårdskador inom omvårdnad, så som de erfarits av patienter och anhöriga.

II. Syftet var att definiera de mest förekommande allvarliga vårdskadorna i särskilda boenden samt vilka faktorer som bidragit till dessa vårdskador och därigenom bidra till en säkrare omvårdnad i särskilda boenden.

Data för delstudie I bestod i totalt 242 identifierade vårdskador som anmälts av patienter och anhöriga till HSN, Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd 2009-2010. Data för delstudie II bestod av Lex Maria-anmälningar av vårdgivare till IVO, Inspektionen för Vård och Omsorg avseende allvarliga vårdskador på särskilda boenden under 2013, totalt 186 anmälningar. Data i både delstudie I och II analyserades med hjälp av innehållsanalys.

Resultatet i delstudie II visade på att 88 procent av de allvarliga vårdskadorna utgjordes av läkemedelsfel, fallskador, försenade eller felaktiga åtgärder och utebliven omvårdnad. Självmod eller försök till självmod hamnade som femte vanligaste allvarliga vårdskada.

Åsa Andersson har funnit en skillnad mellan patienters och anhörigas bedömning av vårdskador och vårdgivarnas bedömning av allvarliga vårdskador. Vårdgivarnas anmälningar av allvarliga vårdskador avser endast fysiska skador medan patienter och anhörigas anmälningar berör både kroppslig och psykisk skada eller sjukdom. Resultaten visar på att avsaknad av delaktighet kan

Resultat i delstudie I identifierade fyra kategorier av brister i omvårdnad som orsakade vårdskador:

Subkategorier	n=242	%	Kategorier
Bemötande	47	19	Delaktighet
Information	15	6	
Trygghet	9	4	
Subtotal	71	29	
Bedömning	62	26	Beslut/ställningstagande
Rådgivning	8	3	
Subtotal	70	29	
Läkemedelshantering	33	14	Omvårdnadsåtgärder
Insatser	23	9	
Subtotal	56	23	
Fall	17	7	Omvårdnad av personers grundläggande behov
Kroppsnära omvårdnad	28	12	
Subtotal	45	19	
Total	242	100	

orsaka vårdlidande för patienter och anhöriga vilka enligt Åsa skulle kunna förebyggas. Slutligen menar Åsa att omvårdnadskompetensen i särskilda boenden är lägre än i den slutna somatiska vården vilket kan vara en bidragande faktor till allvarliga vårdskador.

Som Åsa tar upp i sin bakgrund drabbas i Sverige var tionde patient inom slutna somatisk vård av en vårdskada. Internationellt sett är de vanligaste vårdskadorna vårdrelaterade infektioner, felmedicinering, misstag vid operationer, fel på sjukvårdsutrustning, fel diagnos eller utebliven åtgärd. Riksföreningen för operationssjuk-

vård medverkar i ett flertal projekt och har initierat flera projekt med syfte att främja god perioperativ omvårdnad och att förebygga vårdskada. Samtliga projekt finns att ta del av på Riksföreningens hemsida.

Vi gratulerar Åsa Andersson till ett väl genomfört och viktigt arbete! •

Fakta: Rose-Marie Gabrielson och Annika Sandelin för Kvalitetsrådet inom Riksföreningen för operationssjukvård

Hela avhandlingen finns tillgänglig på Karolinska Institutets hemsida:
www.ki.se, sök i ”KI Open archive”

Porträttet

Louise Almström



Jag heter Louise Almström, är 38 år och firar i år 10-årsjubileum som operationssjuksköterska. Innan jag utbildade mig till operationssjuksköterska jobbade jag som sjuksköterska på akutmottagning i fem år.

Vad var anledningen till att du utbildade dig till operationssjuksköterska? Jag kände att jag ville pröva något annat och blev då erbjuden att få min specialistsjuksköterskeutbildning betald och det blev operationssjuksköterska eftersom jag tyckte att det verkade vara ett spännande jobb och längtade efter att få vårda en patient i taget.

Jag gick min utbildning på Karolinska Institutet, Campus Huddinge. Utbildningen var två terminer och första terminen läste vi tillsammans med Anestesi och IVA. Utbildningen var på 40 poäng och jag minns att vi hade ett antal VFU-perioder, men kan inte komma ihåg hur många veckor de var på. Jag gjorde min VFU på Karolinska Huddinge. Vi var fyrtio studenter i kursen och jag tror att minst trettio av oss redan var kontrakterade av olika arbetsgivare. Så jag reflekterade aldrig då över om det fanns gott om eller ont om jobb.

Tre olika sjukhus

Jag har arbetat på tre olika sjukhus. Jag började min bana på Öron-näsa-halsoperation på Karolinska Universitetssjukhuset i Huddinge. Jag kände nästan direkt att det inte var en specialitet som passade mig just då och fick rätt snabbt en anställning av Försvarsmakten och varvade då det med att arbeta på kirurgoperation. Tack var att jag hade en fantastisk chef på ÖNH operation som gav mig den chansen att kunna få byta arbetsgivare på tre dagar. På fredagen bad jag om att få åka och på måndag morgon satt jag på tåget mot Skövde. Jag arbetade för Försvarsmakten i 2½ år. Av den tiden var jag sju månader i Afghanistan som operationssjuksköterska på en kirurgisk enhet. Sedan blev det Centraloperation Karolinska Universitetssjukhuset i Solna med gynekologi, urologi, kirurgi och trauma och nu arbetar jag på Universitetssjukhuset i Linköping. Allt detta har fört med sig att jag fått förmånen att förstå hur roligt det är att kombinera

min yrkesroll som operationssjuksköterska inom akut- och trauma-sjukvård på sjukhus och inom mindre ordnade förhållanden.

Andra utbildningar

Jag har läst vetenskaplig metodik och sedan gått en rad traumautbildningar, samt DSTC-kurser då mitt fokus blivit akut- och traumasjukvård. Har varit i Johannesburg för att lära mig traumasjukvård innan jag åkte till Afghanistan. Jag är instruktör i A- samt S-HLR och i TNCC och håller för tillfället på att utbilda mig i Klinsim, en kurs för klinisk träning och medicinsk simulering, för att kunna hålla i simuleringar med mina utbildningsansvariga kollegor från olika yrkeskategorier på vår klinik på ett mer standardiserat sätt och därmed öka patientsäkerheten. Förhoppningsvis leder det till att vi får bättre rutiner och blir ännu bättre på att hantera de utmaningar vi ibland ställs inför i vårt arbete. På min klinik försöker vi att ha minst en simulering per termin.

Jag arbetar numera 50 % som utbildningsansvarig på vår operationsklinik i Linköping och för att hålla mej uppdaterad läser jag en del vetenskapliga artiklar för att kunna göra förbättringsarbeten på min egen klinik. Jag är också en av tre kursledare för Region Östergötlands Postgraduate-utbildning för operationssjuksköterskor, så jag har förmånen att varje år lyssna på mängder av bra föreläsare samt träffa kollegor från hela landet och utbyta erfarenheter och diskutera olika ämnen. Nu i höst kommer jag att vara instruktör åt Försvarsmakten under en stor militärövning så jag håller mig aningen uppdaterad även på det området.

Det bästa med att vara operationssjuksköterska

För mig har det varit en fantastisk möjlighet att lära mig mängder med nya saker och få en chans att resa med mitt yrke. Idag har jag förmånen att få arbeta både kliniskt och med undervisning och viss utveckling som rör främst kirurkliniken. Att vara operationssjuksköterska innebär också att få vara en del av ett team runt en patient i taget och att ägna sig åt en patient i taget. Jag älskar mitt

yrke då det är omväxlande och spännande att lära nya saker och det är även tekniskt avancerat.

Nackdelar

Nackdelen med vår profession kan vara att vi ibland står väldigt oergonomiskt samt att jag i perioder upplever att det är brist på operationssjuksköterskor vilket gör att det kan vara svårt att bedriva förbättringsarbete samtidigt som vi ska upprätthålla produktion på kliniken. Jag brinner för operationssjuksköterskans roll i traumasammanhang. Tycker att det finns massor som vi kan tillföra i traumateam. Min vision och plan är att framöver försöka få till ett nätverk speciellt för traumaintresserade operationssjuksköterskor i landet. Den visionen delas av Susanna Eriksson som är operationssjuksköterska på Karolinska Universitetssjukhuset, Solna. Förhoppningen är att vi kan skapa ett forum att där vi kan diskutera aktuella frågor. Jag tycker att det ska vara en självklarhet att det finns en operationssjuksköterska med i traumaorganisationen på våra sjukhus runt om i landet.

I min roll som utbildningsansvarig har jag under det senaste året fått fler förfrågningar än tidigare att föreläsa och undervisa i hygien och aseptik för olika yrkeskategorier och det känns som ett viktigt arbete och där vår kompetens är till stor nytta.

Sedan kan jag inte låta bli att nämna Region Östergötlands Postgraduate-utbildningen för operationssjuksköterskor som också är en av de saker där jag lägger ner mycket tid och engagemang.

Jag vill rekommendera andra operationssjuksköterskor

Det viktiga är att göra det som känns roligt, vår yrkeskapacitet är väldigt bred med mycket valmöjligheter. Annars önskar jag framförallt att vi som operationssjuksköterskor ska synas mer och göra vår profession tydligare så att fler förstår vilket fantastiskt yrke det är. •

Forskningsmiljöer

En av Örebro universitets forskningsmiljöer definieras Centre for Perioperative Nursing (CPoN).

Ulrica Nilsson som är anestesisköterska och professor vid Örebro Universitet har byggt upp och ansvarar för forskningsmiljön CPoN.

Det övergripande syftet med forskningsmiljön är att testa olika instrument och metoder för att förbättra den perioperativa omvårdnaden för den kirurgiska patienten och därmed att öka patientsäkerheten och patienttillfredsställelsen.

Forskningsmiljön är multidisciplinär med forskare inom omvårdnad, informatik, systemvetenskap, biomedicin, medicin och hälsoekonomi. Forskningen bedrivs inom Anestesiologisk omvårdnad, Intraoperativ omvårdnad och Postoperativ återhämtning.

Exempel på forskningsprojekt som bedrivs är:

Aseptik och (re)kolonisering

Perioperativa rutiner och komplikationer efter ventagning på benet vid kranskärtskirurgi

Kompetens i operationssalen

Luftvägen: patientsäkerhet och dokumentation

Supporting parental behavior in relation to anesthesia induction to reduce children's preoperative anxiety

PRIC Postoperativ återhämtning hos barn

RAPP - Recovery Assessment by Phone Points •

Fakta: Karin Falk-Brynhildsen, Operations-sjuksköterska, Medicine doktor, Lektor Institutionen för hälsovetenskap och medicin, Örebro universitet



Foto: Peo Sjöberg

Ulrica Nilsson, Maria Jaensson och Karin Falk-Brynhildsen

Gå gärna in på Örebro Universitets hemsida och läs om de olika spännande forskningsprojekten som bedrivs inom CPoN. <https://www.oru.se/forskning/forskningsmiljoer/mh/cpon/>

Har du frågor är du välkommen att vända dig till forskningsmiljöföreståndare Ulrica Nilsson ulrica.nilsson@oru.se

Kunskap och Inspiration – E-posterutställning

Varmt välkommen att delta med en E-poster vid Höstkongressens posterutställning Kunskap och Inspiration!

Postern ska handla om ett projekt eller utvecklingsarbete från operationssjuksköterskans perspektiv, exempelvis utveckling av rutiner för säkrare vård, vårdmiljö, kvalitetsuppföljning, infektionsregistrering, dokumentation, handledning, utbildning, ledarskap, personcentrerad vård m.fl. områden. Observera att det inte behöver vara avancerade forskningsprojekt som presenteras, kvalitetsarbeten och utvecklingsprojekt är varmt välkomna.

Om du/ni vill delta, börja med att skriva ett abstrakt (med bakgrund, syfte, metod, resultat & slutsats om ca.200 ord) som beskriver arbetet du/ni vill presentera. Abstrakt mailas till Vetenskapliga rådet, mailadress poster@rfop.se före den 15 oktober.

Vetenskapliga rådet granskar därefter alla inkomna abstrakt och meddelar när du/ni kan gå vidare och utforma postern.

I år förenklar vi processen genom att använda oss av e-poster, du/ni kommer alltså inte att behöva trycka upp postern innan. Postern kommer istället att presenteras muntligen och på skärm. Tydliga instruktioner för e-poster meddelas efter att abstrakt godkänts och kommer också att läggas ut på Riksföreningen för operationssjukvårds hemsida.

En kongressdeltagare/poster som presenterar sin e-poster vid Höstkongressen betalar reducerad anmälningsavgift. Pris för bästa e-poster kommer att utses.

Vetenskapliga rådet och styrelsen i Riksföreningen för operationssjukvård



Om vår utbildning till operations-sjuksköterska genom decennierna

Sedan 1800-talet har det kontinuerligt funnits en utbildning till sjuksköterska och operationssjuksköterska i Sverige. Begreppet sjuksköterska fanns däremot beskrivet redan år 1764 i svensk litteratur¹. Utbildningens utformning har varierat och varit anpassad till det samtida samhället och vårdens inre organisation. På 1800-talet vårdade sjuksköterskan patienten både på vårdavdelningen¹ och på operationsavdelningen, medan dagens professionella specialistsjuksköterska inom operationssjukvård har både en yrkes- och akademisk examen gällande både vårdande och forskning. Dessutom är titeln operationssjuksköterska en skyddad yrkestitel som endast kan användas av dem med en examen från en godkänd utbildning^{2,3}.

För de första sjuksköterskorna, som utbildades i Sverige vid diakonissanstalten i Stockholm från 1851⁴, ingick även vården vid patientens operation. Vid operationen var fokus - då som nu - patientens bästa genom hygieniskt och aseptiskt vårdande, den kirurgiska utrustningen och teamarbetet som också innebar ett nära samarbete med kirurgen vid instrumenteringen. I slutet av 1800-talet fanns en sjukhusanknuten utbildning till operationssjuksköterska på en del platser i landet. Arbetet som operationssjuksköterska beskrivs nu som ett eget yrke. På den här tiden var yrkesbenämningen operationssköterska och inte som idag operationssjuksköterska.

Sahlgrenska sjukhuset i Göteborg anställde en operationssjuksköterska år 1884 och i Lund anställdes en år 1898⁴. Holmdahl skriver i boken om *Sjuksköterskans historia*⁴ "Den äldsta specialiteten är operationssköterskans. Med aseptikens framgång och de stora operationernas genombrott anfördes detta arbete till den mest betrodda sköterskan. Det var status att bli ope-

rationssjuksköterska...^{4 s 210}. Och, den enda specialistsjuksköterskan med expertkunskap på patientsäkert hygieniskt vårdande vid kirurgi⁵ med ett ständigt vakande öga över patientens bästa vid operationen var inrättad⁶. Svenska sjuksköterskors vårdande har sedan 1850-talet varit influerat av Florence Nightingales teori om vårdhygien⁷. Nightingale sägs även ha myntat begreppen Scrub Nurse och Circulating Nurse som inom svensk operationssjukvård kan jämföras med instrumenterande - och cirkulerande operationssjuksköterska.

Staten bestämde att utbildningen från år 1920 skulle omfatta 2 år¹ med utgångspunkt i dåvarande Medicinalstyrelsens arbete om sjukvårdspersonalens utbildning. År 1920 tillkännagavs Kunglig Majestäts kungörelse angående statens godkännande av sjuksköterskeskolor och sjuksköterskebyråer. Sjuksköterskebyråer kan jämföras med dagens bemanningsföretag för sjuksköterskor - inget nytt under solen, eller? År 1920 tillkännagavs även kungörelsen angående instruktion för inspektrisen över sjuksköterskewäsendet¹ med kontroll av att de olika utbildningarna i landet uppfyllde fastställda fordringar. Antagningskraven till utbildningen skärptes nu och det krävdes högre utbildning än folkskola för att bli antagen. Det var endast de som genomgått en statskontrollerad sjuksköterskeutbildning som uppfyllde behörighetskraven för en anställning som sjuksköterska i "det allmänna tjänst" med rätt till pension¹. Operationssjuksköterskan var härmed en person som ingick i landets samhällsbärande verksamheter.

På 1930-talet gav medicinalstyrelsen ut reglemente för en enhetlig sjuksköterskeutbildning med både planer för undervisning och för arbetsordning. Inträdeskrav till utbildningen var en formell examen från t ex en

flick- eller realskola. Specialisering till operationssjuksköterska ingick i utbildningen om sex terminer¹. Lärarna i sjuksköterskeutbildningen valde ut de duktigaste "eleverna" som fick bli operationssjuksköterskor. *Elev* var den här tidens benämning på en blivande sjuksköterska under utbildning.

1957 infördes Legitimation som sjuksköterska efter en genomförd och godkänd utbildning¹. Idag beviljar Socialstyrelsen samtliga legitimationer för sjuksköterskor och ansvarar även för register över de legitimerade sjuksköterskorna. Och det är fortfarande Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd, HSN, som hanterar anmälningsärenden som kan leda till deslegitimering av en sjuksköterska, medan Inspektionen för vård- och omsorg, IVO, hanterar övriga anmälningsärenden för personal inom hälso- och sjukvården.

1960-1981 genomförs en ny enhetligt nationell utbildningsmodell om fem terminer till sjuksköterska. De blivande sjuksköterskorna benämndes nu studenter och fick inte längre fungera som arbetskraft och ersätta vårdpersonalen som tidigare⁴. Därmed gick titeln "elev" i graven. En avkortad variant med tre av de fem terminerna erbjöds till vårdpersonal med en formell undersköterskeutbildning. En fristående påbyggnadsutbildning/vidareutbildning, VUB, om två terminer till operationssjuksköterska inrättades⁸. Sådan VUB om två terminer kunde ibland fram till 1977, ge formell dubbelbehörighet för tjänstgöring både som operations- och anestesijuksköterska. Det förekom även andra möjligheter till vidareutbildning för legitimerade sjuksköterskor som t ex "Lundamodellen" med VUB inom operations- och anestesijuksvård samt intensivvård.

År 1961 startades utbildning till operationsassistent där antagningskravet var en slutförd enhets/grundskoleutbildning. Assistentutbildningen följde dåtidens läroplan för yrkesskolans utbildningar och omfattade till en början fyra terminer. Efter 13 års arbete för en förlängning av utbildningen tillkom en femte termin. Utbildningen pågick t.o.m. 1981. Så småningom infördes att operationsassistenter efter fyra års väl vitsordad tjänstgöring kunde ansöka hos Socialstyrelsen om en legitimation som sjuksköterska. 1979 genomfördes, vid ett tillfälle, en arbetsmarknadsutbildning som omfattade mindre än två terminer till operationsassistent. Antagningskravet var erfarenhet av arbete på operationsavdelning som undersköterska. Utbildningens start omgärdades av omfattande protester. En protestlista med 5000 namnunderskrifter av kirurger och operationssjuksköterskor lämnades till dåvarande landstingsborgarrådet Bo Könberg i Stockholm under den timmes audiens för samtal protestgruppens kärntrupp beviljades. Samtalet med borgarrådet resulterade i överenskommelsen att ingen ny sådan utbildning skulle startas före utvärderingen granskats. I slutet av 70-talet, 1977, införlivades de medellånga vårdutbildningarna i den landstingskommunala högskolans organisation. Vårdhögskolor inrättades med landstingen som huvudmän och Universitets- och högskoleämbetet, UHÄ, som tillsynsmyndighet⁴.

1982 introducerades en ny enhetlig nationell utbildningsmodell⁹. Gymnasieutbildningens vårdlinje om två år inrättades och ledde till en undersköterskeexamen som också var antagningskrav till Hälso- och sjukvårdslinjen till sjuksköterska om två år⁸. Sjuksköterskeutbildningen hade flera inriktningar som allmän-, operations-, onkologi- och psykiatri- eller röntgensjuksköterska. Det första läsåret lästes och genomfördes gemensamt för de olika inriktningarna.

Perioperativ omvårdnad för operationssjuksköterskans specifika vårdande enligt omvårdnadsprocessen infördes i utbildningen under den här perioden. Vi lärare var inspirerade av våra amerikanska operations-sjuksköterskekollegors forskning¹⁰, innan vi hade skapat kunskap inom området i Sverige genom egen forskning. En första svensk studie *Betydelsen av individuell vårdplanering inom operationssjukvården - sett ur*

operationsteamets perspektiv presenterades i en rapport från Borås av operationssjuksköterskan Ulla Ots 1988. Flera kliniska projekt följde därefter bl.a. vid Neuro Operation i Uppsala på 1980-talet med perioperativ omvårdnad och perioperativ utbildning¹². Specialiseringen till operationssjuksköterska ingick i de fyra terminerna till sjuksköterska, medan specialiseringen inom anestesioch intensivvård fortfarande var påbyggnadsutbildningar efter allmänsjuksköterskeexamen. Utbildningsmodellens utformning medförde svårigheter för operationssjuksköterskor att skaffa sig en akademisk doktorsexamen utan omfattande kompletteringar, jämför t.ex. att antalet disputerade anestesijuksköterskor fortfarande är fler än dubbelt så många som disputerade operationssjuksköterskor (*se Rfop.se/nätverk).

1993-års reform medförde återigen en ny enhetlig nationell utbildningsmodell till sjuksköterska om sex terminer och med en fristående specialisering till operationssjuksköterska om två terminer. 2007 blev denna utbildningsvariant en universitets- och högskoleutbildning som ingick i ett europeiskt, EU, system enligt den s.k. Bologna-processen för högre utbildning. Det medförde ett enhetligt beräkningssystem för utbildningspoäng och tre nivåer för akademisk examen inom EU. Grundnivån leder för sjuksköterskor i Sverige fram till en sjuksköterskeexamen och en akademisk kandidatexamen. På den avancerade nivån finns vår specialistutbildning inom operationssjukvård och den svenska modellen för en magisterexamen. Den tredje nivån är forskarutbildningen som leder till en doktorsexamen¹³. I Sverige finns även Licentiatexamen som är på en nivå före doktorsexamen. Operations-sjuksköterskeutbildningen är också grunden för operationssjuksköterskor för en tjänst som chef, produktspecialist inom industrin, lärare, forskare m.fl. funktioner som är centrala för landets operationssjukvård. För dem med en utländsk sjuksköterskeexamen gäller att de har en jämförbar sjuksköterskeutbildning och specialistutbildning som vår nuvarande svenska och godkända examina via svenskt utbildningsbevis eller via Socialstyrelsen^{2,3} för en anställning som operationssjuksköterska.

Idag vårdar operationssjuksköterskor med olika svenska, nordiska, europe-

iska och utomeuropeiska utbildningsbakgrunder tillsammans patienterna som opereras på våra operationsavdelningar. Och, *samtliga använder de svenska operationssjuksköterskornas excellenta uppfinningar Fröken Rapps knuthållartång och Karin Klarins öronskydd vid patientens operation, när det behövs.*



Foto: Peco Sjöberg

Birgitta Å Gustafsson

* Många tack kollega och vän Monica Kelvered, med omfattande kunskaper inom området, för goda synpunkter på artikelns innehåll. •

Fakta: Birgitta Å Gustafsson, Operations-sjuksköterska, vårdpedagog och Med. Dr.

Referenser

1. Bohm, E. (1972) *Okänd, godkänd, legitimerad*. Uppl.2. Svensk sjuksköterskeförenings förlag, s 407.
2. SFS 1993:100. Nationella riktlinjer för specialistsjuksköterska inom operationssjukvård i Högskoleförordningen. http://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/hogskoleforordning-1993100_sfs-1993-100. [Hämtad via Google sök 20170419]
3. SFS 2010:1369. Patientsäkerhetsförordning, avsnitt Specialistsjuksköterskor. http://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patientsakerhetsforordning-20101369_sfs-2010-1369. [Hämtad via Google sök 20170419]
4. Holmdahl B (1994) *Sjuksköterskans historia - Från siukwacterska till omvårdnadsdoktor*. Liber förlag, s 255.

5. Gustafsson B Å. (2005-2016) *Att söka kunskap inom operationssjuksköterskans perioperativa omvårdnad*. Undervisningsunderlag för Specialist-sjuksköterskeutbildning inom operationssjukvård [Hämtad via Google sök 20170419]

6. Kelvered M, Öhlen J, Gustafsson BÅ. (2012) Operating theatre nurses' experience of patient-related, intraoperative nursing care. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, Sep;26(3), pp 449-57.

7. Woodham-Smith C. (1951) *Florence Nightingale*. - A biography based on private papers and letters never before

made public. Mc Graw-Hill Book Company, Inc. pp 382.

8. Svenska hälso- och sjukvårdens tjänstemannaförbund, SHSTF, Utredningssektionen (1987) *SHSTFs Operations-sjuksköterskeenkät. En undersökning genomförd på uppdrag av arbetsgruppen Operationssjukvårdens framtid*. SHSTF, s 75.

9. Utbildningsplan för Hälso- och sjukvårdslinjen. SÖ/UKÅ 1981-05-12.

10. Davies J. (1978) Operating room nursing: Perioperative role. *AORN Journal*. May. Vol 27, No 6, pp 1156-1175.

11. Ots U. (1988) *Betydelsen av individuell vårdplanering inom operations-sjukvården- sett ur operationsteamets perspektiv*. FoU-rapport nr. 1. Borås: En undersökning genomförd vid Centraloperationsavdelningen vid Borås lasarett.

12. Willman A, Johnsson GB. (1994) Perioperative nursing education and experience: a Swedish perspective. *Today's OR Nurse*, Nov-Dec;16(6), pp 8-14.

13. *Bologna processen. Europa ska vara ett sammanhållet område för högre utbildning* <http://www.uka.se/fakta-om-hogskolan/bologna-processen.html>. [hämtad via Google sök 20170419].

Tabell

Nationellt reglerad utbildning till Sjuksköterska och Operationssjuksköterska

Regering & Riksdag Utbildnings reform år	Behörighetskrav	Grundutbildning/ antal terminer till Sjuksköterskeexamen	Specialisering	Fristående specialisering & antal terminer	Antal terminer totalt
1930	Flickskoleexamen Realskoleexamen	6	Ingår	-	6
1960	Realskole – och Studentexamen Undersköterske- utbildning	5 3	- -	2	7
1982 Landstingskommunal högskola	Vårdlinjen till Undersköterska 4 terminer	4	Ingår	-	8
1993 Landstingskommunal högskola	Studentexamen	6	-	2	8
2007 Europiskt universitets & högskolesystem	Studentexamen	Grundnivå 6	-	Avancerad nivå Specialistsjuksköterska inom operations sjukvård 2	Yrkes - & Magisteexamen 8

Tabell

Operationsassistentutbildning

1961-1981	Behörighetskrav	Operationsassistent	Antal terminer totalt
Yrkeskola	Enhets-/grundskola Undersköterske- utbildning	Versioner 1 2 3	4 5 < 2

Skriv till: hygien@rfop.se

Aktuella hygienfrågor

Genom åren har hygienfrågor varit ett högaktuellt ämne för diskussioner på våra operationsavdelningar över hela landet. Det stora intresset för hygien och smittspridning märks även på Riksföreningens Hygiendagar i maj varje år.

”Hygienfrågan” som vi har i vår tidning Uppdukat, är frågor som kommer in till Riksföreningen och

redaktionen där Hygiensjuksköterskan Gunnar Hagström hjälper oss med svaren.

Då vi tror att flertalet av frågorna kan vara aktuella för flera operationsavdelningar i Sverige förutom den som skickar in frågan till oss så publiceras frågorna och svaren i tidningen så att flera kan ta del av aktuella frågeställningar.

Till detta nummer av Uppdukat har vi inte fått några Hygienfrågor och vi hoppas att Ni inte glömt bort att denna möjlighet finns!

Skicka frågor till: hygien@rfop.se

Fakta: Gunnar Hagström, Hygiensjuksköterska, Folkhälsomyndigheten svarar på frågor.

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

Photo: Erik G. Svensson/mediabank/västerteknik.com

5th NORNA congress 29 – 30 november 2018 in Stockholm, SWEDEN

Call for Abstracts

NORNA invites perioperative nurses to submit abstracts to be considered for presentation at the 5th NORNA Congress in Stockholm, Sweden.

Abstracts from colleagues from countries outside NORNA are also welcome.

The theme of the congress is: **Come together – Building Bridges in Perioperative Nursing.**

The aim of the conference is to share initiatives in perioperative nurses caring for the perioperative patient.

Abstracts in general subject areas relevant to the congress theme and aim are welcomed for oral or poster presentation:

- Scientific research
- Improvement knowledge/quality projects

Congress language is English. Abstract can only be submitted and presented in English.

Abstracts submission: Submit and see submission Guidelines www.rfop.se.

Deadline: October 30th 2017. All Abstract will be evaluated by representative from the scientific committee.



Congress President

AnneMarie Nilsson, annemarie.nilsson@rfop.se



Gröna Korset

Södra Älvsborgs Sjukhus i Borås har utvecklat och implementerat en enkel och visuell metod vars syfte är att arbeta med patientsäkerhet och där man dagligen identifierar vårdskador, risker för vårdskador och förbättrar patientsäkerhetskulturen. Metoden har fått namnet Gröna Korset och idén föddes 2011 vid ett studiebesök inom industrin av Lars Rex, chefläkare på SÄS. Detta arbetsredskap och metod blev utvecklad och vårdanpassad av Katherina Hansson, utvecklingsledare på SÄS. För att kunna få en större förståelse av själva metoden och hur den implementeras i det dagliga arbetet, inte minst inom den perioperativa verksamheten, intervjuades tre personer: Minna Åkesson sektionsledare operation SÄS, Thomas Hallberg vårdenhetschef operation SÄS och Katherina Hansson utvecklingsledare SÄS om användandet av Gröna Korset. Med all säkerhet har Gröna Korset visat sig vara ett mycket bra och effektivt verktyg inom vården. Patientsäkerhetskulturen har förbättrats och förebyggandet av vårdskada samt risk för vårdskada har ökat tack vare denna metod.

Metoden började med en idé utifrån arbetsskadehantering inom industriarbete. Så småningom gjordes en pilot-test som uppskattades och metoden blev rätt så snabbt implementerad inom vården. Först blev medarbetare och läkare från Kirurgkliniken tillfrågade om nyttan av denna nya metod som var ett mer visuellt arbetsredskap än de tidigare använda. 2012 gjordes en enkel utvärdering av metoden. Tack vare utvärderingens goda resultat bestämdes 2013 att metoden skulle införas på hela sjukhuset.

En pilot

För att kunna se om metoden skulle fungera inom varje klinik gjordes det först en pilot på de olika avdelningarna där metodens koncept utvärderades. 2014 kom metoden ut internationellt då man vann årets kvalitetspris The Quality Innovation of the Year 2014. Likaså nominerades metoden som en

av sex finalister till Göta Priset som gjorde att metoden spred sig och blev känd i hela Sverige. Metoden har också fått spridning internationellt till flera länder såsom Cypern, Malta, Nederländerna, Brasilien och Österrike.

Gröna Korsets patientsäkerhetsarbete utgår ifrån en grundmall, det visuella korset i vilken man dagligen registrerar det som inträffat. Metoden har en grundläggande beskrivande mall som ligger till grund för varje blankett som används på de olika avdelningarna på SÄS. Denna mall ingår i SKL – Sveriges Kommuner och Landstings åtgärds paket där förebyggande av munhälsa, trycksår, urinvägsinfektion osv. ingår.

Man använder dagligen en detaljlistmall samt så kallade förbättringslappar där man skriver ner sådant som identifierats och behöver uppmärksammas och förbättras. Störst fokus ligger på att identifiera riskskador och utföra ett dagligt förbättringsarbete i förebyggande syfte. Varje månad görs en månadssammanställning i uppföljningssyfte. Metoden är specifikt utvecklad för att förebygga samt identifiera vårdskador och idén är tagen från industriverksamheten

där det fortfarande används. Fokus på vårdskada och risk för vårdskada och dagligt förbättringsarbete är de viktigaste delarna i metodens användande.

Sju olika steg

Det finns sju olika steg som definierar metodens utförande. Första steget innebär att man dagligen identifierar risk för en vårdskada eller vårdskada. På operationsavdelningen ingår detta i WHO:s (World Health Organisation) checklista som operationsteamet använder i början, under och i slutet av varje operation, säger Minna Åkesson.

I det andra steget bedöms allvarligheten i händelsen och detta görs under mötestillfället då arbetsgruppen träffas eller på operationsavdelningen, i detta fall efter varje avslutad operation. Riskbedömningen på en operationsavdelning börjar då operationspersonalen tar emot patienten och slutar där patienten lämnar operationsavdelningen. Allvarlighetsgraden definieras med hjälp av en färgmarkering: grön, gul, orange och röd, där grön står för ingen vårdskada har inträffat, gul för risk för vårdskada, orange en vårdskada har inträffat och röd för allvarlig vårdskada.



Initiativtagare (Lars) och utvecklare av metoden (Katherina).

CHECKLISTA -Gröna Korset och STRUL i samband med TIME OFF

Sal:

Datum:

Vi som arbetar på sal idag:

AN:SSK:

OP:SSK:

USK:

Ingrepp 1

Gröna Korset



TIME OUT ☐

TIME OFF ☐

Operatör:

Vad har hänt?

Ingrepp 2

Gröna Korset



TIME OUT ☐

TIME OFF ☐

Operatör:

Vad har hänt?

Ingrepp 3

Gröna Korset



TIME OUT ☐

TIME OFF ☐

Operatör:

Vad har hänt?

Ingrepp 4

Gröna Korset



TIME OUT ☐

TIME OFF ☐

Operatör:

Vad har hänt?

Ingrepp 5

Gröna Korset



TIME OUT ☐

TIME OFF ☐

Operatör:

Vad har hänt?

STRUL som påverkat verksamheten under dagen	Signatur
FUNKERAT BRA, detta har fungerat bra under dagen	Signatur



Vi har idag arbetat enligt basala hygienregler

(kom ihåg att påminna varann)

Checklistan läggs vid förbättringstavla för genomgång tisdag/torsdag på teammöte

Visualiserad allvarlighetsbedömning

-  **Röd:** Allvarlig vårdskada har inträffat (Lex Maria/Röd Alert)
-  **Orange:** Vårdskada har inträffat
-  **Gul:** Risk för att vårdskada kunnat inträffa
-  **Grön:** Ingen vårdskada

När vårdskada uppstått!



1. Snabbt medicinskt omhändertagande
2. Akuta åtgärder så att det inte händer igen
3. Informera om vårdskada
4. Beklaga och be om ursäkt!
5. Informera om patientens rättigheter
6. Bjud in till delaktighet
7. Dokumentera i journal
8. Skriv avvikelse
9. Utred, förbättra och skapa lärande

På operation har man en pappersmall som man använder för upp till fem patienter där man färgmarkerar vid varje utförd operation de risker som förekommit. Denna mall är en förenklad variant av Gröna Korsets grundmall, som är anpassad till operationsavdelningen och dess huvudsyfte är att öka personalens medvetande och ge utrymme till reflektion över de olika riskerna i samband med operation.

Det tredje steget beskriver händelsen, dvs. en kortare beskrivning på vad som har hänt. Datasamlingen antecknas i en så kallad detaljlistmall som används som underlag för att sammanställa den innevarande månads utfall gällande risk för vårdskada och vårdskada med tillhörande allvarlighetsbedömning.

Efter datainsamlingen registreras i det fjärde steget de riskerna eller vårdskadorna som förekommit enligt avvikelshanteringens riktlinjer.

Steg fem ger utrymme till patienten och dennes närstående att kunna medverka och kunna komma med förslag i förbättringsarbetet. Patienten och/eller de anhöriga blir involverade i förbättringsarbetet genom att komma med förslag vid de avvikelsehändelserna som markeras med orange och rött.

Det sjätte steget är själva förbättringsarbetet som inbegriper orsaksutredning, initiering och genomförande av förbättringsåtgärder samt uppföljning.

Sista steget, det sjunde, innefattar uppföljning och lärande. Alla riskhändelser sammanställs minst en gång i månaden och diskuteras i arbetsgruppen samt i klinikledningen med syftet att utvärdera åtgärder samt att skapa lärande.

För patientens bästa

Rekommendationen för att uppnå ett bra resultat är att använda metoden minst en gång per dygn (men fånga alla dygnets timmar) och själva avstämningsmötet ska inte vara mer än fem

till tio minuter. På operation sker detta avstämningsmöte två gånger i veckan på morgonmötet och metoden används dagligen vid varje operation. Syftet är att arbeta med patientsäkerhet och riskbedöma dagligen och involvera all personal till patientens bästa.

Den huvudsakliga frågan som man ställer när man använder Gröna Korset som arbetsredskap och metod är om det har funnits någonting som hade kunnat ha inneburit risk för vårdskada eller vårdskada för patienten. För att kunna identifiera en vårdskada är det viktigt att man känner till och kan definitionen på vad en vårdskada är, menar Katharina Hansson på SÄS.

En vårdskada är enligt Patientsäkerhetslagen (2010:659) då en patient drabbas av lidande, kroppslig eller psykisk skada eller sjukdom samt dödsfall som hade kunnat undvikas om adekvata åtgärder hade vidtagits vid patientens kontakt med hälso- och sjukvården.



Minna Åkesson, sektionsledare operationsenhet 1, Thomas Hallberg vårdenhetschef operation 1 och Katherina Hansson, Utvecklingsledare Utvecklingsstab SÄS

På operation visualiseras metoden dagligen då man kategoriserar händelserna efter de fyra färgerna grön, gul, orange och röd i grundmallen. Månadssammanställningen är också en del av metodens visualisering då man sammanställer händelserna utifrån färgkoderna på en whiteboard-tavla som befinner sig lättillgängligt på avdelningen. Där kan man se antal typer av vårdskador som har inträffat under en månadsperiod.

På grund av att operationsmiljön är känd för sin höga säkerhetskultur inträffar det sällan vårdskador, menar Thomas Hallberg. Oftast är det mer risk för vårdskada som förekommer och detta gör att man i god tid kan förebygga en eventuell vårdskada. Uppföljning av Gröna Korsets förbättringsarbete sker på varje enhet där varje enhet bär ansvar för uppföljningen. Det är avdelningschefens ansvar att införa metoden och sedan tillsammans med medarbetarnas att utföra den.

Metoden är färdig att användas, men kan fortfarande vidareutvecklas speciellt när det gäller sista steget där uppföljning och lärande ingår. Syftet är att kunna se tydliga resultat och mätbara effekter för att kunna förebygga eventuella vårdskador samt risk för vårdskador.

Positiva effekter

Sjukhusövergripande och inom den perioperativa verksamheten upplevs

Gröna Korset som en positiv och lärorik metod. Dess implementering och användande har gett positiva effekter både för personalen och patienterna. Användandet av metodens alla steg gör det dagliga förbättringsarbetet effektivt.

Enligt Katherina Hansson upplever personalen det positivt att se resultat i det dagliga arbetet när det gäller förebyggandet av vårdskada eller risk för vårdskada. Det enda negativa som personalen hade anmärkning på, var att behöva fokusera på någonting som skulle kunna gå fel i patientens vårdande. Sjukhusets SÄS-mätningar som görs vartannat år när det gäller patientsäkerhetskulturen har visat förbättrade resultat tack vare Gröna Korsets metodimplementering. De för-

bättrade resultaten kunde ses tydligt när man genomförde de enheterna som hade börjat använda sig av denna metod med de som ännu inte har gjort det.

En del av de förbättringsaktiviteterna i den slutna- och öppna vården som har gett bra utfall har visat sig i till exempel trycksårspreventiva åtgärder, fall prevention, inflammationsförebyggande åtgärder när det gäller perifera ven katetrar, förbättrande inom informationsgivning till patienten, förebyggande av olika infektioner som kan förekomma i samband med operation. Inom den perioperativa vården har förbättringsåtgärder exempelvis gjorts gällande operationsteknisk utrustning och preoperativ läkemedelsbehandling. •



Medarbetare på operationsavdelning 1

En klinik i förändring

Under 2016 har vi på plastikoperation i Örebro gjort en kompetensutveckling som jag tycker är värd att uppmärksamma.

I januari 2016 gick Plastikkirurgiska- och Käkkirurgiska kliniken på Universitetssjukhuset i Örebro samman till en gemensam klinik. Vi är cirka 50 stycken anställda jämnt fördelade på de två klinikerna. Vårt plastikkirurgiska uppdrag är bl.a. att rekonstruera olika defekter och deformiteter i kroppen uppkomna efter tumöroperationer, missbildningar, trauman, brännskador eller andra sjukliga tillstånd. Vi har hela kroppen som fokusområde vilket medför dagliga utmaningar och flexibilitet. Allt från mindre excisioner i lokalbedövning till heldagsoperationer där flera operationsteam arbetar parallellt när defekter rekonstrueras med vävnad från andra delar av kroppen.



Lambåkirurgi, samarbete mellan plastisk- och ÖNH-kliniken. Operationssjuksköterskorna från respektive klinik jobbar med "sina" kirurger. Fem operationssjuksköterskor är dagtid involverade i patienten.

Genom sammanslagningen och det faktum att käksektionen led av stor brist på tandsköterskor förändrades operationssjuksköterskornas uppdrag att inkludera käkkirurgens rekonstruktiva kirurgi och traumakirurgi jourtid. Som operationssjuksköterskor fick vi i och med omorganiseringen med mycket kort varsel ta över tandsköterskornas tunga kirurgi och beredskap d.v.s. den kirurgi som sker utanför käksektionens lokaler. Tandsköterskorna skulle fortsättningsvis sköta den elektiva kirurgi t.ex. anomalioperation, viss frakturkirurgi, sjukhustandvård. Övertagandet skulle ske i samverkan mellan sektionerna, men var inte helt okontroversiellt med ansvarsfördelning då vi operationssjuksköterskor har egen legitimation medan tandsköterskorna arbetar genom tandläkarnas legitimation.

Samarbete

Vår klinik samarbetar med flera andra kliniker på sjukhuset och i regionen. Nära samarbete sker främst med Öron-, näs- och halskliniken (ÖNH) och Centrum för huvud- och halsneurologi där vi framförallt rekonstruerar defekter efter huvud-halscancer. Uppdraget har ständigt ökat, exempelvis opererade vi 2007, 33 stycken gemensamma lambåer och 2016, 76 stycken. Vår klinik och öronkliniken operationssjuksköterskor har genom åren utvecklat samarbetet genom gemensam beredskapslinje och arbetet med den rekonstruktiva lambåkirurgin.

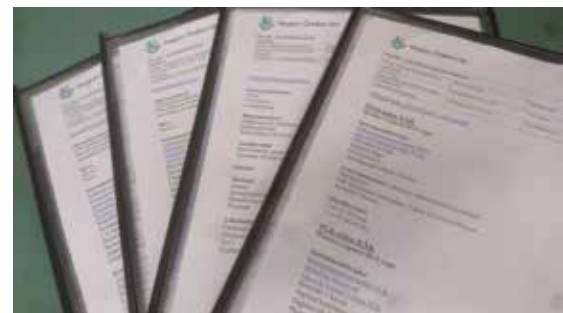
Kompetensutveckling

Vi har en arbetsgrupp för effektivitet vid stora operationer, Affevso (Arbetsgruppen för förbättrad effektivitet vid stora operationer). Där ingår operationssjuksköterskor från ÖNH-, plastisk- och anestesikliniken. Gruppen träffas var 6:e vecka och går igenom genomförda operationer, vad vi kan förbättra i flöde och arbetssätt som säkerställer kvalitet och säkerhet för patienten. Gruppens utmaning under 2016 har varit att ro det nya uppdraget i land genom att säkerställa flödet

på ett tillfredsställande sätt gentemot patient och personal. Utöver detta omfattar arbetet i gruppen att säkerställa arbetssätt, resursanvändning, revidera PM, riktlinjer, flöden, utbilda samt förankra det nya i den kliniska verksamheten så plastisk- och öronkliniken 22 operationssjuksköterskors arbetsmiljö ska underlättas och att käkkirurgernas dagliga arbete inte ska påverkas.

Förändringsarbetet

På kliniken har vi gemensamt systematiskt arbetat fram vårdprogram, checklistor och haft föreläsningar av käkkirurger. Vi har fotograferat instrument, tagit över beställning av käkkirurgiska implantat, samt lärt oss nya tekniker och nya instrument för att, den för oss nya, verksamheten ska fungera och utvecklas.



Plocklistor för att underlätta vid våra nya operationer, att plocka i ordning material, men även så gör lika.



Instrument och förteckning på ex. nya instrument så vi vet hur de ser ut, kvalitetssäkring.



Från vänster: Cattis, Åsa B, Malin, Jenny, Annika, Christina, Åsa, M Linda, Paula. Nedre raden: Fredrik, Joel, Oscar, Maria, Fay Liggande: Berit. Saknas på bilden från ÖNH-kliniken: Pia, Eva-Britt, Monica, Helena och från plastikkirurgiska kliniken: Åsa A, Ingela, Malin.

Det har varit mycket roligt och ett kompetenshöjande arbete för oss operationssjuksköterskor på klinikerna. Det har ökat teamkänslan, teamarbetet och respekten för varandras olika kompetenser. Samarbetet i teamet är integrerat av alla yrkeskategorier då vi är ömsesidigt beroende av varandra på alla nivåer så som anesthesi- och operationspersonal samt ÖNH-, käk- och plastikkirurgerna. Det har krävts en hel del flexibilitet i arbetsgruppen då vi är 10 operationssjuksköterskor på plastiken och 12 stycken operationssjuksköterskor på öronoperation som ska kompetensutvecklas och börja arbeta efter det nya arbetssättet. För att kunna genomföra ett planerat och systematiskt förändringsarbete krävs det ett stort engagemang, positivt tänkande och intresse i arbetsgruppen för att få en fördjupad kunskap i arbetet.

Vi känner att vi är på god väg framåt i vårt arbete. Säkerheten och samarbetet kring patienten har blivit bättre då vi är en mindre grupp som är inblandad.

dade. Det i sin tur leder till att det blir färre personer inne på operationssalen och patientsäkerheten ökar. Från att varit sex sköterskor från tre kliniker, ÖNH, plastiken samt käkkirurgen, samtidigt på operationssalen, är vi nu 3 – 4 sköterskor under hela dagen. Arbetet flyter på mycket bättre och ingen väntar på att någon av de tre klinikerna ska komma till med, bord, instrument och utrustning.

Några kommentarer från kollegorna på plastikoperation under processen.

"Tycker att det har varit roligt och utmanade att få nya arbetsuppgifter, sedan tar det ett tag att lära sig allt nytt".

"Tycker att det har varit roligt och stimulerande med nya arbetsuppgifter och få ökad kompetens inom ett nytt område".

"Känns kul att vi har fått mer samarbete med ÖNH. Vi har lärt känna

varandra bättre. Det gör också att det känns bättre när vi arbetar tillsammans på jourtid. Roligt och utvecklande att lära sig en ny specialitet."

"Det händer mycket och utvecklingen går full fart framåt, inte en dag är som den andra lik. Nya lösningar hela tiden, hur kul som helst "

"En utmaning att få allting att klaffa, då det är så många inblandade på samma patient. Narkos, plastikkirurg, käkkirurg och öronkirurg. Det har vi med beröm lyckats med. Naturligtvis har det varit en del som man ha fått ändra under resans gång och samarbetet fortsätter att utvecklas hela tiden. Jag som är ny i teamet tycker att alla har gjort ett fantastiskt arbete!" •

Fakta: Annika Fredriksson Plastikoperation Örebro

Med styrelsearbetet i EAUN öppnas nya utbildningsvägar för operationssjuksköterskor

För precis ett år sedan i mars blev jag inröstad till styrelsen i European Association for Urology Nurses (EAUN). Att vara operationssjuksköterska hör inte till vanligheterna inom föreningen. De allra flesta medlemmar är verksamma inom urologi på ett eller annat sätt, men få inom operationsverksamhet och detta var ju bland annat något jag ville ändra på. I och med min tjänst som sektionsfast operationssjuksköterska på urologsektionen på Centraloperation fick jag tidigt bekanta mig med den senaste utvecklingen och träffa på den bästa kompetensen inom specialitén när vi på sektionen inom loppet av 6 månader stod värd tillsammans med Urologikliniken för de två största kongresserna inom urologi som äger rum på våren och hösten och som turnerar runt i Europa. Jag hade bara arbetat ett år när jag fick vara delaktig i den enorma logistikplanering som kongresserna medförde och som operationssjuksköterska fick jag arbeta tillsammans med världens främsta operatörer som utförde live kirurgi som sändes ut till tusentals besökare på kongressen. Det var många nya och spännande operationer som utfördes på vår operationsenhet och det var nu jag verkligen fick upp ögonen för robotkirurgi. Detta var 2013 och European Association of Urology Robotic Section (ERUS), den kongress som inriktar sig på robotassisterad urologisk kirurgi, fick en enorm påverkan på min fortsatta professionella karriär med en nyfikenhet att inhämta och lära mig ny kunskap, utveckla min kompetens och vikten av att bedriva omvärldsbevakning. Efter detta har jag årligen själv deltagit på ERUS. Jag har haft och har än idag ett nästan omättligt intresse för just urologi och robotkirurgi sedan jag började

min tjänst 2012 och detta intresse har lett mig till den styrelseposten som jag har idag.

Tillsammans med sju andra styrelsemedlemmar från Europa är det arbete jag bedriver inom EAUN ideellt, men stöttas helt av min arbetsgivare. Omröstningen skedde under generalförsamlingen på den årliga kongressen som då tog plats i München. Förfa-randet vid omröstningen föregicks av dels en ansökan till den nuvarande styrelsen om min önskan att få en styrelsepost där jag bifogade mitt CV och ett personligt brev. Jag visste att styrelsen sökte två nya medlemmar och ett brev hade gått ut till alla medlemmar i Europa. Styrelsen hade en urvalsprocess och jag fick reda på att jag gått vidare för omröstning under årsmötet. Jag fick därefter skriva en kort artikel i EAUN:s nyhetsbrev för att presentera mig själv, min profession och mina visioner för att medlemmarna skulle få en uppfattning om vem jag är innan omröstningen.

Tre gånger om året har vi live-möten då jag behöver vara frånvarande från mitt arbete på Centraloperation, annars bedrivs det mesta av styrelsearbetet på kvällar och helger. Mitt ansvarsområde är utbildningsfrågor och tillsammans med två andra styrelsemedlemmar ska vi främja våra medlemmars intressen och tillgodose dem med kurser, kongresser och utbildningsmaterial. Exempelvis finns många bra riktlinjer att hämta från EAUN:s hemsida, exempelvis installation av potenta läkemedel i urinblåsan eller katetersättning, en universell men ibland väldigt svår och avancerad omvårdnadsåtgärd som utförs av de allra flesta sjuksköterskor och operationssjuksköterskor.



Linda Söderkvist

Som operationssjuksköterska kanske det inte faller sig helt naturligt att vara medlem i en urologisk intresseförening för sjuksköterskor, men jag skulle vilja hävda motsatsen. Arbetar man med urologi i någon form på en operationsavdelning finns det otroligt mycket kunskap att inhämta från EAUN. Som medlem får man tillgång till en hel del elektroniska association of Urology (EAU). Kurserna riktar sig till juniora urologer, men mycket av kursmaterialet är även till nytta för oss som har specialistkompetens och är intresserade av att fördjupa vår kunskap, exempelvis om icke-invasiv blåscancer, hur diagnosticering och gradering av tumör går, hur en transuretral operation går till, vilka alternativa behandlingsmetoder som finns och vilken behandling som lämpar sig bäst. Dessutom finns stipendier att söka för så kallade Fellowship Program. Stipendiet täcker då alla kostnader för resa, mat och logi under



Omvärldsbevakning med tummen upp för robotassisterad kirurgi! Bild tagen av min kollega från vårt fellowship, en veckas studiebesök på OLV Hospital i Aalst, Belgien hösten 2016.

studiebesöket som ska vara minst en vecka men max två veckor långt. Innan jag blev styrelsemedlem sökte jag detta stipendium tillsammans med min sektionsledare på urologsektionen och i oktober förra året var vi en vecka på OV Hospital i Aalst, Belgien, för att fördjupa oss i robotassisterad njurcancerkirurgi. Det var ju fantastiskt tyckte vi att kunna få möjligheten att spendera så många dagar på deras sjukhus och bara få lära sig för sin egen skull. Det är något som jag rekommenderar alla att söka.

Min största vision, som jag miss-tänker också gjorde att jag blev rekommenderad till omröstningen i generalförsamlingen, var att skapa en utbildningsplattform, vilket jag saknat för min profession som operations-sjuksköterska inom urologi, där vi kan bilda ett nätverk, utbyta kunskap, ta del av utbildningar och del av senaste forskningen. Robotkirurgin växer årligen och allt mer avancerade operationer genomförs. För urologer som siktar på att bli konsoloperatörer finns ERUS. För oss fanns inget lik-nade. Med en stor organisation i ryg-gen är det lättare att driva frågor som dessa och skapa en egen plattform under EAUN:s regi. Tillsammans med min kollega och tidigare lärare för utbildningen till certifierad RNFA, Jane Petersson, har vi sedan förra hösten arbetat hårt med att förverkliga den

här plattformen, något som vi hoppas kommer bli en årlig återkommande del av ERUS.

I anslutning till årets ERUS i Belgien den 25–27 september, äger nu den första kongressen rum, *Special ERUS-EAUN Robotic Urology Nursing Programme*, för de operationssjuk-sköterskor som är verksamma inom robotkirurgi och de operationssjuk-sköterskor som assisterar i robotki-rurgi, så kallade certifierade RNFA*. Kongressen är inriktad på urologi och robotkirurgi. Ett akademiskt program med fördjupningsföreläsningar inom prostata-, njur- och blåscancer blandat med patientsäkerhetsfaktorer för robotkirurgi, hur vi löser komplikatio-ner och värsta tänkbara scenarion under operation. För de operationssjuk-sköterskor som önskar erbjuds även en hel dag med praktiska färdigheter, så kallad hands-on träning och simule-ring med olika robotsystem, något jag är övertygad om finns ett stort behov av därute på alla operationsverksam-heter. Jag hoppas givetvis att så många operationssjuksköterskor som möjligt är intresserade av att delta i den här kongressen och det kommer finnas unika tillfällen att träffa kollegor från hela Europa. Vi har inte många spe-cifika plattformar för vår profession men förhoppningsvis kan detta bli en av dem för att främja utvecklingen för vår kompetens. •

Fakta

EAUN är en organisation för sjukskö-terskor verksamma inom urologi.

Föreningen har cirka 3000 medlemmar

Hemsida: nurses.utoweb.org

Titeln RNFA (Registered Nurse First Assistant) kommer ursprungligen från USA. En RNFA har fördjupad kompetens och utbildning men verkar inom sitt kompetensområde som operationssjuksköterska. Inom operationsverksamhet assisterar RNFA huvudoperatören och verkar under hans ansvar. Utbildning till certifierad RNFA finns idag endast i Danmark på MIUC (Minimal Invasivt UdviklingsCen-ter) i samarbete med Ålborgs Universi-tetssjukhus.

Registrering till kongressen i sep-tember kan göra via hemsidan ERUS2017.uroweb.org Operations-sjuksköterskor som är medlemmar i EAUN har rabatterat inträde.

I Sverige ger medlemskap i RSU (Riks-föreningen för Sjuksköterskor inom Urologi) även medlemskap i EAUN.

Artikel publicerad i nättidningen för medlemmar "European Journal of Today"

Fakta: Linda Söderkvist, Operations-sjuksköterska, magisterexamen med fördjupning inom omvårdnad, RNFA*, Centraloperation, Karolinska Universitets-sjukhuset, Solna.

Har personens intraoperativa KROPPSLÄGE betydelse för kognitiv återhämtning?

Vad är det som gör att vissa patienter drabbas av kognitiv nedsättning efter kirurgi och vad gör vissa individer mer sköra än andra? Dessa frågor intresserade oss när det var dags att skriva magisteruppsats.

Varför gjorde vi vår studie?

Att vissa patienter får kognitiva problem efter kirurgi och anestesi upptäcktes redan när Bigelow började söva patienter på 1860-talet. Postoperativ kognitiv dysfunktion är ett kliniskt tillstånd som fått allt mer uppmärksamhet de senaste 20 åren. POCD (Postoperative Cognitive Dysfunction) är relativt vanligt och kan innebära en betydande och långvarig inverkan i den drabbade personens liv. Det manifesterar sig som en akut men oftast subtil försämring av kognition, vilken leder till svårigheter att utföra uppgifter som ingår i det dagliga livet och kan påverka ett spektrum av kognitiva förmågor, såsom minne, förmåga att bearbeta information, orientering och koncentration.

Den rapporterade incidensen av POCD varierar mellan 10–40 procent en vecka efter operation, beroende på ingrepp. I vissa fall är incidensen 15 procent tre månader postoperativt. Forskning har indikerat att ålder utgör den enskilt största riskfaktorn. Även anestesi-läkemedel, neuroinflammation, cerebral hypoperfusion, storlek på kirurgiskt trauma och hypoxi har pekats ut som riskfaktorer. Patienter som opereras i sittande position, har på grund av vasodilatation i kombination med gravitation ett lägre cerebralt perfusionstryck (CPP). Huruvida kroppsposition under operation är en riskfaktor för försämrad postoperativ kognitiv återhämtning är ännu oklart.

Ett CPP som är under eller över gränserna för intakt cerebral autoregulation, är associerat med negativ effekt på kognition respektive omfattande morbiditet och operativ mortalitet. Inom hjärtkirurgin har man tidigare ofta angivit att ett medelartärtryck (MAP) mellan 50–150 mmHg kan tolereras, då det ansetts att autoregulationen varit intakt i det intervallet. Nyare forskning indikerar att den individuella variationen för övre och undre MAP gräns för cerebral autoregulation är mycket stor.

Tack vare teknologisk utveckling kan man idag göra allt mer avancerad kirurgi. Viss typ av kirurgi utförs med patienten placerad i extrema kroppspositioner, till exempel axeloperationer, där patienten sitter upprätt i 45–90 grader, ”beach chair position”. Kroppspositionen kan påverka patientens hemodynamik, cerebrala perfusion och syremättnad. Det finns data som tyder på att dessa cirkulatoriska omständigheter kan ge risk för försämrad kognitiv återhämtning. Inom sjukvården, där allt mer komplex kirurgi utförs på en åldrande befolkning, är försämrad kognitiv återhämtning ett växande bekymmer.

Syftet med uppsatsen var att undersöka huruvida det intraoperativa kroppsläget påverkar kognitiv återhämtning.

Hur gjorde vi vår studie?

Vi hade förmånen att få ta del av en kvalitetsstudie, genomförd av Dr Pether Jildensstål (PhD, CRNA, lektor vid Sahlgrenska akademien, Göteborgs universitet.)

Kvalitetsstudien omfattade två observationsstudier, med tio patienter



Foto: Privat

MAGISTERUPPSATS. Hanna Munthe och Johan Eriksson forskade på Postoperative Cognitive Dysfunction. Det är relativt vanligt och kan innebära en betydande och långvarig inverkan i den drabbade personens liv.

i vardera grupp. Den ena studien genomfördes med patienter som genomgick bröstrekonstruktion på Sahlgrenska ett par år efter ablatio mammae på grund av bröstcancer. Tio kvinnor opererades liggande i planläge med korta intraoperativa intervall i sittande position inkluderades. De sövdes med total intravenös anestesi enligt TCI modell.

Den andra observationsstudien baserades på tio patienter som genomgick total artroplastik i axelleden på Örebro Universitetssjukhus. Artroplastiken utfördes med patienten placerad i beach chair position och patienterna erhöll inhalationsanestesi med sevofluran.

Samtliga patienters regionala cerebrala syremättnad (rSO₂% mätt med INVOS), sömndjup och vitalparametrar övervakades under operationen. Postoperativt utvärderades patienternas återhämtning i allmänhet och kognitiva återhämtning i synnerhet, med hjälp av Post Operative Quality of Recovery Scale (PQRS). Data från de två observationsstudierna behandlades, analyserades och blev underlag till vår magisteruppsats.

Vad visade analysen?

De patienter som opererades på Örebro Universitets sjukhus i beach chair position hade signifikant lägre cerebral saturation i förhållande till sin egen baseline under hela det intraoperativa förloppet. I gruppen som opererades på Sahlgrenska Universitetssjukhuset, företräddes liggande i planläge, uppmärksammades istället en ökad cerebral saturation mätt med INVOS (rSO₂%).

Graferna visar de första 60 min intraoperativt i respektive grupp i medeltal, där man tydligt kan se hur patienterna som opereras i Örebro sjönk i cerebral saturation i bägge hemisfärer (rSO₂% V, rSO₂% H) i samband med förändring av operationsläget, för att sedan stanna där. I Sahlgrenskagruppern steg istället patienterna något i cerebral saturation. Tillförd mängd syrgas under operation var i medel 33 procent i Örebrogruppen och 38 procent i Sahlgrenskagruppern.

Trots det kunde ingen association observeras mellan operationsläge och utfall för kognitiv återhämtning i

PQRS-testet. En viss kognitiv påverkan observerades både hos Sahlgrenskapatienterna, såväl som Örebropatienterna. 50 procent av patienterna som opererades i vid Sahlgrenska var fortsatt inte återhämtade i den kognitiva domänen vid tre månader. I motsats till hypotesen för studien så uppvisade patienterna i Örebrogruppen som opererades i beach chair position en bättre återhämtning i den kognitiva domänen; tre månader postoperativt hade 22 procent inte återhämtat sig fullt ut.

Vad är slutsatsen?

Dessa resultat kan te sig förvånansvärda med tanke på demografiska, anestesimetodologiska och intraoperativa kroppslägeskillnader mellan de två grupperna. Sahlgrenskapatienterna hade i visst avseende bättre förutsättningar än Örebropatienterna, eftersom de var yngre, hade lägre ASAklass och var normalviktiga i större utsträckning. Patienter som har/har haft bröstcancer löper en ökad risk att drabbas av postoperativ kognitiv funktionsnedsättning. Det är oklart vad respektive del innebär, men cancersjukdomen i sig, cytostatika-behandling, strålning och tidigare kirurgi innebär en risk för kognitiv

nedsättning, vilket skulle kunna vara en tänkbar förklaring.

Övriga insamlade data visade att långvarig smärta var påtaglig efter operationen, sju av tio patienter i båda grupperna hade ont efter tre månader. Sahlgrenskapatienterna hade därtill en klart ökad risk för nedstämdhet tre månader efter operation. De hade en mer uttalad påverkan på sin kognition i form av försämrad kognitiv återhämtning, påverkan på förmåga att tänka klart och att klara av dagliga aktiviteter tre månader postoperativt.

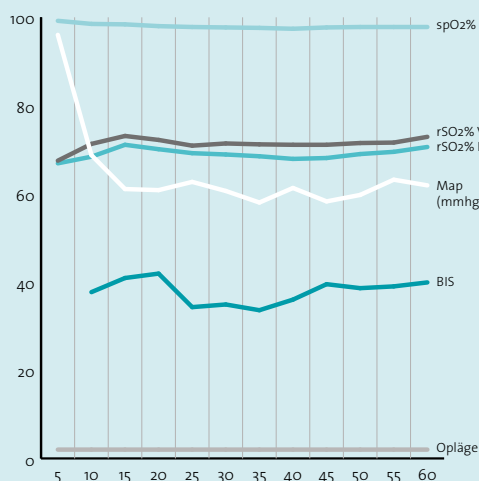
Det ringa studiedeltagarantalet medför begränsningar, vilket gör att resultaten blir av en beskrivande karaktär och bör tolkas med försiktighet.

Ett stort tack skall riktas till Helen Kretzschmar och Kristina Andersson i Göteborg, samt Gunilla Jersund, Fia Strand, Rosi Ung och Samuel Ackelby i Örebro för all hjälp med insamlande av data.

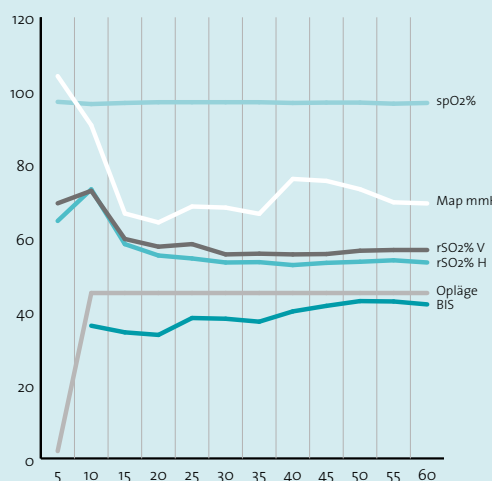
Kontaktuppgifter

Johan, guserijom@student.gu.se
Hanna, hanna.munthe@gmail.com.

Sahlgrenska Intraoperativt 60 min



Örebro Intraoperativt 60 min



Perioperativa samtal ger säkrare vård

Patient

Kvinna, 52 år, diagnostiserades med bröstcancer för 6 månader sedan och ska nu göra en högersidig modifierad radikal mastektomi med axillutrymning. Har ulcerös kolit, men sjukdomen uppges vara under kontroll och patienten har ej haft något skov på flera år. För övrigt frisk och har aldrig rökt. Tidigare genomgått hysterektomi pga. myom, cholecystektomi samt appendektomi. Behandlats med adjuvant cytostatikaterapi, senaste behandlingen för 4 veckor sedan. Premedicineras på operationsdagen med paracetamol 1g samt oxikodon 5mg.

Aktuell forskning tyder på att en perioperativ dialog där operationssjuksköterskan genomför pre-, intra- och postoperativa samtal med patienten bidrar till säkrare vård genom att en tillfällig relation byggs. Perioperativa samtal synliggör och underlättar operationssjuksköterskans unika omvårdnadsansvar, och kan vara positivt för samarbetet i operationsteamet. Fördelarna med en perioperativ dialog illustreras här med hjälp av ett patientfall som kopplas till kärnkompetenserna inom sjuksköterskans specialismråden. Texten är ursprungligen skriven som ett inlämningsarbete under specialistsjuksköterskeutbildningen med inriktning mot operationssjukvård vid Umeå Universitet vårterminen 2017.

Perioperativt samtal

Operationen är planerad till eftermiddagen och det preoperativa samtalet genomförs på vårdavdelningen på operationsdagens morgon. Jag presenterar mig, förklarar syftet med samtalen och patienten ger sitt samtycke. Patienten har opererats tidigare och är införstådd med exempelvis hur operationsavdelningen ser ut samt upplevelsen av att bli sövd. Hon säger sig vara lite nervös, men inte rädd eller orolig för själva ingreppet. Det tråkigaste är att behöva förlora sitt ena bröst säger hon, och vi samtalar lite kring detta. Patienten upplevs dock ha acceptans angående behandlingen och prioriterar enligt egen utsaga "att få leva". Patienten och ansvarig läkare har även pratat om möjligheter till bröstplastik i framtiden och hon känner sig nöjd med detta. Jag frågar om eventuella smärtor, patienten har tidigare haft mycket ont i nacke och axlar, men detta har i princip helt gått över sedan hon varit sjukskriven. Vi testar patientens rörlighet i armar och axlar, utan anmärkning. Informerar om positionering under operationen och mitt ansvar som operations-sjuksköterska. Frågar om patienten har blivit informerad om eventuella komplikationer, vilket hon bekräftar. Modern har drabbats av "lymfarm" efter tidigare bröstoperation, vilket har gjort patienten motiverad att följa sjukgymnastens råd för att själv undvika detta. Informerar om levnadsvanor och immunförsvarets påverkan på resultatet av den kirurgiska vården (SSF, 2016) och patienten upplevs väl införstådd med detta. Patienten har inte upplevt några komplikationer vid tidigare operationer eller sövningar, förutom att det efter hysterektomin hade varit svårt att komma igång med att kunna kissa själv. Jag informerar om att det troligen kommer att sättas kateter under operationen, men att vi kommer att vara medvetna om risk för eventuella problem genom vårdförloppet.

Det intraoperativa samtalet sker när patienten kommer till operationsavdelningen samt inne på operations-salen. Anestesisjuksköterskan och undersköterskan har mycket att fråga, förklara och göra med patienten, men när det blir tillfälle frågar jag om bekvämlighet, samt testar positioneringen så som den ska vara under operationen tillsammans med patienten medan hon är vaken. Jag tar också upp med anestesisjuksköterskan om hur hon ser på frågan om kateter eller ej, och blir påmind om att eftersom operationen beräknas bli över 2



Malin Wahlström

timmar lång finns det rutindokument som säger att kvarliggande kateter ska sättas. Patienten säger sig vara helt okej med detta, är egentligen inte orolig över att det ska bli några bekymmer denna gång. Efter detta berättar jag för patienten att jag kommer att ta ett steg tillbaka inför narkosinduceringen, men att jag kommer att vara med under operationen och ansvara för hennes intraoperativa omvårdnad, att steriliteten bibehålls samt assistera kirurgen under ingreppet. När patienten är sövd hör jag anestesisjuksköterskan informera sin student om att patientens hud är känslig för häfta och bör prepareras med barriärfilm, vilket jag också tar till mig. Scanning av urinblåsan visar att patienten har ca 1 ml i blåsan innan operationen startar. Kvarliggande kateter sätts med högggradigt ren metod, och avvecklas sedan på operationsavdelningen innan överflyttning till uppvakningsavdelning, innehållandes endast ca 70 ml.

Det postoperativa samtalet sker på vårdavdelningen dagen efter operationen. Patienten är vid gott mod, och uttrycker att upplevelsen som helhet varit problemfri. Säger att hon inte minns särskilt mycket från operationsavdelningen. Upplever ingen smärta i axlar eller nacke, och inte heller någon annanstans i kroppen, förutom en viss ömhet och svullenhet under bröstet på den opererade sidan. Inspekterar och palperar, men kan

inte se något ovanligt, informerar om att subkutana blödningar kan samlas in närheten av operationsområdet och råder patienten att uppmärksamma avdelningspersonal om det skulle bli sämre. Miktionen hade kommit igång på kvällen, ca. 4 timmar efter operationens slut. Det enda patienten uttrycker negativa känslor kring är att ha mist sitt ena bröst, men uppfattas vara vid samma inställning till behandlingen som preoperativt och säger själv att man nog vänjer sig. Jag berättar att operatören under ingreppet informerade mig och sin assistent om att han avsiktligt lämnade kvar så mycket hud som ansågs säkert för att underlätta framtida bröstplastik, vilket patienten blir glad för. Jag frågar också om patientens upplevelse av perioperativt samtal, hon säger sig tycka att det var bra och att hon är av den åsikten att det alltid är välgörande att få "prata av sig" i svåra situationer. Repeterar lite information kring levnadsvanor till exempel fysisk aktivitet och att avstå alkohol, önskar sedan lycka till och avslutar samtalet.

Personcentrerad vård

Att ge personcentrerad vård innebär att som vårdare lägga ifrån sig den förlegade hierarkiska inställningen där vårdpersonalen talar om för patienten vad hen behöver och istället kunna se patienten som en individ. En individ som inte kan reduceras till en sjukdom eller ett tillstånd som behöver åtgärdas – något som kan vara särskilt utmanande för vårdpersonal som arbetar i en högteknologisk miljö så som intensivvård och operation (Almerud, Alapack, Fridlund & Ekebergh, 2008; Ekman & Norberg, 2013). Personcentrerad vård kan sammanfattas bestå av tre komponenter; patientberättelsen, partnerskapet och dokumentationen. Vården måste utgå från patientberättelsen, att jag som vårdare lyssnar till patienten och eventuella närståendes beskrivning av situationen, vad man har med sig i form av resurser, och även vilka hinder som finns. Nästa steg är partnerskapet, själva kärnan i den personcentrerade vården. Ett partnerskap som innebär att man som vårdgivare och vårdtagare visar lyhördhet och respekt för varandras kunskap, för att undvika att fastna i en envägskommunikation. Jag som vårdare har kanske mer erfarenhet av ingreppet, men endast patienten vet hur det är att leva med tillståndet, framförallt utifrån sina personliga förutsättningar. För att sedan kunna säkerställa vad som



Mötet på operationssalen. Igenkänning tycks kunna bidra till att skapa lugn och välbefinnande för patienten."

gemensamt överenskommit, samt att kunna gå tillbaka och kontrollera eller bekräfta, är den tredje viktiga komponenten i den personcentrerade vården dokumentationen (Ekman & Norberg, 2013).

Hos denna patient identifierade jag fyra stycken perioperativa omvårdnadsbehov:

1. Positionering. Mål: Att inga skador uppstår relaterat till positionering efter operationen. Åtgärd: Testar rörlighet preoperativt. Provar ut operationspositionen tillsammans med patienten innan narkosinducering. Armbord positioneras så att patientens arm ej vinklas mer än 90 grader från kroppen. Extra polstring kring armbågar för att undvika skador på N. ulnaris. Specialmadrass som minskar trycket mot utsatta punkter i ryggläge (Heizenroth, 2015). Resultat: Patienten upplever ingen positioneringsrelaterad smärta eller känslobortfall postoperativt.

2. Miktion. Mål: Att undvika överfylld blåsa under tiden patienten är sövd, samt ej orsaka blästömningssvårigheter eller urinvägsinfektion postoperativt. Åtgärd: interprofessionell diskussion angående fördelar respektive risker. Kvarliggande kateter sätts intraoperativt för att minska risken för överflydd av blåsa på grund av oklar längd på operationen. Katetersättning genomförs med höggradigt ren metod samt avecklas omedelbart postoperativt för att minska risken för

infektion. Rapporterar förekomst av tidigare miktionsproblematik postoperativt till personalen på uppvakningsavdelningen. Resultat: Patienten får ej överfylld blåsa under ingreppet. Miktionen kommer igång problemfritt. Minskat risken för infektion.

3. Känslig hud. Mål: Inga hudskador relaterat till häfta med samtidigt bibehållen sterilitet under ingreppet. Åtgärd: Preparerar huden med steril upptagen barriärfilm innan sterildrapering, samt innan omläggning av snittet. Resultat: Inga hudskador postoperativt. Sterilitet upprätthölls under hela operationen.

4. Hypotermi. Mål: Patienten ska ej bli nedkyld under operationen eftersom detta ökar risken för komplikationer som postoperativa sårinfektioner och tryckskador (Rothrock, 2015). Åtgärd: Förvärmer operationsbordet samt värmetäcke igång intraoperativt, vilket täcker så mycket av patientens kropp som sterildraperingen möjliggör. Detta för att motverka den avkylning via huden som sker särskilt intensivt under narkos på grund av bland annat kärl-dilatation. Resultat: Ingen hypotermi intraoperativt.

Samverkan i team

Om en optimal samverkan i ett interprofessionellt team ska fungera krävs att teammedlemmarna är prestigelösa, samarbetsvilliga och visar kunskap och förståelse för andras kompetens. →



Preoperativt möte på avdelning. En relation skapas när patienten genom samtalet tillåts framträda som individ.

För att kunna utöva personcentrerad vård bör teamet ha ett centralt och tydligt mål i patientens välmående, och utnyttja alla yrkesgruppers specialistkompetens för att arbeta mot detta mål (Carlström, Kvarnström & Sandberg, 2013). Jag tycker att samarbetet mellan de olika yrkesgrupperna fungerar väldigt bra inne på operationssalen, exempelvis när vi kan ta upp frågan om kvarliggande kateter ska sättas eller inte, och tillsammans med patienten komma fram till det bästa alternativet utifrån förutsättningar, önskemål och den evidensbaserade forskning vi känner till. Patientens delaktighet är en viktig komponent när det gäller personcentrerad vård och samverkan i team, även om det också finns argument för att patienten inte alltid behöver vara delaktig i varje steg, utan att man bör lita på det professionella teamets samlade kunskap används för att utföra så god och säker vård som möjligt med patientens bästa i fokus (Carlström, Kvarnström & Sandberg, 2013). När anestesijusköterskan hade uppfattat information om patienten som jag hade missat – att hon var känslig mot häfta – och denna information delas i teamet med syfte att gemensamt uppnå god vård och minska risken för skador för patienten tycker jag också är ett bra exempel på vikten av samverkan i teamet.

Evidensbaserad vård

Evidensbaserad vård är ett etablerat begrepp inom vården, som i praktiken innebär att använda bästa tillgängliga

vetenskapliga bevis som underlag för vårdbeslut avseende diagnostiska metoder, behandlingar och omvårdnadsåtgärder (Johansson & Wallin, 2013). Det perioperativa samtalet bygger på modellen för perioperativ omvårdnad av Tollerud et al. från 1985, och har beskrivits utförligt bland annat av de svenska omvårdnadsforskarna Lillemor Lindvall och Irene von Post. De förklarar att den perioperativa dialogen har tagits fram som ett verktyg för att främja kontinuitet och möjliggöra en säkrare omvårdnad genom att involvera patienter mer i den perioperativa omvårdnaden. Vidare beskrivs att den perioperativa dialogen består av ett preoperativt samtal där nödvändig information som kan behövas för ingreppet inhämtas, ett intraoperativt möte där igenkänning och bekräftelse av tidigare överenskommelser tycks kunna bidra till att skapa lugn och välbefinnande för patienten inför ingreppet, samt ett postoperativt samtal där sjuksköterskan och patienten utvärderar hur resultatet blev (Lindvall & von Post, 2009). När en operationssjuksköterska använder sig av perioperativt samtal i omvårdnaden av patienter pekar aktuell forskning på att hen känner ett större ansvar för sin patient, eftersom denne genom samtalet och kontinuiteten har tillåtits framträda som en person, och inte längre bara kan ses som en diagnos eller ett ingrepp (Blomberg, Bisholt, Nilsson & Lindvall, 2015). Jag kan verkligen hålla med om detta, efter att ha fått samtala med patienten innan operationen blev det genast mer an-

geläget för mig att till exempel finnas där vid hennes sida, förklara allt som händer och även att bevaka vårdkedjan extra noga och ta större ansvar för att rapportera även mindre detaljer som jag eventuellt skulle ha prioriterat bort som "oväsentliga" i vanliga fall, eftersom jag ville hålla mitt ord.

Förbättringskunskap för kvalitetsutveckling

Som sjuksköterska och specialistsjuksköterska ingår det i yrket att verka för en god vård med hög kvalitet, exempelvis genom att tillämpa evidensbaserad vård. Mycket av aktuell forskning tyder på att införandet av perioperativa samtal förbättrar kvaliteten på omvårdnaden och är positivt för både patient och operationssjuksköterska (Blomberg, Bisholt, Nilsson & Lindvall, 2015; Lindvall & von Post, 2009). Att viljan finns att genomföra förändringar i arbetssättet är av stor vikt för att kunna implementera resultat från omvårdnadsforskning, men den viljan styrs av många olika motivationer. Motvilja kan grunda sig i en brist på förståelse för kvalitetsutveckling och förbättringsarbete, men det kan också vara brist på förtroende för nya forskningsrön inom omvårdnad som sätter käppar i hjulet för förändringar (Hommel, Idvall & Andersson, 2013; Zetterlund, 2000). Information och fortbildning skulle i så fall kunna bidra till större intresse för förändringar i arbetet. Samtidigt påverkas man som vårdpersonal också av andra förväntningar från olika håll, kanske framförallt förväntningar på produktivitet och kostnadseffektivitet från ledningens sida, och saknas viljan från ledningen att satsa tid och pengar på ett förändrat arbetssätt kan det bli ett tungt lass att dra för personalen (Arakelian, Gunningberg & Larsson, 2010; Zetterlund, 2000). Jag anser att för att ha patientens bästa och personcentrerad vård som mål, måste både personal och ledning tillsammans komma fram till vilka arbetssätt som ska implementeras och med vilket syfte. Här kommer även teamets betydelse in, om patientens bästa även är målet för ledningen bör man visa mer respekt för och utnyttja olika yrkeskategoriers erfarenhet och kunskaper i planeringen av resurser. En mellanväg skulle till exempel kunna vara att införa ett sätt att identifiera riskpatienter och/eller riskingrepp och prioritera att perioperativa samtal kan genomföras i dessa situationer för att säkerställa en god, högkvalitativ vård.

Säker vård

Patientsäkerhetslagen (SFS 2010:659) styr vilka krav som ställs på hälso- och sjukvården beträffande säkerhet. Säker vård innebär att patienten i största möjliga mån skyddas mot undvikbara skador vid vård och behandling. Att vården bedrivs utifrån evidensbaserad kunskap, att rutiner och riktlinjer följs och att ett välfungerande team med patientens välmående som tydligt uppsatt mål verkar kring och tillsammans med patienten bidrar till säker vård samt en ökad trygghet för patient och närstående. Deltagarna i studien av Sandelin och Gustafsson (2015) menar att preoperativa samtal tillsammans med ett starkt teamarbete är grundläggande förutsättningar för att kunna utföra säker vård, vilket ställer krav på att operationssjuksköterskan besitter både kunskap, situationsberedskap och anpassningsförmåga. Patientsäkerheten är allas ansvar, oavsett vilken nivå i organisationen man befinner sig, och för att uppnå en säker vård krävs även ledningens engagemang till exempel genom sammanställning och uppföljning av inträffade händelser, samt att lärande möjliggörs från detta för att skapa säkrare system. Som specialist-sjuksköterska kan man också bidra till säker vård genom att rapportera avvikelser och tillbud, och verka för att dessa sedan följs upp och åtgärdas (Öhrn, 2013). I min patients fall hade till exempel en positioneringsrelaterad skada kunnat leda till långvarig smärtproblematik som inte bara innebär ett onödigt lidande för patienten, men också en ökad kostnad för den skattefinansierade sjukvården på grund av längre vårdtid och att ytterligare behandlingsresurser går åt efter den planerade operationen. Längre vårdtid på sjukhus leder också till en ökad risk för sjukhusrelaterade infektioner, vilket även det innebär en stor kostnad för samhället (SKL, 2013).

Informatik

Dagens samhälle med sina moderna komplexa vårdssystem är oerhört beroende av fungerande informationssystem, och för att optimalt informationsutbyte utan missförstånd eller bortfall ska kunna ske är standardisering av största vikt. Det är bland annat därför vi använder oss av överrapportering enligt SBAR och säkerhetskontroller enligt WHO's checklista inom kirurgisk vård idag. Önskvärt vore även en ökad överförbarhet av information mellan olika datoriserade journalsystem eftersom mycket kan gå förlorat genom munt-

lig rapportering, trots att man följer implementerade kommunikationsmodeller och säkerhetsföreskrifter (Sävenstedt & Florin, 2013; Öhrn, 2013). Jag hade till exempel, trots genomgång av journal och preoperativt samtal med denna patient ändå missat att hon var känslig för häfta och kunde, om jag inte blivit informerad av detta av anestesijusköterskan, ha riskerat att åsamka patienten en undvikbar vårdskada genom att inte preparera huden innan sterildrape-ringens häfta fästes. Detta misstag kan relateras till brister i det nuvarande informationssystemets utformning då det kan uppfattas som rörigt och svårt att få en överblick, men å andra sidan kan vi också tacka samma system för att ha lagrat informationen som anestesijusköterskan fått fram, utan att patienten behövde komma ihåg att upplysa om det själv i den stressande situation hon befann sig i. •

Fakta: Malin Wahlström, Leg. Operations-sjuksköterska, Ögonkliniken, Norrlands Universitetssjukhus

Referenser

1. Almerud, S., Alapack, R., Fridlund, B. & Ekebergh, M. (2008). Caught in an artificial split: A phenomenological study of being a caregiver in the technologically intense environment. *Intensive and Critical Care Nursing*, 24(2), 130–136. doi: 10.1016/j.iccn.2007.08.003
2. Arakelian, E., Gunningberg, L. & Larsson, J. (2010). How operating room efficiency is understood in a surgical team: a qualitative study. *International Journal for Quality in Health Care*, 23(1), 100–106. doi: 10.1093/intqhc/mzq063
3. Ekman, I. & Norberg, A. (2013). Personcentrerad vård - teori och tillämpning. I Edberg A-K. (Red). *Omvårdnad på avancerad nivå – Kärnkompetenser inom sjuksköterskans specialistområden*. Lund: Studentlitteratur.
4. Heizonrith, P. A. (2015). Positioning the Patient for Surgery. I Rothrock, J. C. (Red). *Alexander's care of the patient in surgery*, 15th edition. Kanada: Elsevier.
5. Hommel, A., Idvall, E. & Andersson, A-C. (2013). Kvalitetsutveckling. I Edberg A-K. (Red). *Omvårdnad på avancerad nivå – Kärnkompetenser inom sjuksköterskans specialistområden*. Lund: Studentlitteratur.
6. Johansson, E. & Wallin, L. (2013). Evidensbaserad vård. I Edberg A-K. (Red). *Omvårdnad på avancerad nivå – Kärnkompetenser inom sjuksköterskans specialistområden*. Lund: Studentlitteratur.
7. Lindwall, L. & von Post, I. (2009). Continuity created by nurses in the perioperative dialogue - a literature review. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 23(2), 395–401. doi: 10.1111/j.1471-6712.2008.00609.x
8. Sandelin, A & Gustafsson, B. (2015). Operating theatre nurses' experiences of teamwork for safe surgery. *Nordic Journal of Nursing Research*, 35(3), 179–185. doi: 10.1177/0107408315591337
9. Sveriges Kommuner och Landsting [SKL]. (2013). Vårdrelaterade infektioner - Kunskap, konsekvenser och kostnader. Stockholm: Sveriges Kommuner och Landsting. Hämtat från: <http://webbutik.skl.se/sv/artiklar/rapport-varldrelaterade-infektioner.html>
10. Svensk författningssamling [SFS]. (2017). *Patientsäkerhetslag* (2010:659). Stockholm: Socialdepartementet. Hämtat från: https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patientsakerhetslag-2010659_sfs-2010-659
11. Svensk sjuksköterskeförening [SSF]. (2016). *Samtal om levnadsvanor inför kirurgi – operationssjuksköterskans roll*. Stockholm: Svensk sjuksköterskeförening.
12. Riksföreningen för operationssjukvård & Svensk sjuksköterskeförening [RFOP & SSF]. (2011). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska med specialistsjuksköterskeexamen inriktning mot operationssjukvård*. Stockholm: Riksföreningen för operationssjukvård & Svensk Sjuksköterskeförening. Hämtad från: <http://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/kompetensbeskrivningar-publikationer/operation.kompbeskr.web.pdf>
13. Sävenstedt, S. & Florin, J. (2013). Informations- och kommunikationsteknik. I Edberg A-K. (Red). *Omvårdnad på avancerad nivå – Kärnkompetenser inom sjuksköterskans specialistområden*. Lund: Studentlitteratur.
14. Tollerud, L., Botsford, J., Hogland, M.A., Price, J.L., Sawyer, M. & Bradley, J.M. (1985). A model for perioperative nursing practice. *AORN Journal*, 41(1), 188–194.
15. Zetterlund, P. (2000). Perioperativ dialog - Gör anestesijusköterskan preoperativa och postoperativa patientbesök? Problem och möjligheter - en kartläggning av svenska sjukhus. *Vård i Norden*, 20(3), 43–48. doi: 10.1177/010740830002000310
16. Öhrn, A. (2013). Säker vård. I Edberg A-K. (Red). *Omvårdnad på avancerad nivå – Kärnkompetenser inom sjuksköterskans specialistområden*. Lund: Studentlitteratur.



KS, Solna

Vad heter du?

Lena Fredén

Vilken operationsavdelning jobbar du på?

Centraloperation på Karolinska universitetssjukhuset i Solna

Hur länge har du jobbat på avdelningen?

Sedan september 2015

Hur länge har operationsavdelningen funnits till?

I nuvarande lokaler invigdes Centraloperation 1 mars 1983.

Hur många operationssjuksköterskor jobbar på din arbetsplats?

Just nu är vi 58 operationssjuksköterskor. Där ingår 10 timanställda, 8 från bemanningsföretag, 6 som är föräldralediga och 2 som är tjänstlediga.

Vilken är medelåldern bland operationssjuksköterskorna?

41,7 år

Hur många salar har ni på avdelningen?

Det finns 16 salar varav tre är robotsalar. En sal är kopplad till vårt traumarum för akuta operationer av traumapatienter och omedelbara snitt.

Vilka typer av operationer genomför ni?

Operationerna som genomförs på Centraloperation är främst cancerkirurgi av olika slag, colo-rectal kirurgi, endokrinkirurgi, gynekologi och urologi. Variationen är stor då det kan handla om tunnelerade CVK-inläggningar och mastektomier till robotassisterade cystektomier och HIPEC-operationer. I och med trauma- och akutverksamheten finns även tillfällen då vi opererar neurokirurgi och ortopedi.

Brukar ni bli avlösta för fikaraster?

Det vanligaste är att man som operationssjuksköterska på morgonen dukar upp, täcker över och sedan går och fikar i mån av tid. På eftermiddagen blir man erbjuden fikaavlösning

och avgör själv om det passar eller om man står kvar.

Brukar passen på salen vara en undersköterska eller operationssjuksköterska?

Det har tidigare varit främst undersköterskor som har passat på salarna, men på grund av bemanningssituationen är det allt oftare två operationssjuksköterskor på salen.

Vilka nedräkningsrutiner har ni för operationsdukar, -kompresser och -tork?

Innan operationssåret sluts ska operationssjuksköterskan kontrollräkna allt sterilt material och rapportera resultatet till operatören. Kontrollkvitton kontrolleras och lämnas sedan till den som passar på salen som parar ihop och klistrar fast kvittona på "bag-it" påsarna där torken förvaras ihopvikta med röntgentråden synlig under operationen. Kontrollräkningen efter operationslut görs innan patienten lämnar operationssalen. Om något inte stämmer kontaktas operatören. Vid osäkerhet om dukens/torkens lokalisation kontrollröntgas patienten.

Använder ni er mest av flergångs- eller engångsrockar?

Endast engångsrockar.

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

Operationssjuksköterskan och anestesijüksköterskan rapporterar tillsammans enligt SBAR.

Vad är det bästa med din operationsavdelning?

Jag tycker det bästa är kombinationen av en akut- och traumaenhet samt stor elektiv kirurgi. I traumarummet är vi operationssjuksköterskor och undersköterskor en självklar del i omhändertagandet av patienten. Det ställer höga krav på att personalen har en bred kompetens, men är också väldigt utvecklande och roligt.



Lena Fredén

Vad skulle du vilja ändra på din operationsavdelning?

Just nu diskuterar vi hur vi ska få en bra rotation på de olika enheterna för att behålla kompetensen hos operationspersonalen. Det är en viktig fråga som jag tror kan behöva anpassas på andra sätt än idag för att få en så fungerande verksamhet som möjligt där alla känner att de utvecklas och trivs.

Hur källsorterar ni era sopor?

Hård- och mjukplast, papper och kartong sorteras på salarna och läggs efter avslutad operation i specifika sorteringskärl som finns utanför salarna. Dessa hjälps personalen åt att tömma under dagen. Det finns även kärl för färgat- och ofärgat glas samt metall. •

Välkommen till den femte konferensen för chefer och ledare vid Sveriges operationsavdelningar

Riksföreningen för operationssjukvård och Nätverket för chefer vid Sveriges operationsavdelningar, CSO, arrangerar för femte gången en chefkonferens med intressanta föredrag. Programmet startar på torsdag eftermiddagen med ett nätverkande mingel.

På fredag lyssnar du på föreläsningar om:

Stark för kirurgi stark för livet

Att bygga nytt – inte helt enkelt

Tre nyanser av rent – Vilken ventilation ska man ha?

Förändringsprocesser i sjukvården

Implementering av aseptisk teknik och handhygien på operation

Vad händer när det inte går som vi tänkt oss?

Tid och plats: 30 november – 1 december 2017, Stockholm Waterfront Congress Centre

Mer information och anmälan finns på rfop.se/nätverk



VINGMED UPPDUKNINGSSET

Färdiga uppdukningsset
helt enligt dina önskemål.

Vingmed har tagit över distributionen av kundanpassade uppdukningsset från 3M. Vi har stor erfarenhet av anpassade set, särskilt inom angio, och för att säkerställa leveranser i rätt tid lagerhåller vi produkter i vårt egna lager i Järfälla utanför Stockholm. Flera år i rad har vi fått toppbetyg vad gäller service och leveranssäkerhet i våra årliga kundundersökningar.

Med specialanpassade set för era procedurer sparar ni tid. Du har allt samlat i en förpackning och slipper allt plock inför ett ingrepp.

Vill du ta fram nya uppdukningsset eller justera innehållet i befintliga?
Välkommen till oss på Vingmed!

VINGMED
nära dig.

Skydda antibiotikan

Nationell samverkansgrupp mot antibiotikaresistens och vårdrelaterade infektioner

Folkhälsomyndigheten har i uppdrag att tillsammans med Jordbruksverket ansvara för en nationell samverkansgrupp för arbetet mot antibiotikaresistens och vårdrelaterade infektioner.

Samverkansgruppen arbetar just nu med en ny nationell handlingsplan och en kommunikationsstrategi med mål och åtgärder fram till 2020.

Samverkansgruppen består av:

Arbetsmiljöverket, eHälsomyndigheten, Folkhälsomyndigheten, Formas, Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd, Havs- och vattenmyndigheten, Inspektionen för vård och omsorg, Jordbruksverket, Kemikalieinspektionen, Kommerskollegium, Livsmedelsverket, Läkemedelsverket, Länsstyrelserna, Myndigheten för samhällsskydd och beredskap, Naturvårdsverket, Programråd Strama, ReAct, Sida, Smittskyddsläkarsförbundet, Socialstyrelsen, Statens veterinärmedicinska anstalt, Sveriges Kommuner och Landsting, Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket, Vetenskapsrådet och VINNOVA.

Antibiotikaresistens är ett av de största folkhälsorhoten i världen. Problemen blir allt allvarigare och hotar även modern svensk sjukvård. Trots ett internationellt uppvaknande finns det inte något som tyder på att resistensen i världen kommer att minska. I Sverige jobbar över 20 myndigheter och organisationer gemensamt för att skydda antibiotikan.

Sverige har fortfarande ett förhållandevis gynnsamt läge, bland annat för att vi länge har arbetat aktivt för



Malin Grape

att använda antibiotika på ett klokt sätt. Arbetet mot antibiotikaresistens kräver att åtgärderna samordnas nationellt och omfattar både hälso- och sjukvård och folkhälsa, veterinärmedicin och djurhälsa, livsmedel och yttre miljö, säger Malin Grape, chef för enheten för antibiotika och vårdhygien på Folkhälsomyndigheten.

Ny handlingsplan till årsskiftet

Sedan 2012 har ett 20-tal myndigheter och organisationer på regeringens uppdrag arbetat gemensamt med en nationell handlingsplan och en kommunikationsstrategi. Uppdraget har just förnyats. Till årsskiftet kommer en ny handlingsplan som ska gälla fram till 2020. Den har ett tydligt fokus på det som kallas one health-perspektivet: att problemet måste hanteras gemensamt då bakterierna kan överföras mellan människor, djur och livsmedel samt spridas via miljön.

Antibiotikaforum

I november varje år arrangerar samverkansgruppen mötet Antibiotikaforum i anslutning till Europeiska antibiotikadagen. Syftet är att samla människor som arbetar inom området och stimulera kontakt och dialog. I höstas deltog 150 experter och intres-

senter från både human- och djurhälsa, livsmedel och miljö.

Kampanjen Skydda antibiotikan

För att ytterligare skapa uppmärksamhet lanserade samverkansgruppen en kampanj riktad till allmänheten: Skydda antibiotikan. Man enades om att belysa tre kloka val som var och en kan göra för att bidra till att antibiotika faktiskt fungerar även framtiden. Budskapen kommunicerades bland annat i inlägg och filmer på Facebook.

De tre kloka valen är:

- Prata med din läkare eller veterinär om när antibiotika gör nytta.
- Använd inte överbliven antibiotika utan lämna in den på apoteket.
- Förebygg infektioner och smittspridning när det går, till exempel genom att tvätta händerna och följa vaccinationsprogram.

Sammanfattningsvis handlar det om att alla behöver hjälpas åt att spara antibiotikan till tillfällen då den verkligen behövs och gör nytta.



Ulrica Dohnhammar



Höstens arbete i gång

Vi är mitt i arbetet med höstens kampanj, säger Ulrica Dohnhammar, utredare på Folkhälsomyndigheten. Det är stor utmaning att ta fram budskap som så många olika myndigheter och

organisationer ska kunna stå bakom. Jag tror att vi kommer att landa i något bra och tydligt som ger rätt effekt. Ämnet är stort och extremt viktigt. Min förhoppning är att vi kan inspirera andra länder att samarbeta mer

nationellt. Vi är många som måste agera tillsammans, avslutar Ulrica. •

Fakta: Carin Bergman, Kommunikatör
Folkhälsomyndigheten

SafeSwab – behållare för säker och effektiv operationsmiljö

MEDI PLAST



SafeSwab är en 5-delad plastbehållare med lock som används för säker och effektiv kontrollräkning och avfallshantering av operationsdukar. Unik ställning, speciellt framtagen för SafeSwab, finns som tillbehör.

Kunskap gör skillnad – kontakta oss för mer information!
Medioplast AB | Tel 020-78 80 35 | mediplast.info@mediplast.com





Steg-för- steg- guiden som tar dig till nästa kongress

Som förstagångsdeltagare, representant för Ung i AnIva och doktorand inom intensivvård åkte jag till den Europeiska intensivvårdskongressen (EfCCNa) i Belfast. Roligt, spännande och såklart lärorikt. Men jag saknade många av er, mina kollegor! Genom säkra källor (och av egen erfarenhet) så vet jag att det pågår mängder med bra utvecklingsarbeten på intensivvårds- och operationsavdelningar runt om i Sverige. Här kommer därför en steg-för-steg-guide med mina bästa tips för att just du ska få åka iväg på nästa intressanta och spännande kongress.

1. Ha koll på kongressmarknaden.

Det finns en mängd olika kongresser, konferenser och symposium runt om i världen. Men förvänta dig inte att någon kommer att berätta för dig om dem. Ett tips är att hålla utkik i Uppdukat och andra omvårdnadsmagasin där intressanta kongresser ofta presenteras. Som tur är finns även Google, så sätt igång och sök.

2. Skicka in ett abstract. Har du gjort något utvecklingsarbete på din arbetsplats? Vill du dela med dig av spännande resultat från din magister eller master? Eller håller du på med något forskningsprojekt? Det finns mängder med alternativ. Att skriva ett abstract är inte nödvändigtvis så svårt. Det finns oftast välskrivna riktlinjer för hur du går tillväga och möjlighet att ta hjälp av en vän eller kollega. Skicka in, håll tummarna och var redo att presentera dina spännande resultat!

3. Del 1. Övertala chefen. Om du väl har fått ett abstract accepterat har du det bästa argumentet för att chefen ska skicka iväg dig. Vilken arbetsplats vill inte ta chansen att visa upp sin bästa sida?

4. Del 2. Övertala chefen. Okej, ni hade ont personal just den veckan,

inga pengar osv. Deppa inte. Sök pengar själv. Det finns mängder av stipendium för konferensresor (bland annat hos Riksföreningen för operationssjukvård och Svensk sjuksköterskeförening). Skicka in en ansökan med en bra motivation och håll tummarna.

5. Del 3. Övertala chefen. Ett krav för att få åka iväg är ofta att du på ett eller annat sätt återför kunskap till dina kollegor på arbetsplatsen. Skriv ihop några rader kring varför konferensen är viktig, varför just du ska åka och hur du planerar att dela med dig av dina nyvunna kunskaper till dina kollegor.

6. Åk, ha kul och var redo att ta ett steg utanför din comfort zone. Att åka iväg och träffa kollegor från runt om i Europa (eller världen) är roligt! Att presentera är (verkligen) jätteneröst, men helt klart något värt att fira efteråt. Så på nästa kongress hoppas jag att se dig på en scen, framför en poster eller minglandes vid lunchbuffén. •



Lina Bergman

Fakta: Lina Bergman, specialistsjuksköterska inom intensivvård och doktorand vid Göteborgs Universitet

Lärarnätverket

Efter att vårt lärarnätverk har haft en paus på ett år, bjuder vi nu in till en nätverksträff i samband med Höstkongressen 2017. Vi träffas på eftermiddagen och avslutar med en gemensam middag. Anmäl dig senast den 30 oktober och uppge gärna i anmälan de ämnen du önskar diskutera.

Vi ser fram emot att möta er alla!

Maria Qvistgaard, Växjö och Sandra Kollberg, Umeå.

Tid och plats: 29 november kl.15.00 - 18.00, Stockholm, lokal meddelas senare.

Kostnad: 550 kr ex moms inkl.middag

Anmälan senast 30 oktober till: sandra.kollberg@rfop.se



Vägra ge upp livet! Shahrazad Kiavash

En torsdag i slutet av mars 2012 raseras allt. Shahrazad har tränat ett pass efter jobbet. Hon känner direkt att något är fel. Hemma i lägenheten kommer huvudvärken, hjärtklappningen, svårigheterna att andas och den konstiga magvärken. Något är definitivt fel. Hon har drabbats av en sjukdom som nästan tar hennes liv. Shahrazad hade fått en septisk chock, hon benamputeras. I november samma år kan hon ta ett fåtal stapplande steg med hjälp av kryckor. I början av oktober 2013 klarar hon några timmar utan rullstol. Nu tävlar hon i triathlon.

För 53:e året i rad anordnar Riksföreningen för operationssjukvård Höstkongress.

**30 november – 1 december 2017,
Stockholm Waterfront Congress Centre**

Hela programmet och mer information om kongressen finns på rfop.se.





EORNA-kongressen på Rhodos



I våras, den 4 – 7 maj, 2017, hölls den åttonde EORNA-kongressen på Rhodos, Grekland. Kongressens tema var "The Colossus of Perioperative Nursing".

EORNA har funnits som europeisk förening för operationssjuksköterskor i 25 år och vid invigningsceremonin firades detta på flera sätt, man hade bl.a. bjudit in de som varit ordföranden i EORNA, de fick framföra en kort återblick eller ett aktuellt ämne. Först ut var EORNA's första ordförande Lene Nørkjær från Danmark. Irini Antoniadou som är svensk operationssjuksköterska och som också varit ordförande i EORNA, hälsade från scenen på svenska, grekiska och engelska.

Det var 870 deltagare vid kongressen och ett trettiotal av dessa var svenska operationssjuksköterskor. Vi fick också lyssna till flera svenska operationssjuksköterskor som föreläste:

Ann-Catrin Blomberg, Karlstad, "Professional competence in perioperative care".

Irini Antoniadou, Uppsala, "Safety in our OR".

Ann-Mari Fagerdahl, Stockholm, "Newly graduated perioperative nurses".

Veronica Ramirez Johansson, Stockholm, "Postoperative position related extremity symptoms after robot assisted laparoscopic cystectomy"

Eva Torbjörnsson, Stockholm, "The patient's experience of amputation due to peripheral disease".

Annika Sandelin, Stockholm, "Operating room nurse's perspective on preconditions for safe intraoperative nursing care and safe surgery" och "Introduction program at an Operating Room Department - Operating room nurses and nurse assistants".

Svenska posters var presenterade genom:

Ann-Christin von Vogelsang, Stockholm: Mobile laminar airflow units to reduce airborne bacterial contamination in the operating room: Expe-

riences from a Swedish neurosurgery department.

Maria Frenckner, Sofia Jonsson och Björn Frenckner, Stockholm: Cannulation for ECMO organization of surgical equipment.

Vetenskapliga rådet som representerades av Ann-Christin von Vogelsang: Operating room nurse specialist competence is required to ensure patient safety in the operating room.

Kvalitetsrådet som representerades av Rose-Marie Gabrielson: Guidelines and recommendations in Sweden – a development project on patient safety in perioperative nursing care by the Quality Council of SEORNA, Swedish Operating Room Nurses Association.

Tre svenskar var också moderatorer under kongressen, Ann-Christin von Vogelsang och vi två EORNA-representanter.

Nästa EORNA-kongress blir i Haag den 16 – 19 maj, 2019. •

Stipendiat på kongress

Text: Anna-Lena Sällström, operationssjuksköterska Norrlands Universitetssjukhus, NUS, Umeå.

Först vill jag tacka Riksföreningen för operationssjukvård för stipendiet som gjorde det möjligt för mig att

åka till EORNAs 8:e kongress på Rhodos i maj.

Det var drygt 900 deltagare från 44 olika länder och temat var "The Colossus of Perioperative Nursing". Vi fick lyssna till många bra föreläsningar, där patientens säkerhet var i fokus och vad som kan påverka den negativt, t.ex. stress, trötthet, övertid, brist på kommunikation och tidspress. Vidare flera bra föreläsningar om hur farlig diatermiröken är och hur viktigt det är att vi har ett bra rökutdrag.

Diatermiröken innehåller ca 150 mer eller mindre giftiga ämnen.

Dessutom en bra föreläsning om ljudnivån i en operationssal, inte konstigt att man ibland är trött i huvudet efter en arbetsdag. Det var givande och intressanta dagar och trevligt att möta kolleger från andra sjukhus i Sverige och från andra länder. •

Foto: Privat



Anne-Marie Nilsson och Anna-Lena Sällström

Kunskap in, bakterier ut.

CRC
medical

Enklaste sättet att få ner CFU-nivåerna till 5? Den här och ett eluttag.

Dopair är ett mobilt recirkulationsaggregat som rensar luften mycket effektivt. Våra mätningar visar regelbundet nivåer under 5 CFU/m³. Aggregatet fungerar lika bra i operationssalen som i uppdukningssalen eller sterilenheten. Och det krävs ingen tidsödande installation. Det är bara att stoppa kontakten i närmaste uttag. Vill du veta mer om fördelarna med Dopair och se de senaste mätresultaten, ring Marcus Ragnarsson på 0705-89 63 32 eller skriv till marcus.ragnarsson@crcmed.com

www.crcmed.com





Postrar på plats

Text: Rose-Marie Gabrielson, Kvalitetsrådet samt Ann-Christin von Vogelsang, Vetenskapliga rådet

Kvalitetsrådet och Vetenskapliga rådet presenterade under EORNA kongressen på Rhodos den 4–7 maj 2017 var sin poster i elektronisk form. De elektroniska postrarna presenterades i ett särskilt medierum där man under hela kongressen kunde ta del av samtliga postrar på dataskärmar. Samtliga postrar följde en särskild mall med rubrikerna: bakgrund, syfte, metod, resultat, slutsats samt nyttan för den perioperativa omvårdnaden. En ansökan om att få presentera sin poster skickades i form av en sammanfattning i en s.k. abstract med 250–300 ord innehållande rubrikerna nämnda ovan. En vetenskaplig kommitté inom EORNA beslutade vilka postrar som skulle få presenteras. Detta är en trevlig form att få tillfälle att presentera och dela med sig av sina arbeten och utvecklingsprojekt och få dela kunskaper nationellt och internationellt.



Ann-Christin
von Vogelsang



Rose-Marie
Gabrielson

Kvalitetsrådet presenterade i sin poster arbetet med "Riksföreningen anser och rekommenderar", ett arbete där hittills fem dokument är färdigställda och ytterligare ett arbete är under granskning av Riksföreningens styrelse. De fem färdigställda dokumenten som finns publicerade på Riksföreningens hemsida är: Om åtgärder mot förväxling, om åtgärder mot oavsiktligt kvarlämnat material, om åtgärder vid anläggande av blodtomt fält, om kirurgisk rök och angående omhändertagande av biologiskt preparat. Ytterligare ett dokument angående säker

läkemedelshantering intraoperativt som är under granskning av Riksföreningens styrelse presenterades.

Även Vetenskapliga rådet presenterade i sin poster ett "Riksföreningen anser och rekommenderar"-dokument, om operationssjuksköterskans specialistkompetens för patientsäker vård i operationsrummet. Att presentera riksföreningens skrifter under internationella konferenser är ett medvetet ställningstagande för att kommunicera ut riksföreningens arbete också internationellt. För Vetenskapliga rådets skrift finns också en plan att skriva om/översätta texten och försöka publicera den i en internationell vetenskaplig tidskrift, och det arbetet kommer att fortgå i det Vetenskapliga rådet under hösten.

Representationen från Sverige under EORNA-kongressen var god avseende posterpresentationer, muntliga presentationer och även som moderatorer till de parallella sessionerna av muntliga presentationer. Samtliga svenska insatser höll mycket hög och god kvalitet! ●

**OPERATING ROOM NURSE SPECIALIST COMPETENCE IS REQUIRED TO ENSURE PATIENT SAFETY IN THE OPERATING ROOM
- A POSITIONING STATEMENT FROM THE SWEDISH OPERATING ROOM NURSES ASSOCIATION (SEORNA)**

Ann-Christin von Vogelsang¹, Berit Åkesson², Gustav Åkesson³, Gustav Rindholm⁴, Christina Loo Swenne⁵, Karin Falk Sjöström⁶

Background

In Sweden, the professional title operating room nurse (OR nurse) is protected and may only be used by registered nurses who also has a postgraduate diploma in specialist OR nursing of 60 credits. This education ensures specific training and the ability to be responsible for OR nursing tasks.

For the time being, there is a shortage of OR nurses in Sweden. This deficiency results in a risk that care providers* assign OR nursing tasks to other healthcare professionals, who lack formal education, necessary experience and skills according to Swedish regulations. Thereby the patient's rights to safe perioperative care during surgery are jeopardized.

The aim of this work was to formulate a positioning statement to inform care providers of the specialist OR nurse full competence.

Method

A literature review of Swedish legal statutes and scientific articles were conducted by SEORNA's scientific council on behalf of the SEORNA board.

The material was deductive analyzed into nursing core competencies formulated by the Swedish Society of Nursing: Safe care, Person-centered care, Informatics, Collaboration in teams, Evidence-based care, and Improvement knowledge.

* In this work Care providers refer to a state authority, county council and municipality in the case of such health- and medical care that an authority, county council or municipality is responsible for, and other legal entity or individual entrepreneur who carries out health- and medical care.

Safe care
OR nurses ensure safe care through for instance: infection control, surgical counts, correct handling of surgical specimens, and intraoperative prevention of positioning injuries.

Person-centred care
OR nurses guide the patient through the perioperative process. The patient is seen as a unique person, and care is performed in consultation with the patient.

Informatics
OR nurses document surgery-specific issues that directly affects patient safety, representing information for care givers, the patient, for monitoring, regulatory and legal requirements.

Collaboration in teams
Members the surgical team are mutually dependent on each other's unique professional skills. None of them are interchangeable without risking that patient safety is compromised.

Evidence-based care
OR nurses use multiple sources of knowledge:
• The best available scientific evidence
• Professional expertise
• Person-centred care

Improvement knowledge
OR nurses' in-depth nursing care knowledge, academic skills and an ethical approach in the perioperative context is needed to enable systematic improvements.

Results

The result are presented as key points in Figure 1.

In Sweden, healthcare professionals may delegate a task to someone else if it complies with safe care. However, the Swedish National Board of Health and Welfare state that tasks cannot be delegated to unspecified healthcare professionals, if the tasks are specifically regulated in terms of the professional competence of the person allowed to perform them.

Conclusions

Besides OR nurses, no other healthcare profession has the formal education, competence or skills to perform OR nursing tasks in the operating room.

OR nurse competence is therefore indispensable in the operating room in order to ensure patient safety during surgery.

Implications for perioperative nursing

This statement recognizes OR nurses specialist full competence and support them when their employers force them to train unskilled healthcare professionals in OR nursing tasks. The statement is spread to SEORNA members and care providers nationwide in Sweden.

NORNA-möte Helsingfors den 23-24 Mars 2017

Värdar för mötet var våra finländska kollegor Marja Sirkeinen och Marianne Lundsten. Mötet hölls i den finska sjuksköterskeföreningens lägenhet i Helsingfors. En för många känd operations-sjuksköterska från Finland är Kerstin Skogman som numera är pensionär och hedersmedlem i deras förening, inledde med historia om den finska sjuksköterskeföreningen som funnits i 119 år. Gäst under första dagen var även Jaana Perttunen, ordförande i den finska föreningen för operationssjuksköterskor, FORNA. Ett stående inslag är att varje land berättar vad som är på gång i respektive förening.

I Danmark fortsätter planeringen av en specialistutbildning inom operationssjukvård som även ska inkludera en Master degree. Finland inför en stor Hälso- och sjukvårdsreform (SOTE - Social and Health-care reformation) som innebär färre vårdplatser och stora nedskärningar. Tanken är att patienten ska lämna sjukhuset så snart som möjligt efter planerad operation. En fördel som kan tänkas med reformen är att det ska vara möjligt för patienten att själv välja sjukhus. Reformen innebär dock stora påfrestningar och studier visar att sjuksköterskor har större sjukfrånvaro nu än tidigare på grund av stress. Norge planerar för en kongress i september. Om den finns att läsa på deras hemsida www.nsflos.no

På Island är bristen stor på operationssjuksköterskor. För närvarande saknas över 200. Det är svårt att rekrytera då arbetet upplevs som tungt och lönen är låg. En stor brist på operationssjuksköterskor råder också i Sverige. Vi kunde rapportera om att utbildningsplatser minskar på grund av bristande intresse för specialistutbildning. Något som intresserar våra grannländer är den certifieringsutbildning som sker i samarbete med Swedish Medtech. Utbildningen riktar



Stående från vänster i bakre raden: Anna Valsdóttir Island, Tórbjörg Ása Kristinsdóttir Island, Catarina Augustsson Sverige, AnneMarie Nilsson Sverige och Kerstin Skogman Finland. I mitten: Anne Lind Jølstad Norge, Aina Hauge Norge, Jette Isberg Danmark och Janni Ulrich Danmark, Sittande: Marja Sirkeinen och Marianne Lundsten Finland

sig till leverantörer av medicintekniska produkter och fokuserar på frågor som bland annat rör infektionskontroll och patientintegritet. Vi kunde också berätta om projektet "Stark för kirurgi – Stark för livet" som rör levnadsvanor inför kirurgi.

Under mötet arbetade vi också med att revidera våra Guidelines inför den femte NORNA-kongressen som kommer att hållas den 29 - 30 november 2018, på Stockholm Waterfront Hotell. Temat för kongressen är "Come together – Building Bridges in Perioperative Nursing". Varje land bidrar med föreläsare.

Satu Rauta från Helsinki University Hospital, Finland var inbjuden dag 2 för att beskriva mätinstrumentet PERIHOIQ vilket är ett hjälpmedel för att beskriva patientens omvårdnadsbehov. Sjuksköterskan klassificerar utifrån ett nationellt klassificeringssystem (RAFAELA-system). Syftet är att kunna jämföra sjukskötersketätheten på operationsavdelningen i förhållande till den omvårdnad patienten behöver för att uppnå en god patient-säkerhet.

Vi tackade för ett givande möte och ser fram emot att åter träffa våra nordiska kollegor i oktober. •



Regional studiedag i Stockholm

Den 7 april, 2017, hade operations-sjuksköterskor, anestesisjuksköterskor och undersköterskor inom anesthesi- och operationssjukvård studiedag, men på olika konferensanläggningar. I år slutade studiedagen väldigt anorlunda.

Varje vår anordnas en regional studiedag i Stockholm för dessa yrkeskategorier och i år träffades vi operations-sjuksköterskor på Scandic Ariadne i Värtahamnen, liksom året innan. Lokalen är stor och rymmer ungefär 250 personer och personalen där är utomordentligt "service-minded", de är väldigt tillmötesgående för våra behov. Vi startade vid 8-tiden med registrering och kaffe för att sedan köra igång programmet kl. 8.30 då moderator för dagen, Veronica Ramirez Johansson, utbildningsledare på Karolinska universitetssjukhuset i Stockholm, hälsade alla välkomna!

Utställning

Vi hade några utställare där produkt-specialisterna visade sitt material under lunch och fikapaus. De företag som ställde ut var OneMed, Medtronic, Mölnlycke Health Care, Smith & Nephew, Kebomed och Ethicon. Det var mycket givande att få ta del av nyheterna som de presenterade.

Programmet

Sjukhusjuristerna på Karolinska Universitetssjukhuset i Stockholm, Diana Färje och Göran Uppfeldt hade en intressant dialog med deltagarna om patientjournalen, bland annat om sekretess, dokumentation och spårbarhet. Det var många frågor och funderingar som klarades ut under deras timplånga föredrag.

Överläkare Jonas Nygren från Ersta sjukhus i Stockholm föreläste om "ERAS (*Enhanced Recovery After Surgery*) – optimerad preoperativ vård vid tarmkirurgi". Han berättade hur de tillämpar vården i samband med tarmkirurgi för att patienterna ska må bättre och få en bättre hälsa. ERAS-konceptet används inom stor

bukkirurgi på många sjukhus i Sverige och världen över, och innefattar ett särskilt program med exempelvis preoperativ kolhydratladdning, och tidig postoperativ mobilisering för snabbare återhämtning.

Därefter höll lektor vid Göteborgs universitet, Annette Erichsen Andersson föredrag om "*Evidensbaserad infektionsprevention vid kirurgi*". Hon visade på en enkel bild av grundprinciper för att få en djup sårinfektion: Infektion = Bakteriedos x virulens ÷ Patientens mottaglighet. Hennes bästa tips är att anpassa antal personer på sal beroende på ventilationens typ och rumsstorlek; minimera dörröppningar; välj operationskläder med omsorg (täta); och god kommunikation och logistik eftersom kort operationstid minimerar infektionsrisk. "Optimerad miljö" är ett annat område som Annette poängterade och det innebär bl.a. att uppdukning sker innan patienten kommer in på operationsrummet och att instrument täcks över fram till Timeout, enligt WHO's Checklista.

Munskydd används av pass på sal vid uppdukning. I den rena zonen i operationsrummet används munskydd av typ IIR; alltid ha instrumenten där och att enbart sterilklädda personer befinner sig där. Viktigt är att allt hår samt öron och hals är täckta och att det sker kontinuerligt underhåll och kontroll av ventilationen. Annettes "Take home message" var att *Det finns inga infektionskänsliga operationer utan bara infektionskänsliga patienter! Att drabbas av en djup infektion innebär ofta en personlig katastrof på många plan: fysiskt, känslomässigt och ekonomiskt. Mer forskning krävs för att veta vad som verkligen är effektiva åtgärder.*

Birte Oskarsson som är enhetschef på Steriltekniska enheten i Skånes Universitetssjukhus höll ett föredrag om "Så hanterar du flergångsinstrument – rengöring, förvaring och spårbarhet". Hon berättade att det inte finns något som heter högggradigt rent för engångsprodukter och att det inte

finns någon definition för rent eller högggradigt rent på material. Birte beskrev diskdesinfektorers egenskaper och hur vi ska hantera diskdesinfektorerna för att de ska kunna rengöra och desinfektera instrumenten. Hon visade några bilder på hur man ska och hur man inte ska lägga kontaminerade instrument i gallren innan de ska rengöras och desinfekteras. Rekommendationen är att använda instrumentpinne i gallren för att stödja instrumenten. Birte redogjorde också för förpackningar och risker med dem om de hanteras många gånger och att det är viktigt att inspektera förpackningens kondition innan det sterila materialet tas upp.

Avslutningen

Clas Malmström, läkare och föreläsare var sist ut för dagen och hans föredrag handlade om "*Stresshantering på arbetsplatsen*". Tyvärr fick inte han hålla hela sitt föredrag eftersom vid 15-tiden uppmärksammade en av deltagarna, Björn Garpstål operationssjuksköterska på St. Göran Capio, nyheten om att en lastbil hade kört in på Drottninggatan i Stockholm och skadat många människor. Vi kollade upp med sjukhuset om det hade kommit in något larm, vilket det hade, men de kunde inte, just då, informera om omfattningen av larmet. Vi avbröt den regionala studiedagen. Vi organiserade så att en från varje sjukhus ringde och frågade om de behövde personal och om man hade utlöst katastroflarm, men det kanske hade varit bättre om vi hade inväntat katastroflarmet istället. I alla fall åkte flera av deltagarna till sina sjukhus och till och med personalen på konferensanläggningen körde flera av operationssjuksköterskorna. Föreläsaren Clas Malmström fick order om att infinna sig på Karolinska Universitetssjukhuset för att hjälpa till med krishantering. Mitt i tumultet av denna katastrof utlöste ett brandlarm på konferensanläggningen och det var bara att så snabbt som möjligt utrymma lokalen. Då gick några stycken av oss till en närliggande restaurang för att äta middag och tur var väl det.

Det gick helt enkelt inte att komma hem, det var totalt stopp i tunnelbanan, pendeltåg och bussar gick men fastnade i de långa bilköerna. Infrastrukturen var i stort sett totalt utslagen. Runt om i hela Stockholm försökte de allra flesta att ta sig hem till fots. De operationssjuksköterskor som lyckades ta sig till Karolinska Universitetssjukhuset i Solna med bil från Scandic Ariadne kunde konstatera att det var stor uppslutning av personal på traumaenheten efter att sms-meddelande hade gått ut att de behövdes på sjukhuset för att vara behjälpliga. Katastroforganisationen drog igång som bland annat innebar att förbereda operationssalar, dirigera om patienter och bereda plats på postoperativa enheten och intensivvårdsavdelningen för att hjälpa till att reorganisera vårdplatser. Några svårt skadade togs omhand och det fanns kapacitet för att ta hand om fler. Det var dock tur att terrorattacken inte

orsakade ännu fler dödsfall och skadade än de som drabbades.

Det blev en mycket abrupt och sorglig avslutning av den regionala studiedagen 2017. Vi sörjer med de som dog och vi hoppas att de skadade lyckas återhämta sig, liksom de människor som var där på Drottninggatan när det hände. Vi blev alla varse om hur en sådan här händelse påverkar och berör oss både som individer, men även i vårt yrke som operationssjuksköterskor. •

Fakta: Annika Sandelin, Veronica Ramirez Johansson, utbildningsledare Karolinska universitetssjukhuset, Stockholm

Nya medlemmar

Riksföreningen för operationssjukvård har under perioden 1 januari till 31 juli, 2017, fått 52 nya medlemmar!

Välkomna!

Lisa Adolfsson, Farsta
Therese Agduhr, Stockholm
Katarina Aldenhorn, Vallda
Louise Andersson, Lindome
Julia Arndorff, Malmö
Caroline Arnstigen, Bonässund
Cathrine Backas, Göteborg
Stina Berggren, Uppsala
Anna-Karin Berggren, Skarpnäck
Christin Björklund, Kristianstad
Olga Carlqvist Wredendahl, Östersund
Anne-Mari Einarsson, Valbo
Anne Ekdahl Rydberg, Aneby
Lisbeth Eklöf, Kristinehamn
Malin Eriksson, Staffanstorps
Christina Gerdin, Stockholm
Joakim Gårder, Stockholm
Pauline Haglund, Örebro
Annika Hallgren, Ekshärad
Camilla Hamberg, Nacka
Marie Hansson, Göteborg
Chatarina Hansson, Umeå

Marie-Louise Hedström, Kinna
Carolina Hellman, Farsta
Sofie Hillersand, Tving
Emma Johansson, Lund
Susanne Johansson, Viskafors
Emma Johansson, Växjö
Jennica Jonstad, Halmstad
Anette Kühme, Malmö
Linda Kurunen, Nordmaling
Soraya Ladera del Pozo, Enskededalen
Monica Landberg, Linköping
Helen Lestander, Holmsund
Monika Lindblom, Lund
Ann Lundkvist, Upplandsväsby
Camilla Lundwall, Granbergsdal
Anna Morgansdotter, Umeå
Sofia Mårtensson, Horred
Charlotte Nyström, Sundbyberg
Marica Nöjd, Bredbyn
Ingrid Plym, Svedala
Åsa Romeo, Mölndal
Simone Rosch, Arvika
Maria Schalén, Jönköping
Maria Silén, Norrsundet
Chantal Stigendal, Sävedalen
Ebba Sylwan, Enskededalen
Nathalie Sörensen, Stockholm
Caroline Telhede, Vintrosa
Camilla Torstensson, Bromma
Åsa Öhrner, Tyresö

Distriktsamordnare Vi vill bli fler!

Text: Lotta Olsson, DS Värmland samt DS-samordnare, och Inger Andersson, DS Örebro samt Redaktionen

I våra olika delar av Sverige har vi Distriktsamordnare (DS) som bland annat är länken mellan Riksföreningens medlemmar och styrelsen. Distriktsamordnarens viktigaste uppgift är att i samverkan med föreningens medlemmar utveckla operationssjukvården.

En gång om året ska distrikts-samordnaren också bjuda in till nätverksträff för Riksföreningens medlemmar i det egna distriktet.

Fördelen med att ha samordnare och nätverksträffar i varje distrikt är bl.a. att dela med oss av erfarenheter, bra rutiner, att vi tillsammans har mycket erfarenhet för att stötta varandra och att vi har nästan likartade problem på flera operationsavdelningar som vi kan hjälpas åt att lösa.

För att få medlemmar i alla distrikt att träffas och bli delaktiga i nätverk för operationssjuksköterskor saknar vi Distriktsamordnare i vissa delar av vårt land som kan ansvara för detta.

Norrbottnen, Västernorrland, Uppland, Södermanland saknar DS och Göteborg och Skåne söker ytterligare efter en.

Vi hoppas att några medlemmar som läser detta ser ett viktigt och roligt uppdrag och kontaktar vår samordnare Lotta så vi blir fler!

Välkommen till vår grupp som Distriktsamordnare!

Kontakt:

Lotta Olsson, varmland@rfop.se



Nätverksträff

Örebro den 4 april 2017

Text: Inger Andersson, distriktssamordnare Örebro

I april var vi välkomna till Capio Läkargruppen Örebro för nätverksmöte i Region Örebro. Vi som deltog var operationssjuksköterskor med Lindesbergs lasarett, Capio Läkargruppen Örebro, Karlskoga lasarett och Universitetssjukhuset Örebro som arbetsplats. Alltid lika roligt att ses och samtalen om vad som hänt sedan vi sågs senast kom snabbt igång!

Kvällen startade med kvällsmat samtidigt som kollegor med Barbro i spetsen hälsade oss välkomna till Örebro. Produktspecialist Jan Brodin från Arthrex Sverige AB, som timmarna innan vårt möte blivit av med sin dator inklusive utbildningsmaterialet, informerade improviserat och bra om implantat för korsbands- och artroskopisk kirurgi. Efter det berättade Karuna Dahlberg, IVA sjuksköterska och doktorand på Örebro Universitet, om RAPP-Recovery Assessment by Phone Points - en IT-lösning för uppföljning efter dagkirurgisk operation. En applikation (app) installeras på patientens smartphone och patienten besvarar dagligen hur han/hon återhämtar sig. Via en systematisk uppföljning av patientens återhämtning kan individuell vård och behandling erbjudas. Intressant att lyssna på för oss som arbetar med dagkirurgiska patienter och som vi i framtiden kanske kan komma att använda.

Information om Riksföreningen för operationssjukvård är ett återkommande inslag i nätverksträffen och det gjorde jag som distriktssamordnare genom att visa delar av vår hemsida. Information om kommande Hygienforum och att schemaplanera redan nu för deltagande på Höstkongressen i slutet av november. Jag visade också den nya broschyren "Samtal om

levnadsvanor inför kirurgi – operationssjuksköterskans roll" en broschyr framtagen av Svensk Sjuksköterskeförening och vår riksförening. Vi som operationssjuksköterskor har en mycket betydelsefull roll vid patientens kirurgiska ingrepp och broschyrens syfte är att ge ett kunskapsunderlag för att medvetandegöra operationssjuksköterskor om risker och konsekvenser av ohälsosamma levnadsvanor. Broschyren beställs via riksföreningen. Uppmaning om att söka stipendier som finns och all information om detta finns som så mycket annat på vår hemsida.

Capio-gänget berättade avslutningsvis om sin verksamhet och vi delades upp i två grupper för att sedan gå på en uppskattad rundtur i lokalerna. Vi följde patienternas flöde på de olika enheterna och fick se våra kollegors arbetsplats. Ett varmt tack till våra kollegor på Capio Läkargruppen Örebro för arrangemanget och för engagemanget som gjorde det till en trevlig kväll! Vi ser fram emot att få ses om ett år, då i Karlskogas nya operationslokaler!

Halland den 26 april 2017

Text: Laila Lyckeskär Distriktssamordnare Halland

Äntligen dags för en nätverksträff på Hallands sjukhus Varberg. En liten men tapper skara dök upp...

Efter lite godis frukt och mat var det dags att lyssna på Dr Anna Friborg, anestesiläkare på Centraloperation i Varberg. Ämnet för föreläsningen var "Anestesi för operationssjuksköterskor". Ett spännande ämne med ny kunskap och bra samtal kring kommunikation på operationssalen, vad vi kan hjälpas åt med tillsammans med anestesisjuksköterskorna, när

patienten inte mår bra, har problem med luftvägarna, blöder m.m.

Tack Anna för att du delade med dig av din kunskap och dina tankar! Tid för samtal kring hur vi har det på operation och vad kan vara intressant att skaffa mer kunskap om i samband med nätverksträffar. En rundvandring avslutade kvällen och jag fick frågan, kan du jobba, det behövs ett extra oplag!

Några timmar senare var jag glad för mina nya kunskaper då de omsattes i praktiken... alltid bra att lära sig något nytt!



Namn: Susanne Johansson, Lena Moen och Therese Schärman

Arbetsplats: Västerås sjukhus

Vilken är den viktigaste frågan för operationssjuksköterskorna just nu?

Värna om den specifika professionen som operationssjuksköterskan har.

Vad är det bästa med/på kongressen?

Intressanta föreläsningar väcker frågor och funderingar. Mötet med andra kollegor.



Nya kollegor

Riksföreningen vill gratulera följande nya kollegor till, examen inom Specialistsjuksköterskeutbildningen inriktning operationssjukvård

Grattis!

Karolinska institutet HT16/VT17

Överst från vänster: Mary Holm, Fanny Ståhl, Johanna Andersson, Michaela Hansson, Lisa Adolfs-son, Melanie Loucaides, Sofie Bergström **Nederst från vänster:** Joakim Gårder, Matilde Olaison, Annika Johnsson Hemberg, Charlotte Nyström, Anna Isaks-son **Saknas på bilden:** Karin Engström, Elvira Kurer-Ismaguilova, Nathalie Sörensen

Examinator: Ann-Mari Fagerdahl

Kursansvarig: Esmat Esmail Zadeh

Lärare: Susann Edvinsson Larsson



Karolinska institutet



Lund

Lund

Övre raden från vänster: Malin Bornander, Britta Grönlund, Emma Johansson, Sofia Schultz, Anna Fagring, Christel Hedström **Nedre raden från vänster:** Maria Nodfelt, Tamara Nyberg, Paula Jönsson, Alexandra Johansson, Sophie Jankovic Ågren, Pernilla Jönsson, Sarah K Svensson, Rebecka Andersson **Ej med på bild:** Julia Arndorff & Irina Perepelkina

Kursansvarig lärare: Sofia Hemle Jerntorp

Fotograf och examinator: Birgitta Å Gustafsson



Umeå Universitet

Institutionen för Omvårdnad, Umeå Universitet.

Från vänster: Karin Holstad, Sanna Starkenberg, Anna Morgansdotter, Chatarina Hansson, Harriet Stordahl och Katarina Johansson

Kursansvarig lärare: Sandra Kollberg

Linnéuniversitetet Växjö

Från vänster: Jessika Ericsson, Emma Österberg, Emma Eliasson, Emma Johansson, Emmelie Johans-son, Jenny Cusaado, Veronica Pjerner, Maria Qvist-gaard (kursansvarig) och Jennifer Skogsström

Kursansvarig: Maria Qvistgaard



Linnéuniversitetet Växjö



Riksföreningen för operationssjukvård

Ett nätverk för postoperativ vård behövs!

Vill du vara med och påverka den postoperativa vården? Ett forum för nationell och internationell samverkan kring utbildning, kompetensutveckling och innovation inom postoperativ vård behövs.

Fokus för nätverket blir den postoperativa vårdprocessen från överflyttning från operation, vården som bedrivs på Postop samt överflyttning till vårdavdelning.

Nätverket kommer att bildas i ett samarbete mellan Riksföreningen för operationssjukvård samt Riksföreningen för anestesi och intensivvård.

Om du är intresserad så kontakta oss!

Helén Berthelson, *ordförande*
Riksföreningen för anestesi och intensivvård
helen.berthelson@aniva.se

Kristina Lockner, *ordförande*
Riksföreningen för Operationssjukvård
rfop@rfop.se



Riksföreningen för anestesi och intensivvård

Supportstipendium

Välkommen att ansöka om
Riksföreningens supportstipendium

Syftet med Riksföreningens supportstipendium är att bidra till ett nationellt eller internationellt erfarenhetsutbyte. En möjlighet för föreningens medlemmar till ny kunskap, nya tankar och idéer som kan stimulera till utvecklingsarbete inom ditt arbetsfält eller till personlig utveckling.

Supportstipendiet är 20 000 kr och Riksföreningen för operationssjukvård kommer att dela ut ett antal supportstipendium på ett maxbelopp på 2 000 kr vardera.

Ansökningarna behandlas i kronologisk ordning av Riksföreningen för operationssjukvårds styrelse vid nästkommande styrelsemöte.

OBS! Under perioden 1 juni – 1 september behandlas inga stipendieansökningar.

Kriterier Supportstipendium

Du ska ha varit medlem i Riksföreningen för operationssjukvård de senaste två åren.

Du får inte ha tagit del av något av Riksföreningens stipendium de senaste fyra åren.

Ansökan gäller för en person.

Ansökan gäller max 2 000 kr.



Use antibacterial sutures.

SAYS WHO?

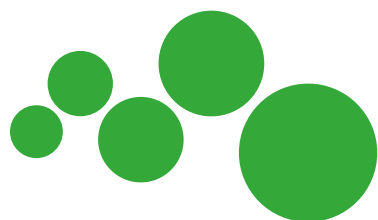


Triclosan coated sutures
included in the WHO Global
Guidelines for the Prevention
of Surgical Site Infections

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

POSTTIDNING B

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



Mölnlycke®



KEBOMED

Johnson & Johnson MEDICAL
DEVICES
COMPANIES

MEDI PLAST®

VINGMED

Medtronic
Further, Together

CRC
medical

BERNER
Medical

B | BRAUN
SHARING EXPERTISE