

Uppdukat

Nr 4 november 2019 årgång 31





MEDI PLAST

Medioplast är medskapare till en säker och effektiv sjukvård

**Vi tillhandahåller ett brett produktsortiment som skapar en
säker och effektiv operationsmiljö:**

- Draperingar och bäddset för operationsbordet
- Operationsrockar • Munskydd och handskar • Personalkläder

Kunskap gör skillnad – kontakta oss för mer information!

Medioplast AB | Tel 020 - 78 80 35 | mediplast.info@mediplast.com

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: Arkivbild

Foto: *byLindahl*

Annonser

annonsansvarig@rfop.se

Redaktion

Kristina Lockner
Inger Andersson
Yvonne Törnqvist

**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 4 2019 årgång 31

Redaktionens ord...**sid 4**

Porträttet...**sid 6**

Min operationsavdelning, Visby...**sid 8**

Patientrapporterade symptom i
extremiteter efter robotassisterad
cystectomi...**sid 10**

Min operationsavdelning, Göteborg...**sid 14**

Redaktionen tipsar...**sid 16**

Operationssjuksköterskors upplevelser
ur ett smittspridningsperspektiv...**sid 18**

Hygienfrågan...**sid 22**

Vad betyder intraoperativ prevention
av postoperativa infektioner?...**sid 24**

Vård i hybridsal...**sid 26**

Legitimerad sjuksköterska med
specialistsjuksköterskeexamen
inriktning mot operationssjukvård...**sid 28**

I huvudet på en chef...**sid 30**

Rapport från Chefrådet...**sid 31**

Agenda 2030 och globala målen...**sid 32**

Gästkrönika...**sid 34**

Först ut Peang Crafoord...**sid 35**

Föreningsnytt...**sid 38**

sid 14



sid 35



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:** Gävle Offset AB

Foto: Poo Sjöberg



Internationellt sett har sjuksköterskebemanning och *högre kompetensnivå hos sjuksköterskor* visat sig sänka morbiditet och mortalitet inom slutenvården. Inom operationssjukvården har specialistsjuksköterskornas utbildningsnivå visat sig påverka andelen infektioner i det postoperativa förloppet. I Sverige är en av de vanligaste vårdskadorna vårdrelaterade infektioner, varav postoperativ sårinfektion utgör en betydande andel. Att på nationell nivå klargöra kompetensområdet för specialistsjuksköterskan med inriktning mot operationssjukvård och därmed bidra till en jämlik, god och säker vård för patienter som ska genomgå kirurgiska ingrepp, undersökningar och behandlingar.

Vår reviderade kompetensbeskrivning finns snart på plats, den ska användas som rekommendation, vägledning, och stöd för enskilda operationssjuksköterskor, medarbetare inom andra professioner, handledare på olika

nivåer, lärare, verksamhetsansvariga, politiker samt allmänheten i stort, vilka alla utgör potentiella patienter. Läs mer om det viktiga arbetet med revideringen på sid. 28.

Vi har i detta nummer två "min operationsavdelning", vill du presentera din avdelning, hör av dig till redaktionen. Vår nya artikelserie om namnet bakom det kirurgiska instrumentet startar detta nummer, först ut är berättelsen om Crafoord.

Vår traumautbildning nivå 1 Basic trauma den 22 november har några platser kvar. Har du ej möjlighet att delta nu i höst kan du anmäla dig till någon av tillfällena 2020. Även vårt kunskapsseminarie om Levnadsvanor, nystartade nätverket SPOR har flera träffar under 2020, kolla in kalendariet och börja planera utbildningarna 2020.

Det som återstår i år är den 55:e Höstkongressen, Chefnätverk och den 7:e Chefkonferensen, ses vi där? Vi har anmälan öppen, så du hinner anmäla dig!

Sist vill jag passa på och göra reklam för Svensk sjuksköterskeförenings podd "Omvårdnadspodden - röster från sjuksköterskor och andra" vill fördjupa frågeställningar som sjuksköterskor möter i vårdens vardag och bidra till att dessa diskuteras på arbetsplatser och lärosäten och i samhällsdebatten. Det finns tio avsnitt publicerade och fler blir det, ladda ned den och börja lyssna!

Redaktionen önskar Dig en God Jul och ett Gott Nytt År

Det som återstår i år är den 55:e Höstkongressen, Chefnätverk och den 7:e Chefkonferensen, ses vi där?
Vi har anmälan öppen, så du hinner anmäla dig!

Nationellt kalendarium

För mer information och priser se rfop.se



2019

22 november

Traumautbildning, Nivå 1

Plats: Sjuksköterskornas hus, Stockholm

28 november

Chefnätverk

Plats: Stockholm Waterfront Congress Center

29 november

Chefkonferens

Plats: Stockholm Waterfront Congress Center

28 - 29 november

Höstkongress

Plats: Stockholm Waterfront Congress Center

2020

6 - 7 februari

Levnadsvanor i samband med kirurgi

Plats: Sjuksköterskornas hus, Stockholm

14 februari

SPOR nätverksräff

Plats: Sjuksköterskornas hus, Stockholm

12 - 13 mars

Chefnätverk

Plats: Stockholm Waterfront Congress Center

20 mars

Traumautbildning, Nivå 1

Plats: Sjuksköterskornas hus, Stockholm

24 april

Årsmöte

Plats: Stockholm

14 - 15 maj

Hygienforum

Plats: Sheraton Stockholm Hotel

10 - 11 september

Chefnätverk

Plats: Stockholm Waterfront Congress Center

25 september

SPOR nätverksräff

Plats: Sjuksköterskornas hus, Stockholm

1-2 oktober

Levnadsvanor i samband med kirurgi

Plats: Sjuksköterskornas hus, Stockholm

23 oktober

Traumautbildning, Nivå 1

Plats: Sjuksköterskornas hus, Stockholm

26 - 27 november

Höstkongress

Plats: Stockholm Waterfront Congress Center

2021

27 - 28 maj

Hygienforum

Plats: Sheraton Stockholm Hotel

2 - 3 december

Höstkongress

Plats: Stockholm Waterfront Congress Center



1969

2019



Infektionshygien under kontroll

Mycket har förändrats i operationssalen under de senaste 50 åren – men Mölnlycke har varit en konstant faktor. Vi erbjuder alla engångsprodukter som behövs för ett specifikt ingrepp – från BARRIER® rockar och avdelningskläder till Biogel® operationshandskar och mer avancerade Mölnlycke® Kundanpassade set. Och vi har alltid infektionskontroll som vårt primära fokus.

Kom förbi vår monter på Höstkongressen och se hur vi tillsammans kan fokusera på hygien de närmaste åren.

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.
Mölnlycke, BARRIER och Biogel Indicator varumärken och logotyper är globalt registrerade av ett eller flera företag i Mölnlycke Health Care Group. ©2019 Mölnlycke Health Care AB. Med ensamrätt.





Porträttet

Cecilia Lundmark

Jag heter Cecilia Lundmark är 60 år och blev klar med min utbildning 1983. Att jag hamnade på operation var mer av en slump, som sedan blev det bästa. Efter att varit ute och rest i världen var det dags att göra något riktigt, tyckte omgivningen kanske mer än jag. Så det blev Göteborg och dåvarande operationsassistentutbildningen. 1986 fick vi som gick den utbildningen legitimation som sjuksköterska med examen inom operationssjukvård*. Efter utbildningen var det ont om arbete, inte alls som nu. Jag ville gärna stanna kvar i Göteborg och letade runt. De sista dagarna på min praktikplats, Kvinnoklinikens operationsavdelning på Sahlgrenska blev jag erbjuden ett vikariat. Min handledare hade kommit in på lärarutbildningen och jag fick min chans. Jag kände snabbt att jag befann mej på rätt plats och är så glad över det.

Det blev också där jag blev kvar och gjorde min resa in i ledarskapet. Jag blev senare chef och gynoperation på Sahlgrenska är den avdelning som fostrat mig, lärt mig mycket och jag är glad för alla mina år där. Men allt har ett slut och efter ett antal år var jag redo för något nytt.

Jag läste omvårdnadshandledning 30 hp och fick möjlighet att handleda halvtid och arbeta som operations-sjuksköterska havttid. Livet gjorde sig påmint under denna tid och jag blev anhörig i vården. Det blev en annan resa, och mina möten i vården under den tiden, som inte alltid var positiva, fick mig att fundera mer och mer på vem vi är när vi möter andra i vården, som är i en utsatt position och oroliga. Detta ledde mig till nya utbildningar inom etik och existentiella frågor. Ett par år efter den tiden blev jag själv patient med en cancerdiagnos och något annat började växa, en längtan efter att få arbeta med de etiska frågorna inom vården. Och så dök det upp, jobbet som någon tyckte jag skulle söka, som etisk vägledare på etiskt forum på Sahlgrenska Universitetssjukhuset. Där jag är idag.

Det bästa

Det bästa med att vara operations-sjuksköterska har varit teamarbetet som uppstår kring patienten. Att tillsammans med andra skaffa värde



Cecilia Lundmark

för den som är utsatt och i bästa fall öka livskvaliteten eller bibehålla den nuvarande för patienten. På samma sätt som teamarbetet är det bästa är det tydligt när det motsatsen. När jag märks först när jag gjort något fel. Att det är en hierarkisk ordning på operation där det ibland varit svårt att ta plats utanför operationssalen är för mig motsägelsefullt när vi arbetar med svårt sjuka patienter.

Om jag hade varit kvar i operations-sjuksköterske yrket hade jag velat jobba för att höja blicken utanför operationssalen och våga utmana den idealiserade bilden av operations-sjuksköterskan. Självklart ska vi kunna allt det tekniska, arbeta snabbt när det behövs, ha följsamhet i såret och vara steget före. Men utrymme ska finnas för att vi är olika. Skapa utrymme för andra nya perspektiv. Mitt råd till aktiva operationssjuksköterskor är att våga utmana den gängse bilden av en operationssjuksköterska. Läs mer om det som man vill göra fast och ändå med stolthet vara kvar i arbetet på operationssalen, som för mig trots allt är kärnan i yrket. Det behöver inte bli helt tekniskt, utan se den omvårdnad jag som operations-sjuksköterska ger, är lika viktig som alla andras insatser på salen. Och om praktik och vårdvetenskapen landar i ett sammanhang och stöttar varandra så skulle det leda till ett än bättre sammanhang för patienten.

En ny värld

För mig blev det en ny värld som öppnade sig när jag stod på andra sidan, som närstående och som patient. Då väcktes än mer frågan om vem operationssjuksköterskan faktiskt är. Jag möte aldrig i min vårdssituation den personen som skulle vara mig så nära. Ta hand om min kropp. Att vara så utlämnad som man är på en operationsbriks är en påtaglig känsla av litenhet. Jag hade gärna mött den människan för att fullt ut känna tillit, trygghet, förtroende och lugn.

Nu har jag ett jobb som ger mig möten såväl på sjukhuset som på universitetet, där jag har förmånen att få träffa entusiastiska studenter i grund- och specialistutbildning. Det är annorlunda att inte längre jobba i det direkta vårdmötet, bekräftelsen från patienter såväl som det fantastiska samarbetet som man kan ha på operation kan jag sakna. Fast just nu är det här jag vill vara.

*Lagen om behörighet att utöva yrke inom Hälso- och sjukvården m.m (1984:542) 3 § •



Centraloperation, Visby lasarett



Jag heter Rebecca Lagercrantz är operationssjuksköterska och arbetar på Centraloperation i Visby. Det har varit min arbetsplats sedan april 2019. Tidigare arbetade jag vid Mälarsjukhuset som operations-sjuksköterska men slutade min tjänst där på grund av flytt till Nynäshamn. Jag blev erbjuden jobb vid Huddinge samt Södersjukhuset men insåg att det skulle bli svårt att få familjelivet att gå ihop. Så jag fick hitta en annan bana som sjuksköterska inom geriatrik, primärvård och äldreomsorg i Nynäshamn, Haninge.

2017 flyttade vi till Gotland efter att ha fått en tjänst som operationsplanerare på PEV (planeringsenhet vård). De blev en inkörsport till operation och efter att ha hospiterat en dag var jag fast besluten om att ta upp mitt arbete som operationssjuksköterska igen. Jag blev erbjuden en tjänst och började min inskolning i april 2019

och trivs fantastiskt bra. Så efter 15 år med andra tjänster inom sjukvården är jag idag glad över beslutet att återvända till operation.

Om Visby centraloperation

Visby lasarett öppnades strax norr om centrum vid Strandgärdet den 10 februari 1903. Kostnaden för lasarettet uppgick till 441 356 kronor och 44 öre och det är i de lokaler vi är än idag. Sjukhuset byggdes efterhand om och ut och de lokaler vi är i byggdes 1997. Vår avdelning har fem operationssalar på centraloperation och två på dagoperation att bemanna. Där bedriver vi ortopedi, allmänkirurgi, gynekologi, urologi samt öron-näsa-hals. Vi är 17 operationssjuksköterskor och vår medelålder är ungefär 46 år. Vi bedriver både akut-, och elektiv specialistsjukvård. De flesta operationssjuksköterskor jobbar intermittent, förutom dagar så gör vi kvällar, nätter och helger under dessa pass är vi ett team som bemannar centraloperation.

Eftersom vi befinner oss mitt ute i Östersjön gör öläget att vi genomför operationer från alla specialiteter (förutom neuro och thorax), som ny medarbetare tar de tid att lära sig alla de ingreppen och som operationssjuksköterska behöver du hålla dig uppdaterad och påläst, för att de kan dröja länge mellan ett och samma ingrepp, fast de gör också att ingen dag är den

andra lik. Vi flyger många patienter till fastlandet för specialistvård och allt som oftast får vi stabilisera dem här innan de transporteras till ett specialistsjukhus. Som operationssjuksköterska ska du alltså kunna bemanna alla specialiteter, dock har vi olika grupper för de olika specialiteterna för att kunna jobba med instrument, galler och implementera de nyheter som kommer inom området.

Som arbetsdräkt kan vi välja mellan textil och engångskläder fast vid implantatkirurgi använder vi engångskläder som arbetsdräkt. När vi ska lämna operationsavdelningens lokaler så använder vi oss av engångsrockar. Under många år har vi sorterat våra sopor inne på sal och utanför sal och det fungerar bra.

En vanlig dag

En vanlig dag hos oss ser ut som följer, vi blir tilldelad sal eller teamtjänst. På salen går vi igenom vårt program och tillsammans planera vi dagen, de är viktigt att teamet på salen har en god kommunikation och att alla är med på hur dagen kommer att se ut. Operationssjuksköterskan dukar upp och narkosen hämtar patienten. Vi har lokala regler om vilka operationer som vi inte öppnar dörrarna på under tiden vi dukar. Vi använder oss av WHO:s checklista för time out och check ut.

På salen är cirkulerande pass oftast en undersköterska fast ibland är vi två operationssjuksköterskor. Efter avslutad operation går vi som operations-sjuksköterska alltid med till uppvaket och ger rapport. Efter det så iordningsställer vi salen och förbereder för nästa ingrepp. Under dagen så löser vi varandra både för lunch och fika. De finns alltid förbättringar att göra och som tur är så är vi många och brinner för olika delar att jobba med.

De bästa med min arbetsplats är arbetskollegorna och att dagen innebär stor variation, en dag är aldrig den andra lik. •



Använder du
handskar som larmar?



Biogel® Indicator® System – de enda handskarna du behöver

*Biogel® Indicator® System finns även i syntetisk polyisopren och polykloropren

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.
Mölnlycke och Biogel Indicator varumärken och logotyper är globalt registrerade av ett eller flera företag i Mölnlycke Health Care Group. ©2019 Mölnlycke Health Care AB. Med ensamrätt.



Patientrapporterade symptom i extremiteter efter robotassisterad cystectomi

På min arbetsplats, Karolinska Universitetssjukhuset i Solna, opererar vi många patienter med robotassisterad laparoskopisk teknik inom flera specialiteter. Vid robotassisterad cystectomi är patienterna placerade i extremt Trendelenburgläge med huvudändan tippad nedåt med cirka 30 graders lutning, se bild 1. För några år sedan började jag fundera på hur patienterna mår postoperativt efter att ha varit positionerade med kroppen så pass tippad under operationen. Fick patienterna några besvär i sina armar och ben efter operationen som vi inte visste något om? Om ja, hur länge varade besvären i sådana fall?



Extremt Trendelenburgläge i halv vacuummadrass, modell Linda Söderqvist Dalhammar. Foto: Veronica Ramirez Johansson.

Jag tog med mig mina funderingar när jag skrev in mig på masterutbildningen i klinisk medicinsk vetenskap vid Karolinska Institutet i Stockholm för att göra en forskningsstudie i ämnet. Min handledare var Ann-Christin von Vogelsang, disputerad operationssjuksköterska och verksam på Karolinska Universitetssjukhuset i Solna, och tillsammans planerade vi studiens upplägg och genomförande. Några år senare visade en del av våra resultat att närmare hälften av deltagarna i studien uttryckte någon form av postoperativa besvär i extremiteterna 7-10 dagar efter robotassisterad kirurgi i extremt Trendelenburgläge.

Syftet med studien var att beskriva patientrapporterade symptom i övre och nedre extremiteter efter robotassisterad cystectomi hos patienter med blåscancer.

Bakgrund

Antalet robotassisterade kirurgiska ingrepp har ökat kraftigt under de senaste 20 åren och operationstekniken medför flera fördelar jämfört med öppen kirurgi såsom exempelvis minskad intraoperativ blödning, mindre postoperativ smärta, tidig postoperativ mobilisering och kortare vårdtid [1]. Operationsteamets förebyggande åtgärder avseende korrekt positionering är en viktig del inom perioperativ vård där operationssjuksköterskan har en central roll. Extremt Trendelenburgläge, som bland annat används vid robotassisterad laparoskopisk cystectomi, är förknippat med en ökad risk för positionsrelaterade skador såsom smärta och ömhet i leder och muskler, trycksår, nervskador och kompartmentsyndrom [2]. I de allra flesta fall är symptomen övergående, men några patienter får bestående skador. Risk för skada ökar också till följd av patientrelaterade faktorer där ålder, högt/lågt BMI, komorbiditet, diabetes och kärlsjukdom är exempel på faktorer som har betydelse. Även operationsspecifika riskfaktorer har betydelse, såsom operationstid, anestesi och vilket operationsläge som patienten ligger i [2].

Trycksår är en vanlig förekommande komplikation till kirurgi [3], vilket uppkommer till följd av tryck på vävnad som ger upphov till lokal ischemi, cell- och vävnadsdöd i ett begränsat område [4]. Extremt Trendelenburgläge är en utmaning vad gäller att skydda huden från tryck, skjuv och friktion, då lutningen av operationsbädden medför att patienten riskerar att glida och att skada på hud och underliggande vävnad uppstår [5].

Beträffande nervskador finns det forskning avseende incidens vid avancerade laparoskopiska ingrepp där siffrorna varierar mellan 0.16 % - 6,7 % [6]. En allvarlig, men ovanlig komplikation är akut kompartmentsyndrom i nedre extremiteter. Det är ett smärtsamt tillstånd där ischemi i vadmuskulaturen har uppstått till följd av exempelvis högläge eller kompression. Tillståndet kan leda till irreversibla skador och celldöd, och extremt Trendelenburgläge i kombination med lithotomiläge försämrar blodflödet och kan leda till ett ökat intramuskulärt tryck. Incidensen av akut kompartmentsyndrom i nedre extremiteter har i en tidigare studie uppskattats till 0.29 % vid urologisk robotkirurgi [7].

Metod

En observationsstudie med prospektiv longitudinell design genomfördes under 2015–2016 där ett konsekutivt urval av patienter som skulle genomgå robotassisterad laparoskopisk cystectomi tillfrågades på ett universitetssjukhus i Mellansverige. Att urvalet var konsekutivt, innebar att alla patienter som uppfyllde inklusionskriterierna tillfrågades att delta i studien.

Patienterna fick ett informationsbrev och i samband med det preoperativa besöket på mottagningen fick de även muntlig information. De patienter som accepterade deltagande och som inkluderades svarade på tre preoperativa frågeformulär; ett studiespecifikt formulär och två etablerade frågeformulär, Disabilities in the arm, shoulder and hand (Quick DASH) [8] och LEFS (lower extremity functional scale) [9]. De två sistnämnda formulären mäter funktion i extremiteterna relaterat till vardagliga aktiviteter, varav de valdes ut för att se om de symptom som patienterna fick kunde fångas med formulären. Dessa formulär användes även postoperativt

vid uppföljningarna för att se om patienten upplevde någon förändring jämfört med innan operationen. För att försöka selektera bort postoperativ smärta och andra symptom såsom exempelvis "referred pain" i patientens axlar efter insufflation av koldioxid i buken, så genomfördes den första postoperativa uppföljningen 7-10 dagar efter operationen. Främst användes strukturerade telefonuppföljningar, men om patienten fortfarande var kvar på sjukhuset gjorde studieansvarig ett besök hos patienten och ställde samma frågor som stod i formulären. Den andra uppföljningen genomfördes en månad efter operationen per telefon. Deltagare med kvarvarande symptom en månad efter kirurgi, följdes upp månatligen fram tills att symptomen upphörde, men som längst sex månader efter operationen. Därefter avslutades uppföljningen oberoende av hur många som hade kvarvarande besvär.

De två operationsmetoder som användes var Brickerdeviation där urinblåsan togs bort och patienten istället fick en urostomi av en bit tunntarm där uretärerna kopplades på, eller så gjordes ett ortotopt blåssubstitut där en urinreservoir konstruerades av tunntarm och kopplades till urinröret. Alla patienter i studien positionerades på ett standardiserat sätt, med en halv vacuummadrass som överkroppen låg inbäddad i. Idag används en annan positioneringsmetod än vad som gjordes under studieperioden. Studien godkändes av etikprövningsnämnden i Stockholm innan påbörjande.

Resultat

Av 125 patienter accepterade 96 patienter att delta i studien varav 94 inkluderades, 68 män respektive 26 kvinnor. Två patienter exkluderades, en till följd av postoperativa komplikationer avseende hälsotillstånd och en patient gick inte att nå per telefon trots upprepade försök. Av de 94 inkluderade patienterna rapporterade 47% (n=44) av deltagarna olika symptom i övre och/eller nedre extremiteter 7-10 dagar efter operationen, för preciserad lokalisation se tabell 1. Smärta, domningar och svaghet var de mest förekommande symptomen i både övre och nedre extremiteter, se tabell 2. Fyra deltagare rapporterade kraftig smärta i vaderna vid den första uppföljningen, men ingen av dessa diagnostiserades med akut kompartmentsyndrom, se tabell 1.

Tabell 1

Patientrapporterad smärta och andra symptom i övre/nedre extremiteter 7-10 dagar efter kirurgi

Lokalisation	Smärta		Andra symptom	
Övre extremiteter	n=9	(%)	n=12*	(%)
Axel	8	(88.9)	1	(8.3)
Arm	1	(11.1)	3	(25.0)
Hand	0	(0.0)	9	(75.0)
Nedre extremiteter	n=15*	(%)	n=32*	(%)
Höft	4	(26.7)	1	(3.1)
Bäcken	1	(6.7)	2	(6.3)
Lår	3	(20.0)	9	(28.1)
Ben	3	(20.0)	20	(62.5)
Underben	4	(26.7)	0	(0.0)
Fot	2	(13.3)	10	(31.3)

* Summan av smärta och andra symptom överskrider 100 % då patienter kan ha både smärta/andra symptom i fler än en extremitet

Tabell 2

Andra symptom än smärta i övre/nedre extremiteter 7-10 dagar efter kirurgi. n=40 patienter

Symptom	Frekvens av patientrapporterade symptom*	
	n	(%)
Övre extremiteter		
Domningar	8	(20.0)
Pirningar	1	(2.5)
Svaghet	3	(7.5)
Trycksår kategori 1	1	(2.5)
Trycksår kategori 2	1	(2.5)
Nedre extremiteter		
Domningar	5	(12.5)
Pirningar	2	(5.0)
Svaghet	12	(30.0)
Tyngdhetskänsla	1	(2.5)
Trycksår kategori 2	1	(2.5)
Sträckningskänsla	5	(12.5)
Känselförlust	6	(15.0)

* Summan av symptom överskrider 100% av patienterna då patienter kan ha fler än ett symptom av olika karaktär i både övre/nedre extremiteter

Tabell 2

Patientrelaterade och kirurgiska variabler	Patienter utan symptom (n=50)	Patienter med symptom (n=44)	P-värde
Kön			
Man	39	29	0.249
Kvinna	11	15	
Ålder (m±SD)	72.1 (7.4)	67.7 (9.0)	0.012
BMI (m±SD)	26.1 (3.6)	26.0 (4.3)	0.820
Operationstid (m±SD) Minuter	298.5 (262.8 - 349.5)	312.0 (277.8 - 358.8)	0.416

Den högsta frekvensen av smärta och andra symptom rapporterades vid den första uppföljningen. Av alla 94 deltagare hade tre patienter kvarstående symptom sex månader efter operationen. En patient upplevde huggande smärta i vänster axel vid vissa rörelser och två patienter hade domningar, varav en patient hade symptom i vänster hand och den andra patienten hade domningar i båda fötterna. Inga signifikanta skillnader mellan patienter med eller utan postoperativa symptom i extremiteterna kunde upptäckas avseende kön, BMI, antal andra sjukdomstillstånd, operationstid eller operationsteknik. Vad gällde patienternas ålder, hade gruppen med symptom en högre medelålder än gruppen utan symptom i extremiteterna ($p=0.012$), se tabell 3.

Diskussion

I den här studien motsvarade medelåldern samt fördelningen mellan inkluderade män och kvinnor fördelningen av patienter med blåscancer i epidemiologiska studier, vilket indikerar en möjlighet att generalisera dessa resultat till andra urologiska kliniker med liknande operationsteknik och positioneringsmetod. Denna studie visade inte några signifikanta skillnader mellan patienter med postoperativa symptom och patienter utan postoperativa symptom avseende kön, BMI, antal bakomliggande sjukdomar, operationstid eller operationsmetod. Tidigare studier har dock visat att dessa faktorer ökar risken att utveckla postoperativa skador i extremiteterna [6].

Något som var överraskande var att gruppen patienter som hade postoperativa symptom var yngre än gruppen

som inte hade symptom ($p=0.012$). En möjlig förklaring till det kan vara att yngre personer generellt sett har större muskelmassa, vilket i sin tur resulterar i ett större syrebehov i vävnaden som inte tillgodoses i extremt Trendelenburgsläge [10].

Ett bifynd i studien var en omfattande diskrepans mellan deltagarnas symptom och dokumentationen i patientjournalen. Endast 14 % av patienternas rapporterade smärta var registrerad i patientjournalen, respektive 28 % av övriga symptom. Enligt tidigare studier så är skador i extremiteter troligen underrapporterade vid robotassisterad kirurgi till följd av att en retrospektiv metod används för att utvärdera skador istället för att utvärdera skador i samband med att de uppkommer (Mills et al., 2013). Vårt resultat indikerar ett behov av ett preoperativt bedömningsformulär för att kunna utvärdera nya symptom som har tillkommit efter patientens operation. I den här studien skulle några av patienterna inte ha blivit uppföljda om de inte hade varit inkluderade i studien. I några fall kontaktades ansvarig urolog för bedömning av patienternas symptom.

Individuella uppföljningar av oss operationssjuksköterskor skulle kunna bidra till att patienternas postoperativa besvär fångas i större utsträckning. Vi blir då också uppmärksammade på vilka risker som finns relaterade till den intraoperativa positioneringen av våra patienter samt att vi får möjlighet att utvärdera given vård. Denna studie hade några brister, varav den främsta var att studien inte kunde avgöra om vissa postoperativa symptom

i extremiteterna kunde härledas till den intraoperativa positioneringen eller om de berodde på andra faktorer. Smärta och neurologiska symptom kan i vissa fall bero på operationstekniken som används. En annan brist var att de etablerade frågeformulären QuickDASH och LEFS inte riktigt var tillämpbara i denna kontext. Båda formulären var validerade för patienter med muskuloskeletala sjukdomstillstånd, men i den här studien var båda instrumenten för trubbiga och kunde inte påvisa de mer subtila besvärerna. Däremot kunde instrumenten visa en klinisk relevant skillnad för några patienter i studien som hade fått så pass mycket besvär att deras dagliga liv relaterat till funktion av övre och nedre extremiteter hade påverkats negativt.

Incidensen av skador kan öka i takt med att robotassisterad laparoskopisk kirurgi i extremt Trendelenburgsläge ökar (Sutton et al, 2013). Evidensbaserade metoder för positionering och lokala riktlinjer är viktiga för att minska risken för positionsrelaterade skador. Bedömning och tidig upptäckt av postoperativa symptom i extremiteterna under kliniska uppföljningar är också viktigt för att bibehålla patientsäkerhet och förebygga bestående skador. Adekvat dokumentation i patientjournalen underlättar planeringen av patientens vård och ger en mer tillförlitlig uppfattning om patientens hälsotillstånd.

Slutsats

Nästan hälften av patienterna i studien rapporterade symptom i extremiteterna 7–10 dagar efter robotassisterad laparoskopisk cystectomi.



Veronica Ramirez Johansson

Förebyggande omvårdnadsåtgärder inom perioperativ omvårdnad är viktiga för bibehållen patientsäkerhet i samband med positionering. Dessa omvårdnadsåtgärder kan tillsammans med postoperativa uppföljningar förebygga och fånga eventuella postoperativa symptom och skador i extremiteterna. Resultatet indikerar att ett preoperativt riskbedömningsinstrument behöver konstrueras och att dokumentationen måste förbättras för att möjliggöra uppföljningar samt för att kunna härleda orsaken till kvarvarande symptom.

Klinisk relevans

Studien belyser behovet av korrekt dokumentation i patientjournalen relaterat till symptom som inte kan härledas till operationsområdet. Även fortlöpande uppföljningar betonas, både under vårdtiden på sjukhuset, men även efter utskrivning för att upptäcka skador som eventuellt skulle kunna behandlas. Studien belyser även vikten av den perioperativa sjuksköterskans omvårdnadsåtgärder för optimal patientpositionering på operationsbädden.

För läsning av hela artikeln, sök Johansson, V. R. and A. C. von Vogelsang (2019). Patient-reported extremity symptoms after robot-assisted laparoscopic cystectomy. *J Clin Nurs* 28(9-10): 1708-1718. •

Referenser

1. Maerz, D.A., et al., Complications of robotic-assisted laparoscopic sur-

gery distant from the surgical site. *Br J Anaesth*, 2017. 118(4): p. 492-503.

2. Ginsburg, K.B., et al., Prospective assessment of positioning-related pain in robotic urologic surgery. *J Robot Surg*, 2017.

3. de Oliveira, K.F., et al., Support surfaces in the prevention of pressure ulcers in surgical patients: An integrative review. *Int J Nurs Pract*, 2017. 23(4).

4. Shaw, L.F., et al., Incidence and predicted risk factors of pressure ulcers in surgical patients: experience at a medical center in Taipei, Taiwan. *Biomed Res Int*, 2014. 2014: p. 416896.

5. Sutton, S., T. Link, and M.B. Makic, A quality improvement project for safe and effective patient positioning during robot-assisted surgery. *AORN J*, 2013. 97(4): p. 448-56.

6. Mills, J.T., et al., Positioning injuries associated with robotic assisted urological surgery. *J Urol*, 2013. 190(2): p. 580-4.

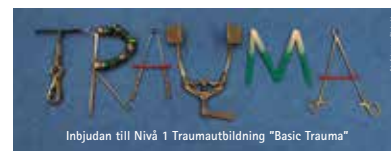
7. Pridgeon, S., C.V. Bishop, and J. Adshead, Lower limb compartment syndrome as a complication of robot-assisted radical prostatectomy: the UK experience. *BJU Int*, 2013. 112(4): p. 485-8.

8. Beaton, D.E., et al., Development of the QuickDASH: comparison of three item-reduction approaches. *J Bone Joint Surg Am*, 2005. 87(5): p. 1038-46.

9. Binkley, J.M., et al., The Lower Extremity Functional Scale (LEFS): scale development, measurement properties, and clinical application. North American Orthopaedic Rehabilitation Research Network. *Phys Ther*, 1999. 79(4): p. 371-83.

10. Smith, R.D., H. Rust-March, and S. Kluzek, Acute compartment syndrome of the thigh in a rugby player. *BMJ Case Rep*, 2015. 2015.

Fakta: Veronica Ramirez Johansson, op.ssk, utbildningsledare, Perioperativ medicin och intensivvård, Karolinska Universitetssjukhuset Solna



Ett gott traumaomhändertagande kan påverka konsekvenserna av skador när de inträffar, där dödsfall orsakats av trauma kan förhindras med snabbare insatta eller mer effektiva åtgärder i primärt omhändertagande. Det har visat att dödlighet i förhållande till skadans svårighetsgrad skiljer sig mellan olika sjukhus och är kopplad till organisation, kunskap och intresse för traumatologi. Det har också visat sig att sjukhusets storlek och resurser inte varit det avgörande utan viktigare är att det finns en god organisation för omhändertagande av skadade, och att personal inom sjukvården har fullgod utbildning för traumaomhändertagande.

På många sjukhus är svårt traumatiserade patienter något som inte tillhör vardagen. Allvarliga olyckor är trots allt relativt ovanliga vilket innebär att det blir svårt för de flesta enskilda yrkesutövare i vården att få någon mängdtränning. Trots detta är kraven och förväntningarna höga att allt ska fungera när det väl händer, vilket gör att behovet av utbildning och träning större. En ökad kunskap ger en ökad trygghet i sin roll som operationssjuksköterska i trauma-sammanhang vilket bidrar till en ökad kvalitet i omhändertagandet akuta och svårt skadade patienter.

RFop i samverkan med KS Solna och traumakoordinator Susanna Eriksson startar nu upp traumatutbildningar utifrån ett upplägg i olika steg/nivåer.

Tid

Fredag 22 november kl. 08.30 – 15.30

Plats

Svensk sjuksköterskeförening, Baldersgatan 1, Stockholm

Kostnad

1 900 kr ex moms

Mer information och anmälan: rfop.se



Ny spännande operationsavdelning

Operation 8 - Sahlgrenska Universitetssjukhuset i Göteborg

År 2012 inleddes arbetet med att bygga Bild- och interventionscentrum (BoIC) på Sahlgrenska Universitetssjukhuset. Målet med Bild- och interventionscentrum är att kombinera den senaste bildtekniken med den främsta medicinska kompetensen i landet för att ge invånare i Västra Götalandsregionen en bättre, snabbare och säkrare vård.

På fjärde våningen finns operation 8

Operation 8 är en unik avdelning som har mycket teknik och där det görs många avancerade operationer. Olika personal- och yrkeskategorier arbetar tillsammans för att ge patienten den bästa vården. Stora resurser har lagts på utbildning. Som operationssjuksköterska får man vara flexibel i sin tanke och ha ett tekniskt intresse. Det krävs också ett gott samarbete med tekniker för de olika specialiteterna. Teknisk planering och diskussionsmöten sker ett par gånger per år. Det är spännande och utmanande att arbeta på Op 8. Avdelningen invigdes 4 december 2017. Den har en yta 2500 m² har sex operationssalar där varje sal är ca 100 m². Avdelningen är fördelad på två huskroppar så det är stora utrymmen att röra sig på. På avdelningen finns en takhängd MR kamera mellan två operationssalar. I ena salen kan kameran köras in via skenor som sitter i taket. I andra salen kan patienten flyttas via överflyttningssvagn in i MR. Man har tre röntgenrobotar ARTISpheno. Två salar har ingen fast röntgenutrustning. På ena salen finns en da Vinci robot och den andra salen är bara en stor härlig operationssal. Operationsbord Magnus finns på alla salar utom den salen där MR kan göras inne på operationssal. Där krävs det ett MR-säkert operationsbord.

Tanken med avdelningen är att den ska vara multidisciplinär och att de spe-



cialiteter som behöver möjligheterna som finns på avdelningen kan boka in operationer via operationsplaneringsprogrammet. Operationerna måste nomineras in via ett utvecklingsråd. Man har nu arbetat drygt 1 1/2 år i de nya lokalerna och det första året har varit en utbildningsfas för all personal. Representanter från verksamheten har haft förmånen att delta i projektet med byggandet av Operation 8 från start till mål. Det har varit en intressant resa som har medfört mycket arbete. En hel del har man kunnat påverka men långt ifrån allt. Operationssalarna är stora och fina med ljus och bra arbetsmiljö. Färgsättningen är i grönt, blått och vitt med havet som tema. Bildkonst på väggarna är MR genomlysta eller röntgade medicinalväxter från Botaniska trädgården, vackert och passande.

Möjlighet till ergonomiskt ljus finns. I styrpanelerna på operationssalarna finns färdiga scenarier så att personalen lätt kan aktivera önskad ljussättning. Operationssalsventilationen på alla salar är av laminärflödestyp och CFU mätningar i operationsfältet under operation visar mycket bra värden, mellan 0 – 3 CFU på samtliga salar.

De olika salarna

Sal 81

Här utförs operationer i MR-miljö. Det innebär att patienten kan undersökas med MR under operation utan att flyttas. MR kameran finns i ett angränsande rum och är takhängd och kommer in i operationssalen på takskenor. Den intraoperativa kameran kan ta bilder på övre delen av kroppen. Sahlgrenska sjukhuset är än så länge ensam i Sverige med denna möjlighet. Salen bemannas av personal från röntgen (MR personal) och Op 5 (Neurokirurgi). Det har inneburit stora utbildningsinsatser eftersom det är mycket speciellt att arbeta i MR miljö. Man har sedan start i december 2017 opererat 65 elektiva och två akuta neurokirurgiska patienter. Operationssalen är resurskrävande, det tar längre tid, men ger tydliga vinster för patienten. Under pågående operation kan kirurgen förvissa sig om att tumörvävnad är radikalt borttagen. Metoden ger förutsättningar att operera och ha möjlighet att utföra MR undersökningar med bibehållen sterilitet. Det har erbjudit nya utmaningar då man gått in i samarbete med nya



Fakta

Operation 3 är thorax och kärl.
Operation 4 är gynekologi och viss urologi. Operation 5 är neurokirurgi.
Operation 6 Plastikkirurgi och Operation 7 öron-näsa-hals.

professioner och yrkesgrupper. Professionerna får tänka nytt och annorlunda och anpassa teknik till varandra. De verksamheter som i dagsläget är på MR salen är neurokirurgi som var först ut. ÖNH har startat upp sin verksamhet på salen och personal från Op 5 introducerar kollegor från nya eller tillkommande verksamheter. Operationssalen och MR rummen är isolerade med koppar för att inte störa signaler. Man får inte spika i väggar hur som helst för då bryter man den barriären. Rigorösa säkerhetsföreskrifter gäller för verksamheten. Låsta dörrar gäller under operation. Utanför salen finns låsbara skåp där personalen får lägga tillhörigheter som inte kan tas med in på sal. Utrustning som är nära patienten under scanning skall vara MR säker. All utrustning som finns inne på salen är MR- märkt. Golvet på salen är märkt i zoner. Zonerna visar var utrustning får finnas vid scanning. Detta eftersom det är mycket kraftiga magnetfält vid undersökning. Genomgång av säkerhetschecklista för MR salen sker innan operationsstart och inför scanning. När kameran används går operationspersonalen ut, bara MR-personalen och anestesipersonalen är kvar på sal.

Sal 82

Är en interventionssal med röntgenrobot. Salen används i första hand till kärlintervention och står alltid förberedd för akut EVAR/TEVAR om salen inte används för annan kirurgi. Det finns stora möjligheter för utveckling av kirurgi exempelvis laparoskopisk leverkirurgi med ICG och percutan inläggning av markörer, hypofystumörer, åtgärder vid akuta blödningar m.m. Från denna sal finns det också möjlighet att göra intraoperativ MR genom att flytta patienten från operationssalen till MR-kameran

som finns i angränsande rum. Detta har ännu inte testats.

Sal 83

Har en röntgenrobot som ortopederna använder dagligen vid ryggkirurgi där stag och skruvar skall sättas. Roboten används för att göra 3D rekonstruktioner så att skruvlägen kan kontrolleras. Här finns också navigationsutrustning som är integrerad med roboten. All akut ortopedi så som traumaortopedi görs också på denna sal. På Sahlgrenska Op 8 utförs rygg-, nack- samt tumörortopedi. Övrig ortopedi görs på Sahlgrenska/Mölndal.

Sal 84 och 85

Två stora salar för ingrepp som kräver utrymme och utrustning såsom monitorer för bildhantering nära operationsområdet. Exempel på ingrepp är både öppna och laparoskopiska operationer såsom levertransplantationer, Whipple och oesophagus tumörer.

Sal 86

Är en traumasal och alltid förberedd för att ta emot traumapatient med multipla skador. Här finns en röntgenrobot på operationssalen och CT i angränsande rum. I anslutning till salen finns ett traumarum, där tanken är att man skulle kunna ta emot två patienter på Prio 1 larm direkt. Detta arbetssätt används ännu inte eftersom det är svårt att få till hela kedjan i organisationen bemanningsmässigt. I dagsläget går alla patienter via AKOM (Akut- och olycksfallsmottagning). Det förekommer traumaträningar fyra gånger per termin där alla kategorier är med. Olika scenario tränas varje gång. Det finns två uppdukningsrum på avdelningen men inte i anslutning till salarna. Det gick av byggnadstekniska skäl inte att uppfylla det önskemålet. Hade man fått önska fritt hade man önskat oss större

förrådsyta och kringutrymmen. Mycket av tekniken kräver stora teknikrum. Avdelningen har ett bra förråd för extra instrument och för de galler som måste finnas för akutverksamheten. Sterilcentralen har övriga galler och är dygnet runt bemannad men det är ibland svårt att få den omedelbara service som krävs i akuta fall.

Allmänt

Operation 1, 2 och 8 är en enhet i organisationen Hybrid och Intervention. På dessa tre avdelningar finns tjugo operationssalar. Operation 1 med nio salar, operation 2 med fem salar och operation 8 med sex salar (övriga fem operationsavdelningar; se faktaruta). Totalt har man idag en personalstat på 180 personer varav 52 är operationssjuksköterskor. Inom enheten är det viss sektionering men väldigt många roterar. Viss personal är mer fokuserad på ortopedi men jobbar även kvällar, helger och nätter med allmän kirurgi. Inom kirurgin är det många specialiteter såsom leverkirurgi, transplantation, urologi, övre gastro, endokrin, ortopedi, kärl och gynekologi (jourtid). Diskussioner pågår om hur salarna skall bemannas nu och i framtiden. Vid elektiva interventionsingrepp är operationssjuksköterskan ansvarig för aseptik och utför huddesinfektion och drapering. Instrumentering är beroende av typ av ingrepp. Interventionsingrepp instrumenterar röntgensjuksköterskan vid hybridningrepp båda kategorierna.

Vid akuta operationer påbörjar operationspersonalen salsförberedelser och grunduppdukning. Jourhavande röntgensjuksköterska rings in. Avdelningen har egen städpersonal dygnet runt. Specialistsjuksköterskor och undersköterskor är en nationell bristvara och man arbetar med betalda utbildningsplatser för kontrakterade sjuksköterskor. Bemanningspersonal förekommer inte. Valda arbetsuppgifter har arbetsväxlats såsom sterilhantering, materialansvariga som beställer och sköter förråden. Medelålder är idag hög på operations-sjuksköterskorna. ●

Den vakna patienten

En kvalitativ studie om intraoperativ omvårdnad

Redaktionen vill tipsa om en Licentiatavhandling av Kerstin Brodin, vid Mittuniversitetet, Fakulteten för humanvetenskap, Avdelningen för omvårdnad, september 2018

Abstract

Inledning: Som ett resultat av utvecklingen inom anestesi och kirurgi kan allt mer komplexa operationer utföras i lokala eller regionala anestasier. Detta innebär att den kirurgiska patienten kan förbli mer eller mindre vaken genom hela den intraoperativa fasen.

Syfte: Syftet med denna avhandling var att få en djupare förståelse för den intraoperativa omvårdnaden när patienten är vaken. Avhandlingen består av två delstudier [I-II] vilka har, beroende på delstudiens syfte, utgått från operationssjuksköterskans perspektiv [I] och patientens perspektiv [II].

Metod: Utifrån syftet valdes kvalitativa metoder för båda delstudierna. Data samlades in genom fokusgruppintervjuer [I] och individuella intervjuer [II]. Insamlad data analyserades i enlighet med Grundad teori [I] och kvalitativ innehållsanalys [II].

Resultat: Studie I visade att det som ansågs vara operationssjuksköterskans huvudangelägenhet var att ta den vakna patienten i beaktande vilket de försökte åstadkomma genom att uppnå och bibehålla en hög moral på sal genom hela processen. För att uppnå hög moral var det tre aspekter som operationssjuksköterskan tog hänsyn till; patienten, teamet och den professionella yrkesrollen. För att uppnå hög moral på sal var operationssjuksköterskorna vaksamma och flexibla. De balanserade mellan patientens behov, teamets behov de behov som var förknippade med säker kirurgi. Moralen beskrevs vara en helhet med målet att ge patienten en positiv upplevelse. Resultatet i studie



Kerstin Brodin

II visade att patienterna upplevde att de var i en situation de inte hade kontroll över och de var uppmärksamma och reflekterande för att skapa mening och trygghet åt situationen. Det

övergripande temat "att söka efter förtroende i en utsatt och beroende situation" illustrerar hur patienterna tenderade att i första hand tolka det som skedde omkring dem på så sätt att det bringade känslan av att vara trygga. De fyra kategorierna; att erfara stämningen på sal, att möta[oj]väntade känselförnimmelser, att uppfatta bevis på säkerhet och att använda individuella strategier, beskriver patienternas upplevelser om vad som påverkade förtroendet samt hur de hanterade dessa upplevelser. Huvudfynden berörde de intraoperativa behoven samt hanteringen och balanseringen mellan dess.

Slutsats: Operationssjuksköterskans intraoperativa omvårdnad kan bidra till positiva upplevelser för patienten som är vaken under ett kirurgiskt ingrepp. Operationssjuksköterskans förmåga att tolka och agera på olika intraoperativa behov samt patientens personlighet och egna förmåga att hantera situationen är av stor betydelse för upplevelsen av den intraoperativa fasen. •

Kerstin Brodin är en av föreläsarna vid årets Höstkongress

Boktips

Text: Yvonne Törnqvist, redaktionen

Ulf Ellervik är professor i bioorganisk kemi vid Lunds universitet. Forskar om botemedel mot cancer fast skriver roliga böcker om Kemi. Ond kemi och Livet samt Kärleken och döden. Varför ska man inte dricka Sauvignon blancvinor på tigersafari? Om kroppsodörer, lust och kärlekens kemi bland annat. Roliga texter om allvarliga ämnen.



EVEN A SINGLE PORT SITE **HERNIATION** **IS A BIG CHALLENGE**



Versaone™
Fascial Closure System



**OUR
SOLUTION TO
PORT-SITE
CLOSURE
CHALLENGES.**

**For more information contact your
Medtronic Sales Representative**

Photo credit: iStock

© 2019 Medtronic. All rights reserved. 19-weu-versaone-fcs-a4-advert-3569542

[medtronic.com/covidien/en-gb/index.html](https://www.medtronic.com/covidien/en-gb/index.html)

Medtronic
Further, Together

Operationssjuksköterskors upplevelser ur ett smittspridningsperspektiv

Operationssjuksköterskor är genom sin kompetens och yrkesroll ansvariga för att förhindra smittspridning på operationssalen. Detta sker genom att se till att teamarbete och kommunikation fungerar mellan de som arbetar i operationssalen. Vidare tillhör det ansvaret för operationssjuksköterskor att patienten är förberedd ur ett hygieniskt perspektiv, att de har tillgång till sterilt material och att det behålls sterilt samt att en ren och steril miljö på operationssalen upprätthålls inför kirurgiska ingrepp. Operationssjuksköterskor säkerställer att lagar och riktlinjer efterföljs av alla i operationsteamet så att en optimal operationssmiljö upprätthålls. Studiens syfte var att belysa operationssjuksköterskors upplevelser för att säkerställa god hygien och förhindra smittspridning på operationssalen.

Operationssjuksköterskor har unik kompetens och yrkesspecifika arbetsuppgifter inom aseptik, instrumentering, positionering, infektions- och komplikationsförebyggande åtgärder i samband med operationer. Detta är speciellt reglerade för vem som tillåts utföra dem och det kan inte delegeras. Operationssjuksköterskors kognitiva förmåga är avgörande för hennes kompetens, det gäller att alltid ligga steget före samt ha förmågan att bedöma vad som är nästa fas i ingreppet utan att avbryta kirurgen. Det finns mikrobiologisk forskning kring smittspridning, regler och riktlinjer för klädsel och handhavandet på operationssalen. Operationssjuksköterskor har det övergripande ansvaret för att hygien upprätthålls av alla på operationssalen. De arbetar utifrån gällande riktlinjer men det finns forskningsresultat som särskiljer sig från riktlinjerna vilket kan skapa motsättningar i operationsteamet. Konflikter kan uppstå när teamets medlemmar väljer att arbeta efter forskningsresultat som strider mot riktlinjerna. Tea-



Marina Emanuelsson

mets beslut och ansvar för sitt område går inte alltid ihop med vad operationssjuksköterskorna anser behövs för att upprätthålla en patientsäker operationssmiljö. Hur operationssjuksköterskor beskriver sina upplevelser och sitt arbete på operationssalen är inte så väl belyst.

Metod

Studien genomfördes genom intervjuer med induktiv kvalitativ innehållsanalys. Inklusionskriterier för deltagande i studien var att sjuksköterskorna skulle vara yrkesverksamma och ha minst två års erfarenhet som operationssjuksköterska. Informanterna valdes ut genom ett bekvämlighetsurval. Forskaren väljer de personer som finns tillgängliga inom en given geografisk ram, på en viss arbetsplats och möjliga att intervjua inom en viss tid. Studien genomfördes i Västra Götalands län vid två sjukhus. Önskemålet med urvalet var att i största möjligaste mån få variation i förhållande till arbetslivserfarenhet som operationssjuksköterska samt ålder och kön. Utifrån kriterierna frågade verksamhetschefen enskilda operationssjuksköterskor om intresse fanns att delta i studien. Deltagarna bestod av sex operationssjuksköterskor med

varierande arbetslivserfarenhet från 15 till 32 år. Informanternas ålder varierade mellan 46 och 54 år och samtliga var kvinnor.

Resultat

Studien resulterade i två teman: Verktyg för kvalitetssäkring av operationssjuksköterskans arbete och Faktorer som påverkar kvaliteten på operationssalen. Dessa innehöll tre subteman vardera. Resultatet visar att operationssjuksköterskorna upplevde att när såväl tid som kommunikation i operationsteamet brister ökar riskerna för smittspridning.

Verktyg för kvalitetssäkring av operationssjuksköterskans arbete

Denna del av resultatet innefattar tre subteman, att ta ansvar och ha relevant kunskap, upplevd tidsbrist och evidensbaserad kunskap samt att främja samarbete i teamet. Dessa subteman samverkar och är grundläggande för att kvalitetssäkra operationssjuksköterskans arbete.

Att ta ansvar och ha relevant kunskap
Operationssjuksköterskorna upplevde sig vara de som hade huvudansvaret och störst kunskap gällande hygien, sterilitet och aseptik bland de som vistades på operationssalen. De uttryckte att ta ansvar var en stor del av arbetet och något som implementerades tidigt i utbildningen. Det innebar att ha kontroll på rådande rutiner och riktlinjer och arbeta efter dem.

Upplevd tidsbrist och evidensbaserad kunskap

Det beskrevs att det var betydelsefullt för operationssjuksköterskorna att veta vad den senaste evidensen baserad på vetenskap kring hygien sade. Dock visade det sig att det var få som aktivt sökte efter ny evidens på egen hand.



Foto: byLindahl

Avsaknad av tid för att söka ny kunskap uttryckte samtliga som ett problem. Det fanns väldigt lite eller ingen tid alls för det under arbetstid utan det fick göras på fritiden vilket ingen av operationssjuksköterskorna riktigt kände att de ville göra.

Att främja samarbete i teamet

Samtliga operationssjuksköterskor uttryckte att det för det mesta var ett bra och fungerande samarbete i teamen på de olika operationsavdelningarna. World Health Organisation (2009) har utformat en checklista för säker operationssjukvård som användes på samtliga operationsavdelningar och den ansågs säkerställa att alla i teamet gjort sina arbetsuppgifter korrekt och genom det uppnåddes god patientsäkerhet under operationen.

Faktorer som påverkar kvaliteten på operationssalen

Denna del av resultatet innefattar tre subteman, att kommunicera och vara lyhörd, att fokusera på hygienaspekter och krav som leder till brister

i verksamheten. Dessa subteman samverkar och påverkar kvaliteten på operationssalen.

Att kommunicera och vara lyhörd

En faktor som påverkade kvaliteten var konsten att kommunicera, vilket av operationssjuksköterskorna upplevdes som grunden för ett gott samarbete och trevligt klimat bland de olika yrkeskategorierna på operationssalen. Där det fanns en god och öppen kommunikation fanns också mindre problem, det upplevdes mer lättarbetat.

Att fokusera på hygienaspekter

Operationssjuksköterskorna ansåg sig vara ansvariga kring hygien på operationssalen och att de såg till att rutiner och riktlinjer följs. De beskrev ansvaret de hade för olika moment. De upplevde sig ha ett förhållningssätt som gjorde att de såg till att risken för smittspridning på operationssalen minimerades. De uttryckte att det ingick i arbetet att hålla koll på allt som skedde inne på operationssalen,

som ett vakande öga och våga påtala när något inte uppfyllde riktlinjerna för god hygien.

Krav som leder till brister i verksamheten

Operationssjuksköterskorna upplevde att hygienperspektivet stundtals hamnade i skymundan på grund av påtryckningar uppifrån för att snabba upp verksamheten. En annan orsak som kunde ligga till grund för att det skedde troddes bero på personalbristen som rädde, samma produktion skulle genomföras men med mindre personal. Så kallad "fast track" eller kortvårdskirurgi var enligt ett par operationssjuksköterskor förödande ur ett hygienperspektiv eftersom det frångick allt vad rutiner och riktlinjer innebar för att kunna öka upp antalet operationer per dag och samtidigt minska vårdtiden.

Diskussion

De två teman som framkom är båda viktiga för att operationssjuksköterskan skall kunna utföra sitt arbete →

på ett korrekt sätt utifrån ett hygienperspektiv. I det ena temat påvisar studien vilka verktyg som behövs och kan användas för att säkra kvaliteten på operationssjuksköterskans arbete och tillsammans samverkar det med det andra temat, som innefattar faktorer som påverkar kvaliteten på operationssalen. Det blir tydligt att studiens båda teman samverkar både direkt och indirekt. Ett exempel är att operationssjuksköterskor är ansvariga och har kunskapen kring hygien på operationssalen. Om det ansvar och de kunskaper ignoreras leder det till att fokus på hygienaspekter åsidosätts vilket riskerar att leda till brister i verksamheten.

I studien framkom att tidsaspekten är något som påverkar operationssjuksköterskornas arbete negativt, både ofta och mycket. En del är rådande personalbrist som gör att operationssjuksköterskorna bland annat tvingas frångå gällande riktlinjer för att effektivisera arbetet inne på operationssalen. Tidigare studier har visat på att operationssjuksköterskor upplevde att tidsaspekten och trycket om att öka hastigheten var ett allvarligt hot mot förmågan att förutse brister och att förebygga dem. Både ur ett hygienperspektiv men också patientsäkerheten på operationssalen. En annan upplevelse bland operationssjuksköterskorna är att det på grund av tidsbrist inte finns möjlighet att hålla sig uppdaterad med, eller få möjlighet att söka den senaste evidensen. Bristen på tid påverkar också kommunikationen i operationsteamet negativt.

Operationssjuksköterskan är en del i ett team och för att det skall fungera krävs god kommunikation mellan alla som vistas på operationssalen, vilket i föreliggande studie påtalades att det inte alltid fungerade så bra. När det inte fungerar optimalt är det ofta kommunikationen som brister vilket leder till att teamarbetet fallerar. Det här visar på hur viktigt det är med en fungerande kommunikation på operationssalen. God kommunikation kännetecknas som koncis och tydlig. Konsten att kunna kommunicera är viktig för att kunna förmedla den specifika kunskapen om hygien som operationssjuksköterskan har och därmed är kommunikation en av operationssjuksköterskans viktigaste funktioner. För att få teamet att arbeta hygieniskt krävs det av operationssjuksköterskor att de får med sig alla i tänket som ligger inom hennes ansvarsområde. Det

är viktigt att samtliga yrkeskategorier i operationsteamet är inkluderade, informerade om varandras ansvarsområden, samt att de samarbetar för att det skall leda till fungerande hygienrutiner.

Krav som leder till brister i verksamheten var något som operationssjuksköterskorna upplevde påverkade deras arbete inne på operationssalen markant. Många gånger ignorerades det som operationssjuksköterskan påpekade på grund av påtryckningar ifrån ledningen för att bland annat snabba upp verksamheten eller för att det rådde personalbrist. Operationssjuksköterskorna upplevde det vara förödande ur ett hygienperspektiv eftersom det innebar att man frångick de gällande hygienrutinerna, vilket i sin tur påverkar patientsäkerheten. Ytterligare en faktor som påverkade operationssjuksköterskornas arbete var att antalet personer på operationssalen översteg vad riktlinjerna anger. En av orsakerna till det överdrivna besökarantalet på operationssalen kan vara att ett av sjukhusen i studien är ett universitetssjukhus och därigenom måste de erbjuda studenter möjligheten att närvara vid olika operationer. Dock bör den här problematiken ses ur ett patientperspektiv eftersom det finns evidens för att antalet personer på salen ökar risken för smittspridning. Det torde inte vara rimligt att riskera patienters säkerhet för att kunna maximera utbildningstillfället för så många som möjligt på en och samma gång utan i stället försöka fördela studenterna på olika operationssalar.

Sammanfattning

Operationssjuksköterskorna upplever sig ha ett stort ansvar för hygien på operationssalen och en stor del av bristerna upplevs vara kopplade till tid och framför allt tidsbrist. Dels handlar det om avsaknad av tid för att utföra olika moment eller att få möjlighet att uppdatera sina kunskaper samt ha tid att lära upp kollegor. Bristfällig kommunikation och teamarbete leder till risker i verksamheten och därför viktigt att dessa fungerar på ett tillfredsställande sätt. Riktlinjerna kring hygien och smittspridning ansågs vara bra och uppdaterade, men emellertid verkar delar av personalstyrkan uppleva att de inte kan eller bör följa de givna riktlinjerna, som har sin grund i forskningen. Det här kan i sin tur tyda på att det inte i första hand är ny och mer djupgående

forskning inom ämnet som behövs, utan det krävs snarare strängare kontroll att givna riktlinjer efterföljs av operationsavdelningens hygienansvariga operationssjuksköterska. •

Referenser

- Alfridsdottir, H., & Bjornsdottir, K. (2008). Nursing and patient safety in the operating room. *Journal of Advanced Nursing*, 61, 29-37. doi: 10.1111/j.1365-2648.2007.04462.x.
- Dåvøy, G M., Hansen, I., & Eide, PH. (2012). Operationssjukvård.
- Mitchell, L., & Flin, R. (2008). Non - technical skills of the operating theatre scrub nurse: literature review. *Journal of Advanced Nursing*, 63 (1), 15-24. doi: 10.1111/j.1365-2648.2008.04695.x.
- Moss, Y., Xiao, Y., & Zubaidah, S. (2001). The operating room charge nurse: Coordinator and communicator. *Proceedings of the AIMA Symposium*, 478-82. doi:10.1197/jamia.M1231.
- Riksföreningen för Operationssjuksköterskor (2016). Kompetensbeskrivning för operationssjuksköterskan.
- Silén-Lipponen, M., Tossavainen, K., Turunen, H., & Smith, A. (2005). Potential errors and their prevention in operating room teamwork as experienced by Finnish, British and American nurses. *International Journal of Nursing Practice*, 11(1), 21-32. doi: 10.1111/j.1440-172X.2005.00494.x
- Socialstyrelsen (2006). Att förebygga vårdrelaterade infektioner- ett kunskapsunderlag. Socialstyrelsen.
- Travelbee, J. (2001). Mellommen- neskellige forhold i sykepleie. Oslo: Gyldendal.
- World Health Organization [WHO] (2009). Patient safety, safe surgery saves lives.

Fakta: Marina Emanuelsson, Operations- sjuksköterska, Filosofie Masterexamen med huvudområde omvårdnad. Operation 1, Östra Sjukhuset Göteborg.



NOIR® SUPREME CUT SCISSORS

AESCLAP SURGICAL INSTRUMENTS



Skriv till: hygien@rfop.se

Fråga: Vi har flergångskläder utan mudd på blusen, nu undrar flera på avdelningen om de bär privata linnen under blusen och den är nedstoppad, får blusen då hänga utanpå byxorna?

Svar: Det privata plagget har inte skyddsverkan. För att säkra att det inte blir partikelsläpp ut i operationsrummet ska blusen antingen vara försedd med mudd eller vara nedstoppad i byxa.

Fråga: Finns det rekommendationer för hur ofta man ska mäta cfu på salarna? Samt hur mätningen ska gå till?

Svar: I nuvarande skrivning är det CFU-mätning vid nyinstallation, ombyggnad och reparation samt vid anhopning av postoperativa sårinfektioner. Mätmetod väljs utifrån typ av ventilation som är installerad. Aktiv luftprovtagning gäller då det är höga

flöden. Se teknisk specifikation, TS 39:2015 utgiven av SIS. Revidering pågår.

Fråga: Vi har medarbetare med stort skägg, måste de bära skäggskydd eller räcker det att de drar upp hjälmen och sen sätter munskydd över?

Svar: Inom mikrobiologiskt kontrollerad miljö bör hår och skägg täckas. Hur det sedan täcks är upp till enhetschef att bedöma så att allt skägg blir täckt. Hjälmen kan fylla denna funktion och ibland behövs ett skäggskydd.

Fråga: När och hur uppkom begreppet "infektionskänslig kirurgi" borde vi inte prata om infektionskänsliga personer som ska genomgå kirurgi?

Svar: Relevant fundering. Det är ju utifrån bedömningen hur infektionskänslig en person är som vi behöver

agera. Själva myntandet av begreppet kan vi inte spåra. Antagligen blev det en passande kort och enkel benämning som innefattar den längre definitionen.

Fråga: Tycker du att man ska utgå ifrån att person som ej fått information om levnadsvanornas betydelse inför kirurgi, har större risk för postoperativ infektion och att vi ska tänka mer på valet av suturer och förband?

Svar: Val av suturer och förband kan aldrig avgöras på levnadsvanor som jag ser det. Självklart behöver suturer och förbandsval utgå från individens tillstånd som t ex infektiös vävnad och eller om det är vätskande sår.

Fakta: Gunnar Hagström, Hygijensjuksköterska, Universitetssjukhuset Örebro.

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

Wikiks.se - ett dokumentationsprojekt om Gamla Karolinska



Text: Yvonne Törnqvist, redaktionen

På WiKiKs hemsida publiceras bilder, filmer och texter om "gamla" Karolinska Sjukhuset som nu stängts och ersatts av NKS (Nya Karolinska Sjukhuset).

Rolig och intressant ur ett medicinhistoriskt perspektiv även för den som inte har ett förflutet på KS. Bland annat filmer med intervjuer och behandlingar. Minnestexter och roliga anekdoter. Du som läser detta och har eller har haft anknytning till KS kan själv bidra med bilder och texter. Det är mycket doktorer som minns, det behövs lite motvikt.

Mycket se- och tänkvärt är bildspelet Sjukhusets själ med bilder av Peter de Ru och texter av Pia Dellson.

Välkomna till chefnätverket för chefer på Sveriges operationsavdelningar, CSO.

Nu är det dags för årets sista nätverksträff!

Nätverket är öppet för alla chefer och ledare inom operationsverksamheter i Sverige, offentliga och privata. Du behöver inte vara medlem i Riksföreningen för att delta i nätverkets möten. Det är Riksföreningen för operationssjukvårds Chefråd, som planerar och genomför nätverksträffarna. Rådets medlemmar är: Karin Hansson, Göteborg Lisbeth Håkansson, Lund, Hanna Karlsson, Visby och sammanställande Kati Liljebäck, Stockholm cs0@rfop.se.



Utbildning och Kompetens

Kan vi påverka utbildningen för att bättre möta framtidens krav inom operationssjukvården? Vad säger politiken och lärosätena? Hur påverkas kompetensförsörjningen av omvärldens förändringar. Föreläsarna ger oss en inblick i, Framtida kompetenser inom operationssjukvård och utbildningens innehåll. Och regeringens utredning 2018:77 om Framtidens specialistsjuksköterska, ny roll, nya möjligheter?

Föreläsare under dagen är:

Oili Dahl, vice ordförande, Svensk Sjuksköterskeförening

Katarina Göransson, Klinisk lärare, operation VO Intensiv och perioperativ vård, COP 1, SUS

Ulrika Persson, Enhetschef för enheten utbildning inom vårdprofessionerna, SUS

Program

- 09:30 Start med kaffe och smörgås
- 10:00 Välkomna
- 10:10 Oili Dahl
- 11:10 Dialog
- 12:00 Lunch
- 13:30 Katarina Göransson och Ulrika Persson
- 15:00 Kaffe
- 15:30 Sammanfattning och utvärdering av dagen.
- 16:00 Avslut
- 17:30 Start mingel för de som ska delta på Chefkonferensen den 29:e

När: 28 november 2019

Var: Stockholm Waterfront

Kostnad: 2 500 kr ex moms. Inklusive lunch och för- och eftermiddagskaffe.

Anmälan: www.rfop.se

Erbjudande!

Om du deltar både på nätverksträffen 28 november och Chefskonferensen, se separat program, den 29 november får du ett reducerat pris, 5 490 kr ex moms, inkluderar lunch x 2, kaffe x 4 samt mingel, ordinariepris 6 400 kr.

Inbjudan

Vad betyder intraoperativ prevention av postoperativa infektioner?

En studie utifrån operationssjuksköterskans perspektiv

Infektioner relaterade till kirurgiska ingrepp är kostsamma ur flera perspektiv, främst ett lidande för den patient som drabbas men även höga kostnader för sjukvårdsbudget är ett stort samhällsproblem. Postoperativa infektioner kräver ofta långvarig antibiotikabehandling och det är ett riskabelt alternativ med tanke på den antibiotikaresistens som utvecklar sig runt om i världen. Många postoperativa infektioner som uppstår hade varit möjliga att förhindra, därför känns det viktigt att utveckla förebyggande arbete. Den mängd bakterier som finns i den kirurgiska miljön går till viss del att kontrollera med strikta riktlinjer inom vårdhygien samt god ventilation avsedd för kirurgiska ingrepp etc. För att nå följsamhet av rutiner och adressera problemet mer krävs evidens men även ett tydligt ledarskap.

Metod

Studien har använt reflekterande livsvärlds forskning som metod vilken grundar sig inom fenomenologi. Metodologiska principer är öppenhet, tyglade och reflektion mot det fenomen som studeras. Analysen är en innebördsanalys som har till avsikt fånga fenomenets kärna. Deltagare i studien var 15 operationssjuksköterskor med minst ett års erfarenhet av kliniskt arbete på operationssal. Deltagarna arbetade på sju olika sjukhus och hade från två till 34 års erfarenhet. Deras utbildning till operationssjuksköterska var således skiftande utifrån när de tog sin examen. Intervjuerna varade mellan 38–75 minuter och genomfördes oftast på deltagarens arbetsplats.

Studien är etiskt granskad och godkänd av Regional Etisk kommitté i Linköping 2016.

Resultat

Resultatet presenteras som en essens av det studerade fenomenet: intraoperativ prevention av postoperativa infektion så som det erfars av operationssjuksköterskor.

Essens

Intraoperativ prevention av postoperativa infektioner är en kamp mot ett osynligt hot. Det kraftfulla hotet som bakterier utgör i den kirurgiska miljön är farlig för patienter och utgör grundläggande orsaker till strategier och tekniker som operationssjuksköterskan använder sig av. Förebyggande arbete kräver både fördjupad kunskap och klinisk erfarenhet. Vaksamhet, strikt följsamhet och övervakning av det sterila fältet är viktiga aspekter inom prevention av postoperativa infektioner. Skydda patienten från yttre hot med del medel som finns att tillgå. Professionalism handlar om att balansera välgrundade beslut relaterat till patientsäkerhet. Vad är viktigast just nu!

Fastän teoretiska kunskaper och klinisk kunskap ger trygghet i operationsteamet så krävs erfarenhet och mod för att uppnå legitimitet. Synen på hierarkisk tradition inom operationssjukvård är ofta tvetydig skyddad av säkra strukturer men även begränsande i sina mönster. Balansen mellan legitimitet och hierarkisk tradition är skör. Prevention av postoperativa infektioner är beroende av en ärlig atmosfär inom teamet där alla yrkeskategorier tillåts att bidra med sin unika kompetens. Situationsmedvetenhet bärs av individer inom teamet som har förtroende och vågar konfrontera varandras tillkortakommanden. Trygga relationer och tydlig kommunikation gynnar förutsättning-

arna för att kunna förhindra postoperativa infektioner från att uppstå. En legitim ledare oavsett yrkestillhörighet har förmågan att balansera risker och erbjuda säkerhet i en komplex vårdmiljö som operation.

Diskussion

Resultatet avslöjar att förebyggande arbete mot postoperativa infektioner inte bara är beroende av arbetet i teamet utan också organisation och legitimitet hos den enskilda teammedlemmen. De båda är beroende av varandra för att det ska fungera. För att försäkra en bra operationsmiljö krävs att hela operationsteamet har samma vision och mål. Enskilda operationssjuksköterskor påpekade just känslan av att inte bli lyssnad till eller tagen på allvar. En studie från 2017 visar att sjuksköterskor (inte bara oss) i kirurgiska team har svårigheter att uttrycka meningsskiljaktigheter eller diskutera fel som uppstått. En annan studie från 2018 påvisar att 30–40% av operationssjuksköterskor känner sig mentalt stressade pre och intraoperativt. Denna studies resultat visar att operationssjuksköterskor som uppnått legitimitet från andra i teamet kan hantera situationen bättre. Legitimitet kommer inte bara med erfarenhet utan kräver både kunskap och personliga egenskaper som främjar teamarbete.

Sambandet mellan ett fungerande samarbete i teamet och risken för postoperativ infektion behöver adresseras mot chefer inom operation och anestesi. Tiden som krävs för att bli ett väloljat maskineri är signifikant och bör inte förringas. Komplexiteten i de kirurgiska ingrepp som utförs har också utvecklats och det gör att träning för att bli bra tar tid. Kirur-



ger har under längre tid sektionerat sig och det känns idag helt naturligt att deras specialitet ligger inom ett avgränsat område. Flera kliniker har en grov sektionsindelning för operationssjuksköterskor men inte alla på samma vis. Svårigheter med jour och bemanning har hållit utvecklingen mot liknande indelning långsam.

Beslutsfattare inom organisationen har stor påverkan när det gäller att ge förutsättningar för att kunna erbjuda patienter god perioperativ vård med patientsäkerhet. Det är en riskfylld miljö och säker vård borde föregå organisatoriska hinder.

Slutsats

Genom att skapa gemensamma och klinikövergripande samarbete för operationsteam, öka operationssjuksköterskans legitimitet samt bibehålla stabila intakta operationsteam kan förebyggande arbete mot postoperativa infektioner fortsätta att förbättras. Arbetet blir mer och mer brådskande allt eftersom resistensutvecklingen av antibiotika pågår. Vi kan inte längre acceptera undvikbara risker som många infektioner faktiskt är. Förbättra den kirurgiska miljön borde vara högsta prioritet för alla vårdinstanser som utför kirurgiska ingrepp. Traditionell hierarki behöver också utmanas för möjligheten att föra modern kirurgi in i framtiden.

Du har läst en populärvetenskaplig sammanfattning av följande artikel. Maria Qvistgaard, Jenny Lovebo, & Sofia Almerud-Österberg (2019)



Maria Qvistgaard

Intraoperative prevention of Surgical Site Infections as experienced by operating room nurses, *International Journal of Qualitative Studies on health and well-being*, 14:1, 1632109. •

Referenser

- Bathish, M., McLaughlin, M., & Talsma, A. (2015). Relationship between operating room nursing staff expertise and patient outcomes. *Journal of Nursing Care Quality*, 30(2), 167–174.
- Carney, B. T., West, P., Neily, J., Mills, P. D., & Bagian, J. P. (2010). Differences in nurse and surgeon perceptions of teamwork: Implications for use of a briefing checklist in the OR. *AORN Journal*, 91(6), 722–729.
- Kuy, S., & Romero, R. A. L. (2017). Improving staff perception of a safety climate with crew resource management training. *Journal of Surgical Research*, 213, 177–183.
- Mellin-Olsen, J., McDougall, R. J., & Cheng, D. (2017). WHO Guidelines to prevent surgical site infections. *The Lancet Infectious Diseases*, 17(3), 260–261.
- Mitchell, L., Flin, R., Yule, S., Mitchell, J., Coutts, K., & Youngson, G. (2011). Thinking ahead of the surgeon. An interview study to identify scrub nurses' nontechnical skills.

International Journal of Nursing Studies, 48(7), 818–828.

Nordström, A and Wihlborg, M (2019). A Phenomenographic Study of Swedish Nurse Anesthetists' and OR Nurses' Work Experiences *AORN J*, 109:217–226 doi:10.1002/aorn.12582

Rydenfält, C., Johansson, G., Larsson, P. A., Åkerman, K., & Odenrick, P. (2012). Social structures in the operating theatre: How contradicting rationalities and trust affect work. *Journal of Advanced Nursing*, 68(4), 783–795.

Sevdalis, N., Hull, L., & Birnbach, D. J. (2012). Improving patient safety in the operating theatre and perioperative care: Obstacles, interventions, and priorities for accelerating progress. *BJA: British Journal of Anaesthesia*, 109 i3–i16.

Silén-Lipponen, M., Tossavainen, K., Turunen, H., & Smith, A. (2005). Potential errors and their prevention in operating room teamwork as experienced by Finnish, British and American nurses. *International Journal of Nursing Practice*, 11(1), 21–32.

Sonoda, Y., Onozuka, D., & Hagihara, A. (2018). Factors related to teamwork performance and stress of operating room nurses. *Journal of Nursing Management*, 26(1), 66–73.

Fakta: Maria Qvistgaard, Doktorand i Vårdvetenskap, kursansvarig operations-sjukvård vid Linnéuniversitetet

Vård i hybridsal

Hybrid- och interventionsverksamheten är en helt ny verksamhet inom Bild- och interventionsverksamhet. Patienterna vårdas och behandlas i en hybridsal som är en högteknologisk operationsmiljö där olika avancerade tekniker med bildgivande utrustning och kirurgi kombineras. I hybridsalen kan olika interventioner eller operationer utföras och patienten behöver inte förflyttas från operation till röntgen och sedan kanske tillbaka till operation igen utan all vård och behandling kan ske inom aktuellhybridsal.

Förfaringsättet gynnar både patienter och personal och ger en ökad patientsäkerhet och en större tillfredsställelse för personalen. I Hybridsalen ges också framtida utmaningar med att utveckla minimalt invasiv kirurgi samt interventioner av olika slag.

Arbete på en hybridsal innebär att vårdpersonalen får nya utmanande arbetsuppgifter. Tex för att arbeta med MR- utrustningen så behövs en safety nurse som är en ny yrkeskategori som kan komma att behövas i en

hybridmiljö. Genom att det fler yrkesprofessioner kommer att samverka på hybridsalen är kommunikation och förståelse för varandras kompetens något som kommer att ligga i fokus tillsammans med utvecklingen av teknologin. Idag finns det speciellt utbildad personal med övergripande ansvar och som utbildats särskilt för att säkerställa att all vårdpersonal i hybridmiljön som använder MR-kamera arbetar på ett patient- och personasäkert.

På bilden syns från vänster: John Bäckman (kursdeltagare), Christina Svärd (Verksamhetschef Hybrid och intervention), Sophia Stenborg, Helena Floberg Selander (Hybridsalskoordinator) Frida Lundmark, Tin-Tin Liljeqvist, Inger Terland, Monica Ragnewall, Cecilia Almsten, Luis Oyarzo Araya (kursdeltagare), Monica Kelvered och Monica Pettersson (Göteborgs Universitet).



Fakta

Kursledare har varit Helena Floberg Selander, Hybridsalskoordinator, Hybrid & Intervention Sahlgrenska Universitetssjukhuset (SU) och Monica Kelvered, Universitetsadjunkt institutionen För Vårdvetenskap och hälsa Göteborgs Universitet (GU).

Examinator har varit Monica Pettersson, Lektor institutionen För Vårdvetenskap och hälsa Göteborgs Universitet (GU).

Vård i hybridsal 15 hp

För att tillgodose kompetensen för personer som skall arbeta i arbetsmiljö behövs en specialinriktad utbildning och därför skapades som ett första steg kursen, Vård i hybridsal 15 hp, på avancerad nivå i samverkan med SU/Sahlgrenska sjukhuset i samverkan med Göteborgs Universitet. Kursens syfte vara att stärka sjuksköterskans kompetens i arbetet inom högteknologiska miljöer så som hybridsal. Syftet var också att fördjupa samverkan mellan olika professioner genom en utökad kompetens kan möjliggöra karriärutveckling för den enskilda individen.

Förkunskapskrav till att bli antagen på kursen var Legitimerade sjuksköterskor med nordisk examen, röntgensjuksköterskor och operations- och anestesijuksköterskor samt biomedicinsk analytiker med inriktning mot klinisk fysiologi. Huvudområden för kursen är inom omvårdnad och radiografi. Kursdeltagaren som genomgått kursen kan alltså använda sina kurspoäng för att senare ta med dem till sina akademiska meriter för att få ut magister eller masterexamen.

Kursen har genomförts på halvfart (20 studietimmar per vecka) och varit fördelade på 20 veckors studier vilket motsvarar tio veckors heltidsarbete. Kursen innehöll sex delkurser:

Delkurs 1: Introduktion till arbete med hybridgrepp, 2 hp

Delkurs 2: Avancerad omvårdnad vid hybridgrepp 3 hp

Delkurs 3 Aseptik och aseptiskt förhållningssätt 3 hp

Delkurs 4: Strålning, strålskydd och strålfysik 2 hp

Delkurs 5: Hybridoperationer 5 hp

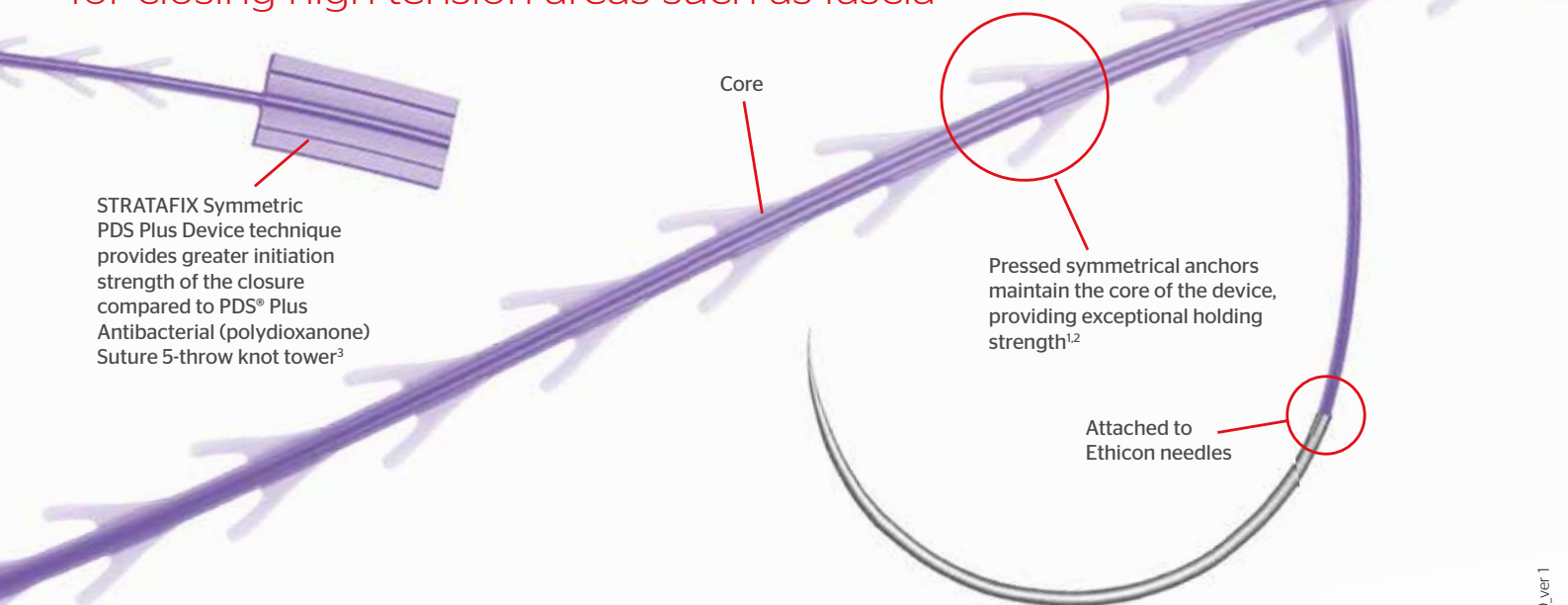
Inom ramen för kursen har vi haft många spännande föreläsare med ståt kompetens inom de olika områdena för varje delkurs, bl.a. Artificiell Intelligens (AI) som är en utmaning inför framtida vård. Det har också förekommit ett antal seminarier där deltagarna har fått dela med sig av sin kunskap till de övriga deltagarna. Kursledningen har också lyft upp viktiga delar som vårdande och

personcentrering i samband med vård i hybridmiljö samt utökad kunskap om aseptik och aseptiskt förhållningssätt samt strålskydd. Kursdeltagarna har också genomfört Verksamhetsintegrerat lärande (VIL) inom operationsmiljö. Olika workshops och färdighetsträningar har medverkat till en ökad förståelse för arbete i hybridmiljö och också vikten av en god teamsamverkan. Examinationsformer i kursen har varit individuella skriftliga inlämningsuppgifter, samt demonstrationer och klinisk examination med simulering i hybridmiljö. I simuleringen medverkade personal från Operation 1, 2 & 8 och Hybrid och intervention 1, SU.

Kursen har varit väldigt spännande att leda och med alla deltagares utvärdering hoppas vi kunna utveckla kursens innehåll för att så bra som möjligt stämma överens med verksamhetens behov. Kursen planeras att starta igen VT 2020 också som uppdragsutbildning i samverkan med Sahlgrenska Universitetssjukhuset (SU). Mer information kan erhållas via hemsidan för Uppdragsutbildningar: <https://caresci.gu.se/utbildning/uppdragsutbildning> •

STRATAFIX™ Symmetric PDS™ Plus Knotless Tissue Control Devices

The only barbed suture with exceptional strength for closing high-tension areas such as fascia^{1,2}



References

1. Nonnenmann H. 100326296: Time Zero Tissue Holding - Competitive Claims Comparisons for STRATAFIX Knotless Tissue Control Devices vs Various Products. 2015. Ethicon, Inc. 2. STRATAFIX™ Symmetric PDS™ Plus Knotless Tissue Control Device Instructions for Use. Ethicon, Inc. 3. Nonnenmann H. Performance Testing of STRATAFIX SYMMETRIC PDS PLUS Size 3-0, 0, and 1 - Initiation Strength in Porcine Tissue. AST-2013-0603. Ethicon, Inc. April 11, 2018

Expanded wportfolio for greater versatility in a variety of procedures:

- Open
- Laparoscopic
- Robot-assisted



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

Shaping
the future
of surgery

Johnson & Johnson AB Kolonnvägen 45, SE-170 67 Solna

Dags för reviderad kompetensbeskrivning

Legitimerad sjuksköterska med specialistsjuksköterskeexamen inriktning mot operationssjukvård

Foto: Pao Sjöberg



Vår nu gällande kompetensbeskrivning publicerades 2011. Sedan dess har vården förändrats och operations-sjukvård är ett av de områden som förändras mest inom vården, därför behövde kompetensbeskrivningen uppdateras och revideras. Det behöver vara tydligt hur komplex operations-sjuksköterskans kompetens är och att den inte utan vidare kan ersättas av andra professioner.

← Ann-Christin von Vogelsang

Arbetet med den nya kompetensbeskrivningen har skett i en process där det vetenskapliga rådet har skrivit ett förslag på reviderad kompetensbeskrivning på uppdrag av styrelsen. Förslaget har sedan gått på remiss till en mängd olika grupper inom RFop: styrelsen, kvalitetsrådet, distriktssamordnare, chefsnätverket och lärarnätverket. Utanför RFop har förslaget också skickats på remiss till Svensk sjuksköterskeförening och olika grupper av operationssjuksköterskestudenter. Samtliga grupper synpunkter har därefter samlats ihop och återförts till det vetenskapliga rådet för att färdigställa ett slutförslag till styrelsen att besluta om.

Den nya kompetensbeskrivningen beskriver operationssjuksköterskans kompetens genom vårdens kärnkompetenser; *Säker vård, Personcentrerad vård, Informatik, Samverkan i team, Evidensbaserad vård* och *Förbättringskunskap*. Att använda kärnkompetenserna i beskrivningen är i samklang med att alltför regioner i landet inför kompetensbeskrivningar, där kompetensen värderas i olika steg utifrån kärnkompetenserna.

Den färdiga kompetensbeskrivningen är menad att användas som rekommendation, vägledning, och stöd för enskilda operationssjuksköterskor, medarbetare inom andra professioner, handledare på olika nivåer, lärare, verksamhetsansvariga, politiker samt allmänheten i stort, vilka alla utgör potentiella patienter. Under höstkongressen får du veta mer om den nya kompetensbeskrivningen! •





Nästa nivå av operationshandskar i Polyisopren – Anells PI KARE™ Technology

Förbättrad allergenprofil

Alla kemiska acceleratorer som är kända för att orsaka typ IV-allergi eller överkänslighet har eliminerats från Anells PI-KARE™ Technology operationshandskar. PI-KARE™ Technology uppfyller helt riktlinjerna fastslagna av Upphandlingsmyndigheten, som har publicerat en lista över kemikalier och kända allergen som skall undvikas i handskar för medicinskt bruk ("Kemikalier och allergen vid tillverkning av engångshandske, 2018-06-04").

Förbättrad hållbarhet med bibehållen känsla

Anells PI-sortiment innehåller några av de tunnaste PI-handskarna på marknaden. Hållbarheten hos dessa handskar sträcker sig långt över kraven i ledande internationella standarder, närmare bestämt ASTM, ISO och EN, och några av produkterna har bättre prestanda än motsvarande latexalternativ. PI-KARE™ Technology ger en starkare mer hållbar handske, med bibehållen följsamhet.

I huvudet på en chef

Jag har arbetat som chef i över 10 år och har en bakgrund som operations-sjuksköterska. Att vara första linjens chef på operation är båda utvecklande och varierande. Ingen dag är den andra lik utan kan handla om allt från att arbeta i den dagliga verksamheten med patienter, finnas tillgänglig och stödja medarbetare, och driva utvecklingsprocesser. Som chef är jag arbetsgivarrepresentant men mitt uppdrag innebär även att fånga upp och lyfta avdelningens perspektiv inom organisation. En av mina viktigaste uppgifter som chef är att stödja mina medarbetare och föra fram deras idéer och tankar kring hur verksamheten kan och skulle kunna bedrivas. I vardagen måste vi alla handskas med allt från konflikter på arbetsplatsen till tuffa situationer i kirurgin. Jag försöker alltid coacha mina medarbetare till att i första hand själv försöka lösa problematiska situationer vilket bland annat innebär att ta emot och ge konstruktiv feedback. Efter många år i yrket har jag utvecklat en förmåga att känna av stämningen inom arbetsgruppen och avgöra om jag omedelbart behöver kliva fram och ta tag i exempelvis konflikter eller om det är bättre att avvakta för att se om medarbetarna löser problemet själv.

Som chef har jag även ett stort ansvar för våra medarbetares välmående och hälsa vilket inte minst är avgörande för att kunna bedriva en högkvalitativ verksamhet. Vi måste alla försöka hitta en balans där privatlivet fungerar och arbetslivet flyter på. Om någon av dessa två är obalans kommer det få negativa effekter i privatlivet och medarbetarens prestation i arbetsplatsen. Mina viktigaste verktyg som chef är medarbetarsamtal och lönesättning. Det är oerhört stimulerande att träffa medarbetarna och diskutera vilka saker som måste utvecklas och vilka styrkor medarbetaren har. När man når sina mål ska det också synas i lönesättningen. Tyvärr är det inte jag som chef som bestämmer den totala lönepotten men jag har möjlighet att besluta hur den fördelas mellan medarbetarna. Det är

viktigt att våra lönekriterier är tydliga och att tydliggöra kopplingen mellan prestation och lön.

Det är alltid tråkigt när medarbetare väljer avsluta sin anställning även om jag förstår att det efter många års anställning är naturligt att medarbetare vill göra något annat, lära sig nya saker och utvecklas. I samband med att medarbetaren avslutar sin anställning försöker jag alltid lyssna på medarbetaren och dennes upplevelser så att vi kontinuerligt kan utveckla och skapa en attraktiv arbetsplats. Samtidigt är det viktigt att inte bygga

upp en verksamhet som är beroende av en enskild medarbetares kompetens utan se till att nya medarbetare kan rekryteras och axla ansvaret för de specifika arbetsuppgifterna.

Min arbetsdag tar inte slut när jag åker hem för dagen. Verksamheten bedrivs dygnet runt och jag behöver, förutom kvällsmöten tillsammans med nattpersonalen, även vara tillgänglig för mina medarbetare fast jag är hemma. Jag har lärt mig acceptera att chefsjobbet inte är ett nio till fem arbete utan att det hela tiden är nya saker och ta tag i men samtidigt är det detta gör mitt yrke så stimulerande. •



Foto: byLindahl

Rapport från Chefrådet

Foto: Peo Sjöberg



Kati Liljebäck

Den 5 september hade vi årets andra nätverks-träff, temat var att bemanna och behålla med ett utvecklat medarbetarskap. Många kämpar med ständig rekrytering och kortsiktiga lösningar. Vad

kan vi göra för att få till en bra bemannad verksamhet där merparten av medarbetarna vill stanna och utvecklas i sin profession men även bidra till verksamhetens utveckling? Många bra dialoger, tankar och reflektioner kom upp. Nu är vi igång och planerar 2020.

För att göra det samlades chefrådet för en arbetshelg på Gotland. Tre av

oss tog det klimatkompenserade flyget till ön där väl Hanna Karlsson tog emot oss med både stor famn och bil. Väl framme och inkvarterade ingick besök på Visby lasarett där Hanna visade oss runt på både operation och sterilcentral. Under dagarna arbetade vi med att planera kommande nätverksträffar och chefkonferens. Vi ägnade även mycket tid till att fundera på kommande teman. Vi tänker fortsätta med att lyfta fram ledarskapsfrågor och att få nätverket att växa.

Att nätverka är ett stimulerande sätt att utvecklas i sin roll som chef och ledare. Att dela med sig av sin vardag, erfarenheter och reflektioner. Att kunna ha kollegor som stöd är för många som kanske är ensamma i sin roll en viktig pusselbit för att hämta

inspiration och energi till det dagliga. Har du tankar kring vad du vill att chefnätverkets träffar skall innehålla vill vi gärna ta del av det!

I våras genomfördes nätverksträffen som ett lunch till lunch möte, det var mycket uppskattat, så 2020 tänker vi pröva två lunch-lunch möten, ett den 12 - 13 mars och det andra 10 - 11 september. Framförallt finns mer tid för dialog och nätverkande under trevliga omständigheter.

Vi och RFop:s styrelse har en pågående dialog med An/Iva:s styrelse och deras chefsråd om en eventuell hopslagning av våra råd, för att ytterligare stärka ledarrollen vid landets operationsavdelningar. Vi återkommer med mer i den frågan framöver. ●



Vårt erbjudande till landets operationssalar: Ingenting.

Vi har byggt och monterat hundratals ventilationssystem i operationssalar runt om i landet. Och då har vi märkt en sak. Många nöjer sig med 10-20 cfu/m³. Ibland ännu mer.

Det är alldeles för högt. Med rätt lösning och rätt rutiner kan du uppnå noll cfu/m³. Det har vi lyckats med i åtskilliga installationer. Det är kanske därför vi idag jobbar med många av Sveriges ledande sjukhus och kliniker.

KUNSKAP IN. BAKTERIER UT.

Läs mer på www.crcmed.com

Agenda 2030 och globala målen

Agenda 2030 med 17 globala mål för hållbar utveckling syftar till att utrota fattigdom och hunger, förverkliga de mänskliga rättigheterna för alla, uppnå jämställdhet och egenmakt för alla kvinnor och flickor samt säkerställa ett varaktigt skydd för planeten och dess naturresurser. Globala målen är integrerade och odelbara och balanserar de tre dimensionerna av hållbar utveckling: den ekonomiska, den sociala och den miljömässiga (Regeringen, 2019). Nedan beskrivs hur Riksföreningen för operationssjukvård arbetar för en hållbar utveckling.

Foto: Peo Sjöberg



Catarina Augustsson

Utdrag ur Kompetensbeskrivning

En hållbar utveckling tillfredsställer dagens behov utan att äventyra kommande generationers möjligheter att tillfredsställa sina behov. I sjuksköterskors etiska kod betonas ansvaret för en hållbar omvårdnad där sjuksköterskan är medveten om miljöns betydelse för hälsa, och arbetar för en hållbar miljö. Ökad resistensutveckling innebär begränsade möjligheter till adekvat behandling, det innebär att operationssjuksköterskans kompetens i infektionsprevention avgörande för om vi i framtiden skall kunna genomföra högspecialiserad kirurgi, men även relativt sätt enklare kirurgi på sköra och infektionskänsliga patienter.

Operationssjuksköterskans kunskaper och färdigheter inom hållbar utveckling inkluderar:

- Förståelse av basfakta kring klimat och miljö och hur det interagerar med människors hälsa och välbefinnande
- Analysera kostnadseffektivitet, resurs- och materialhantering och dess påverkan på miljön och patienters säkerhet, samt göra väl avvägda val av engångs- och flergångsmaterial.
- Utveckla och implementera infektionspreventiva metoder och innovativa tekniker för att möta framtidens utmaningar så som

ökad resistensutveckling samt förändrat infektionsscenario.

(Kompetensbeskrivning under revidering. Text Vetenskapliga rådet).

Aktiviteter i verksamheten

Resor företas endast när fysiska möten behövs. För att möjliggöra planering av resan planeras möten i god tid via agenda för helår. Styrelsemöten sker främst via videomöten. Riksföreningen för operationssjukvård väljer miljövänliga material vid inköp av profilprodukter i samband med konferenser. Riksföreningen för operationssjukvård ger Give Away produkter till medlemmar i samband med konferenser. Produkterna väljs ur ett hållbarhetsperspektiv. Styrelsen för också diskussioner kring att avstå helt från Give aways. Riksföreningen för operationssjukvård skänker pengar till hjälporganisationer i stället för föreläsargåvor.

Riksföreningen för operationssjukvård arbetar med patientsäkerhetsprojekt (Riksföreningen för operationssjukvård, 2019).

- Stark för kirurgi - Stark för livet vars syfte är att informera patienten om levnadsvanornas betydelse.
- Säker Traumavård vars syfte är att minska morbiditet och mortalitet vid trauma.
- SPOR Svenskt PeriOperativt register. Syftet med SPOP är att

systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra kvalitet.

Riksföreningen för operationssjukvård har tillsammans med SFAI arbetat för ett nationellt programområde (NPO) för perioperativ vård, intensivvård och transplantation som nu har inrättats. Programområdet ska verka för en mer kunskapsbaserad, jämlik och resurseffektiv vård. Riksföreningen för operationssjukvård deltar i olika Internationella kampanjer genom spridning av informationsmaterial. Årets kampanj är SAVE LIVES: Clean Your Hands. WHO (2019) uppmanar alla länder att inspireras av den globala rörelsen för att uppnå bättre välbefinnande och hälsa för alla.

Inköp av tjänster

Riksföreningen för operationssjukvårds samarbetspartners/sponsorer ska i möjligaste mån vara miljöcertifierade, inneha klimat- och miljöpolicy eller motsvarande. Informationsmaterial från samarbetspartners/sponsorer i kongressväska kommer på sikt att minskas. •

Referenslista

Regeringen. (2019). Agenda 2030 och globala målen. Hämtad 2019-09-29 från <https://www.regeringen.se/regeringens-politik/globala-malen-och-agenda-2030/>

Riksföreningen för operationssjukvård. (2019). Kunskapsseminarium Levnadsvanor. Hämtad 2019-09-29 från <http://www.rfop.se/utbildning-och-evenemang/kunskapsseminarium-levnadsvanor/>

Riksföreningen för operationssjukvård. (2019). Hämtad 2019-10-01 från <http://www.rfop.se/nationellt/patientsaakerhetsprojekt/>

WHO. (2019). Infection prevention and control. Hämtad 2019-10-06 från https://www.who.int/infection-prevention/campaigns/clean-hands/IPC-tree_may2019_web.pdf?ua=1

KEBOMED



AirSeal®iFS

Den intelligenta insufflatorn

AirSeal mode ger

Stabilt pneumoperitoneum

Konstant rökevakivering

Ventilfri access

KEBOMED är ett europeiskt, modernt och miljömedvetet medicinsktekniskt företag som förknippas med bästa sortiment och service.



Operationssjuksköterskans roll – utanför operationssalen

Funderingar från en nyutbildad specialistsjuksköterska inom operations-sjukvård som gjort sin första sommar. Vart vill operationssjuksköterskor helst vara. Inne på sal, i alla fall de flesta av dem jag har hunnit träffa. Har operationssjuksköterskan ens någon roll utanför operationssalen och då menar jag förutom att städa, beställa förråd och eventuellt packa om instrument? Enligt kompetensbeskrivningen har vi det och den innefattar ansvaret för den perioperativa omvårdnaden. Men hur ser det egentligen ut ute i kliniken. Vi försöker hävda att journalläsning skulle kunna innebära den preoperativa delen. Men sen då. Jag har till exempel ingen aning om hur mina patienter mår om jag inte aktivt frågar kirurgen dagen efter. Har jag ens rätt att gå in och läsa i patientens journal dagen efter? Det närmsta jag hittills har kommit det helomfattande begreppet perioperativ omvårdnad är alltså att fråga patienten om allergier och att kontrollera huden efter diatermiplattan tagits bort. Skulle det vara rollen definierad?

Kompetensbeskrivningen för specialistsjuksköterskor inom operationssjukvård, som ändå får utgöra någon slags arbetsbeskrivning för vår specialitet, är grundad på Tolleruds et al. modell från 80-talets Amerika. I brist på jämförbara uppdateringar får modellen fortsätta att agera ett ramverk för det arbete vi utför. Enligt den modellen börjar den preoperativa fasen när patienten första gången blir meddelad om att nästa steg är kirurgisk behandling. Det postoperativa ansvarstagandet avslutas när patienten sedan är kirurgiskt färdigbehandlad. Några kliniker kanske får det här att fungera men i de system vi generellt har idag är vi inte ens i närheten av att leva upp till två tredjedelar av det AORNas kommitté hade tänkt sig 1985 gällande operations-sjuksköterskans roll.

Vi gnäller sen på att den preoperativa hudinfektionen inte är korrekt utförd, patienterna har akrylnaglar, piercingar och är smutsiga i naveln. De är rökare, dricker för mycket och är undernärda (fast det är vi sällan medvetna om). Var har vi, specialister, varit i patientens perioperativa flöde? Jo, på sin höjd, träffar vi patienten några minuter innan de sövs. Det må vara varje operations-sjuksköterskas ansvar, men jag har hittills inte hunnit gå igenom hela patientens hudkostym efteråt. Oftast har jag fullt upp med omläggning och ett huvudstöd och lagom tills att det är klart börjar patienten väckas och jag ska kontrollera mina instrument och dokumentera i tre system. Däremot är vi många ögon inne på sal och om någon ser något avvikande så uppmärksammar vi varandra på det. Men tänk, tänk om jag skulle få gå och träffa patienten efteråt, utvärdera uppenbara riskområden för tryck, kontrollera förband och kunna informera patienten och personalen i hur de bäst tar hand om de postoperativa sår.

Det kanske är här den relativt unga specialiteten sjuksköterska inom kirurgisk vård kommer in? Det är ju fantastiskt i så fall. Men om det är så, varför vet inte vi operationssjuksköterskor var deras kompetens överlappar våran. Är det ett organisatoriskt problem. Är det egentligen så att den specialistkompetensen har tillkommit för att vi inte lever upp till vår kompetensbeskrivnings definition av vården för patienten genom det perioperativa flödet?

Att utbilda sig till specialistsjuksköterska, oavsett inriktning, utvecklar kompetensen ytterligare en dimension. Jag kan varmt rekommendera det till alla för sin egen skull, vilket må vara en paradox till min tidigare text. Men jag upplever, med risk för att befinna



Jennifer Båskman

mig på tunn is här, att operationssjuksköterskeyrket som det ser ut idag, förtar den grundläggande kompetensen i basal omvårdnad som ändå är alla sjuksköterskors plattform. Vi är mer av tekniska experter med specialistkompetens inom intraoperativ omvårdnad. Att då skapa fler specialistkompetenser för att täcka upp den pre- samt postoperativa omvårdnaden borde göra systemet ännu mer sårbart och är slöseri med vår kompetens. Det leder till frågan om det till exempel hade varit lättare att rekrytera fler att utbilda sig till operationssjuksköterska om det varit naturligt att rotera mellan operationsavdelningen samt den kirurgiska vårdavdelningen? Då hade ju vi som operationssjuksköterskor kunnat underhålla vår basala omvårdnadskompetens dessutom.

Tack för ordet, Jennifer. •

Eponymer i vardagen på en operationsavdelning

Först ut Peang Crafoord

Vi tänker i en artikelserie göra korta historiska beskrivningar av personen bakom namnet på några av de vanliga kirurgiska instrument som vi använder dagligen. Eponymer är grekiska och betyder namngivare och inom operationssjukvården använder vi i vardagen en mängd eponymer, det kan vara namn på operationslägen, hudsnitt, och ingrepp men kanske främst namn på kirurgiska instrument som namngivits av sin uppfinnare eller den som utvecklat och förändrat instrumentet. I stort sätt varje instrument som används har ett namn efter den kirurg som introducerade instrumentet, Kocher, Doyen, Billroth, Liston, Halstead, och Langenbeck en rad internationellt och historiskt kända kirurger. Men vi har även svenska kirurger som namgett en rad instrument, några av dem är Olivecrona, Ragnell, Perman och Crafoord.

Det går inte skriva om kirurgiska instrument utan att nämna Peangens uppfinnare Jules Emile Péan (1830–98) en fransk kirurg som började arbeta hos den berömde Nélaton, där man ägnade sig åt äggstocks operationer men saknade bra hemostasmetoder. Péan började då använda en kugglås försedd duktång. Denna tång kunde tack vare sin låsmekanism lämnas på plats i såret under flera dagar för att på så sätt uppnå önskad hemostas. Metoden och möjligheten med att suturera sår kom först när aseptikens fader Joseph Lister började experimentera med ett resorberbart suturmaterial, catgut. Tidigare behövde såret lämnas öppet eftersom ligaturer och suturer inte var av resorberbart material. De ligaturer som satts behövde plockas bort efter några dagar innan såret kunde förslutas.

Péan samarbetade med en Parisisk instrumentmakare, tillsammans utvecklade dom konstruktionen med kuggar på båda skänklarnas skaft och ringgrepp, vilket tillät enkel stäng-



Clarence Crafoord

ning och öppning av tången. Tången marknadsfördes under namnet Pince de Péan. Det finns olika versioner med historier kring hur tången verkligen kom till, där någon säger det var Péan själv och andra att det var hans underläkare som uppfunnit tången. Endast i Sverige används försvensk-

ningen av namnet Péan till "peang". I övriga länder används olika benämningar som; Klemme, Clamp, Hemostatic forceps, Arterienpincette.

Crafoord

Vid mitten av 20-talet var kirurgin en disciplin som snabbt utvecklades, införandet av allmän anestesi och aseptisk teknik bidrog starkt till detta. Behovet av instrument ökade i samma takt som kirurgin utvecklades vilket lett till förändring och modifiering av många ursprungliga kirurgiska instrument. Ett exempel på en sådan modifiering av Péans peang, är Peang Crafoord, 24 cm. Peangen finns i olika längder.

Så vem var då Crafoord?

Clarence Crafoord (1899-1984) var svensk läkare och pionjär inom thoraxkirurgi. Han var först verksam som överläkare vid Sabbatsbergs sjukhus 1939–57, därefter flyttade han till karolinska sjukhuset 1957 då



Karolinska sjukhuset. Thoraxkirurgiska kliniken. Professor och överläkare Clarence Crafoord fyller 60 år och uppvaktas på högtidsdagen. Foto: Haarstad, Ragnhild (f. 1935) 28 maj 1959, Stockholms stadsmuseum, Fotonummer SvD 38924

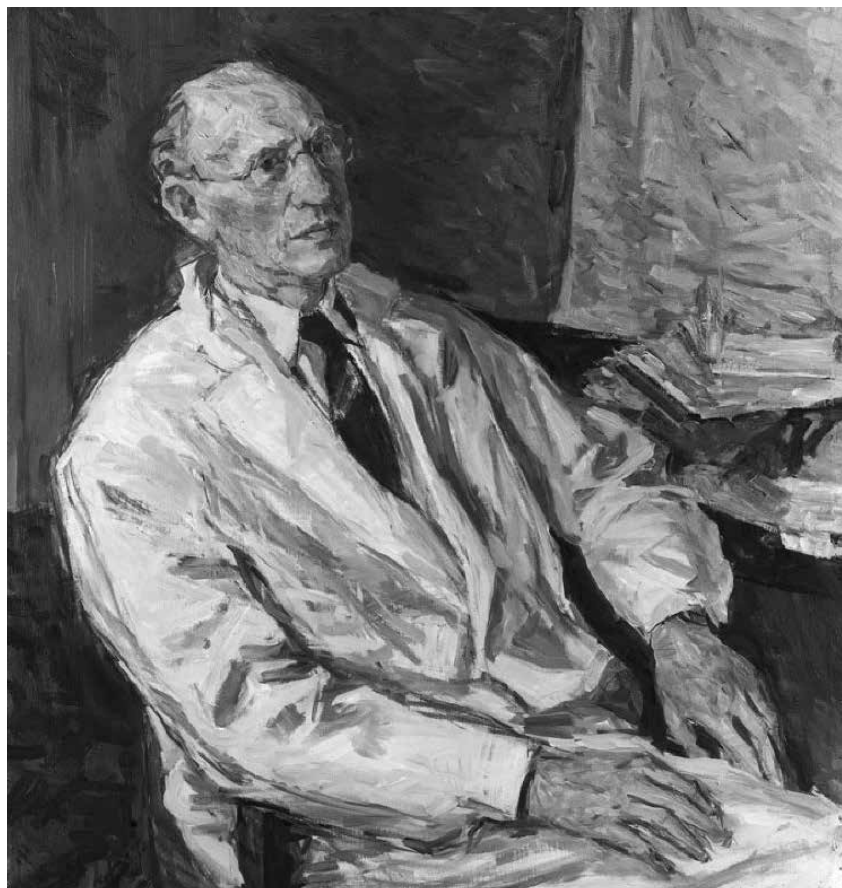


*Sabbatsbergs sjukhus, 1950-talet. Professor Clarence Crafoord opererar
Foto: Lennart Nilsson, TT*

den nya thoraxbyggnaden invigdes. Han var Sveriges förste professor i thoraxkirurgi samt ledamot av Socialstyrelsens vetenskapliga råd. Crafoord var den förste i Europa att operera öppet stående ductus botalli. Han gjorde sig också känd som den förste i Sverige att framgångsrikt operera två patienter med lungembolism. Han utförde hösten 1927 ingreppen som vi idag kallar Trendelenburgs operation efter den tyske kirurg som först beskrev den. Patienterna överlevde och kunde skrivas ut friska, vilket väckte stor uppståndelse och på Stockholms Dagblads löpsedel kunde läsas med stora bokstäver; "TVÅ DÖDA ÅTER TILL LIV". Frågånget väckte stora förhoppningar bland kirurger runt om i landet som försökte göra samma sak på sina egna sjukhus men med nedslående resultat.

1944 genomförde Crafoord en operation av coarctatio aorta, en medfödd förträngning på stora kroppspulsådern, operationen utfördes på en 11-årig pojke och blev den första i sitt slag i världen. Operationen innebär att man fullständigt stänger blodflödet till nedre delen av kroppshalvan vilket många ansåg vara äventyrligt, och andra läkare vid tiden avrådde till operationen. Crafoord var helt säker på att aortastenosen måste ha medfört ett väl utvecklat kollateralkretslopp bildats hos 11-åringen. Operationen var tekniskt mycket svår och pågick över 6 timmar, med aorta avstängd under 2 timmar, operatio-

nen fortlöpte utan komplikation. Det postoperativa förloppet var även det komplikationsfritt, fränsett viss feber, pojken skrevs ut efter 14 dagar fullt frisk med normal cirkulation och fick leva i närmare 60 år efter operationen.



Målning Nationalmuseum, Fritiof Schöldt, Clarence Crafoord, född 1899

Fakta

Namn på kirurgiska instrument baseras på fyra olika principer:

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

Från: Drott, C Blodstillandets historia till Pengen svensk KIRURGI volym 68 nr 2 2010 samt Uppdukat nr 2 2011.

Utveckling av hjärtkirurgen

Tillsammans med Erik Jorpes lyckades Crafoord framställa renat Heparin vilket var en förutsättning för fortsatt utvecklad hjärtkirurgi. Han var också med vid konstruktionen av hjärt-lungmaskinen tillsammans med kirurgerna

Åke Senning och Viking Olov Björk samt tekniker från AGA. Crafoord hade många internationella kontakter och uppmärksammades under åren med hundratals utmärkelser, medaljer och hedersprofessurer. Under 50-60-talet inbjöds han att besöka en rad sjukhus runt om i världen för att demonstrera operationer i brösthålan. Under dessa resor i hans roll som "missionär i thoraxkirurgi" medföljde



Crafoord Peang, Foto: STILLE AB

Fakta

Finns det ett instrument namngivet efter en operationssjuksköterska?

Enligt vad som berättas är knuthållartång Rapp eller fröken Rapps tång som den också kallas, det enda instrument uppkallat efter en operationssjuksköterska. Fast är det så eller är det en skröna? Dvs en vandringssägen i operationskretsar. Du som vet något om Rapps tång, hör av dig till oss så vi förhoppningsvis kan berätta historien om den i ett kommande nummer av Uppdukat.

Finns det någon av Uppdukats läsare som har berättelser eller vet nåt om kirurgiska instrument som dom vill dela med sig av är det bara att kontakta tidningens redaktion.

ofta hela hans operationsteam. Inför resorna sändes tonvis av utrustning och instrument till vårdshuset, utrustning som sen vanligtvis kvarlämnades för att underlätta att verksamheten skulle fortsätta vid sjukhusen.

Vid en av dessa resor som gick till Mendoza i Argentina 1965 följde operationssjuksköterskan Lisbet Rydin

med, hon och några andra i teamet stannade kvar under några månader för att på plats hjälpa till att bygga upp verksamheten. Lisbet Rydin har nyligen firat sin 90-års dag, hon är en av RFop:s hedersmedlemmar och fortfarande aktiv som deltagare vid föreningens kongresser. Det är svårt att exakt få fram årtal när Crafoord utvecklade och fick sina instrument tillverkade inte heller att hitta någon dokumentation kring Crafoords behov av och utvecklande av sina specifika operationsinstrument. •

Referenser:

Berggren, H. Olin, C (2015). svensk kongenital hjärtkirurgi Från djärva pionjärsatser till operationsresultat i världsklass. Läkartidningen Nr 34 Volym 102.

Crafoord, J. Olin, C (1999). Clarence Crafoord - en av seklets stora kirurgiska pionjärer Läkartidningen volym 96 Nr 21

Lars Werkö (2008). Från blodhosta till vardagsstress: Sjukvård och medicinare i 1900-talets Sverige. Stockholm, Svenska läkaresällskapet.

Thompson C.J (1942). THE HISTORY AND EVOLUTION OF surgical instrument. New York Schuman's



KUNDANPASSADE SET

Effektiva draperingar med
hudvänlig häfta

Lager i Sverige för snabba
och säkra leveranser

Stort urval av komponenter, t ex
inom laparoskopi och diatermi

Rockar (Halyard) för skön
komfort och bra barriär

Uppdukat helt efter
dina önskemål.

Med Vingmeds kundanpassade set får du allt du behöver för ett specifikt ingrepp. Packat och klart för uppdukning. Produkter som är utvecklade för att underlätta ditt arbete och med ny teknologi som minimerar risken för smittspridning. Till exempel SMS-teknologin

från Halyard som ger lågt fibersläpp och minskar risken för SSI. Dessutom har vi lager i Sverige för snabb och säker leverans.

Kontakta oss gärna för mer information.

VINGMED

nära dig.



Nätverksträff

Stockholm 14 oktober 2019

I år var det ovanligt stor skara som möttes upp på Nya Karolinska i Solna för en intressant kväll med tre olika föreläsningar samt utställning med flera av Riksföreningens sponsorer. Först ut hade vi bjudit in Carola Kunze, specialistsjuksköterska inom operationssjukvård, biträdande universitetssjuksköterska hygien/aseptik, PMI FO Buk, Karolinska universitetssjukhuset, Solna, som föreläste om *Patientnära zon – PNZ i operationsmiljö*. Under föreläsningen tog hon upp om att vårdrelaterade infektioner (VRI) är en av de vanligaste vårdskadorna i Sverige. Med den bakgrunden är PNZ ett väldigt viktigt verktyg att arbeta med inom vården. PNZ är en metodutveckling som kommer från WHO:s "Fem tillfällen för god handhygien". Akademiska sjukhuset i Uppsala användes som exempel där anestesin arbetat mycket med PNZ. Syftet med PNZ är att göra det lättare för personalen att följa handhygienarbetet inne på operationssalarna, vilket i sin tur leder till minskad smittspridning och färre VRI.

PNZ bygger på två olika zoner; inom PNZ och utanför PNZ. Inom PNZ befinner sig patienten och det patientnära området innehållande operationsbord, infusionspumpar, ventilator, cellsaver, blodvärmare, värmeaggregat och sopsäck. Utanför PNZ är anestesikommod, genomräckningsskåp, suturskåp, dator och telefon. Vid inträde in i PNZ ska vi sprita våra händer och använd skyddsförkläde samt använda handskar vid risk för kontakt med kroppsvätskor. Vid utträde ur PNZ skall vi ta av handskar och skyddsförkläden av samt sprita händerna. Inom PNZ skall handsprit användas före rent och efter smutsigt arbete.

När man jobbar med PNZ är det också väldigt viktigt att skapa bra för-

utsättningar för personalen att göra rätt. Inom PNZ ska det finnas handdesinfektionsmedel, skyddshandskar, sopsäck samt avlastningsytor som förhindrar att rent och smutsigt gods blandas. Carola pratade om hur man nu börjar införa PNZ arbetssättet på Karolinska Solna och att det är viktigt med återkommande utvärderingar och justering av arbetssätt. Alla måste vara delaktiga! Tack Carola för en bra föreläsning som gav inspiration och tydligt synliggjorde tanket om PNZ.

Teamarbete och förutsättningar

Nästa föreläsare var Annika Sandelin, specialistsjuksköterska inom operationssjukvård, biträdande universitetssjuksköterska och Med. lic., som föreläste om *Teamarbete och förutsättningar för säker perioperativ vård – Operationssjuksköterskans perspektiv*. Annika pratade om operationssjuksköterskors upplevelser och erfarenheter av teamarbete för att uppnå patientsäkerhet. Operation är en högriskmiljö med många komplexa arbetsuppgifter. Det är mycket information som förmedlas, man arbetar ofta under stress, många personer är involverade i patientens vård samt att ofta råder det tidsbrist. Teamarbetet på sal involverar flera olika yrkeskategorier som har olika kunskapsområden bakom sig. När det sker misstag kan det få allvarliga konsekvenser. Annika redovisade de resultat hon fått fram genom intervjuer med 16 operationssjuksköterskor där yrkeserfarenheten varierade mellan 7–34 år. Operationssjuksköterskorna kom från fyra olika sjukhus där både landsbygd och storstad är representerade. Annika identifierade att viktiga delar för teamarbetet var adekvat information inför operationerna. Här är patientjournalssystemen och operationsplaneringssystemen idag en central källa för att få rätt information om patienten och kommande operation. Idag ringer man ofta den ansvariga operatören när man behöver komplettera information.

En viktig faktor

Studien visade också att realistiska operationsprogram var en viktig faktor. Här har koordinatörerna en viktig position för att reglera den dagliga arbetssituationen, se till att ligga steget före och se till att de inte blir förseningar. Det är även viktigt att första linjens chefer är engagerade i hur teamarbetet på salen fungerar. I hela operationsprocessen är det viktigt med tillförlitlig planering som är stödjer personcentrerad omvårdnad. Man måste få hinna förbereda sig mentalt och vara väl insatt i patientens situation. Optimalt är när man får tid dagen innan för perioperativa besök samt möte med hela operationsteamet för bättre planering och framhållning. För att samarbetet ska fungera optimalt behövs en dialog, respekt samt förståelse för varandra i operationsteamet. På en operationssal finns det även ett tyst samarbete som bygger på erfarenhet, förtrogenhet och att ha en bra överblick. Tyvärr förekommer även osäkert samarbete på operationsrummen. Några av de bidragande orsaker till det osäkra arbetet är hög personalomsättning, stora rotationer i arbetsgruppen vilket leder till ständigt nya teamkonstellationer. Studien visade även att arbetsbördan, samt respektlöst bemötande var en faktor som spelade in. Det här var en mycket inspirerande föreläsning som gav en eftertanke på hur man kan utveckla sitt teamarbete hemma på sin egen operationsavdelning. Stort tack Annika!

Sista föreläsare för dagen var Veronica Ramirez Johansson, specialistsjuksköterska inom operationssjukvård och utbildningsledare, som berättade om handledning och återkoppling. Det är inte alltid enkelt att särskilja handledningen som vi ger våra studenter och den handledning som gäller för introduktion av nya medarbetare. Studenterna har givna lärandemål som ska uppfyllas medan nya medarbetare redan har sitt utbildningsbevis, och där målet är att de ska lära känna arbetsplatsen och



Stockholms distriktssamordnare,
Monika Åsberg, Carina Wallin och
Veronica Ramirez Johansson

bli förtrogen i de rutiner och ingrepp som utförs där. Vem av dem ska prioriteras gällande att stå sterilklädd och instrumentera på operationsrummet? Det är en fråga som ibland uppkommer, och här är det viktigt att tänka på syfte och mål. En student måste få träna på de färdighetsmål som är

uppställda för att klara sin utbildning, medan för en ny medarbetare kanske det fungerar att vara cirkulerande. Mycket beror ju förstås på vad för typ av kirurgi det handlar om, då den nya medarbetaren givetvis måste få träna sin självständighet.

Att ge återkoppling

Därefter pratade Veronica om vad vi ska tänka på när vi ger varandra återkoppling (feedback). Återkoppling är viktigt för både personlig och yrkesmässig utveckling och är en bekräftelse på vad som jag gör bra och vilka förbättringsmöjligheter jag har. Det är viktigt att vara saklig och ge feedback på innehållet i en uppgift, inte på personlighet. Prata gärna i "jag-form" och ge återkopplingen i så nära anslutning till händelsen som möjligt, men efter att du har hunnit tänka igenom vad du ska säga. En vanlig fallgrop är att man inte låter personen som ska få återkoppling först själv reflektera över händelsen, exempelvis "- Hur tycker du att det gick idag?". Sedan ska du inte vänta för länge på att ge feedback, särskilt inte om det är något som du tycker är mindre bra. Till slut kan det bli svårt

att lyfta något som hände för några veckor sedan. Det är också viktigt att vid ett tillfälle inte ge feedback på alltför många saker samtidigt utan koncentrera sig på en sak alternativt några få. Glöm inte heller att ge förbättringsförslag om ni har lyft något som inte fungerar optimalt. Hur ska saken kunna göras bättre? Tänk på att ge konstruktiv feedback, säg inte bara "bra" eller "mindre bra". Förklara **vad** var det som var bra eller mindre bra. Avslutningsvis så är det bra att lägga "hamburgermodellen" på minnet. Ge lite beröm, sedan lite förbättringsförslag och därefter lite mer beröm. Då är det en större chans att personen blir stärkt av ditt budskap!

Under kvällen hade vi även med oss fyra representanter från RFop:s sponsorer, som var med på mötet för att visa sina produkter. Stort tack B Braun, Berner, Mediplast och Medtronic som tog er tid att komma till vår distrikträff!

Vi tackar så mycket för en trevlig kväll och hoppas att vi ses nästa år igen! •



AOTrauma Grundkurs i Frakturkirurgi för operationssjuksköterskor

4–6 februari, 2020 Stockholm

Registrering under hösten: www.aotrauma.org (Courses/Sweden)

För frågor:

stina.winqvist@aocourses.org

Save the
DATE!





Riksföreningen anser och rekommenderar

Kvalitetsråd bildades under våren 2008. Syftet med rådet är att arbeta fram riktlinjer, *Riksföreningen (RF) anser och rekommenderar*, som är användbara för operationssjuksköterskan i det dagliga arbetet med patienten för en ökad patientsäkerhet. De finns att läsa på rfop.se och med fördel kan ni använda dem när ni gör egna PM eller behöver söka kunskap i någon fråga.

Vi får in frågor och idéer från er medlemmar på ämnen, sen görs en prioriteringsordning tillsammans med styrelsen på vilka som ska tas fram och efter det sätter vi igång arbetet. Vi letar i forskning och utvecklingsarbeten efter evidens och tar ofta hjälp av experter inom olika områden under vårt arbete. När texten sen är skriven skickas arbetet, ibland via vetenskapliga rådet, och sen vidare till styrelsen som beslutar om skriften. Efter det hamnar den nya *RF anser och rekommenderar* på hemsidan färdig för er medlemmar att använda. Vi reviderar fortlöpande de tidigare framtagna rekommendationerna och just nu är *RF anser och rekommenderar*: mot förväxling, -mot oavsiktligt kvarlämnat material och åtgärder vid anläggande av blodtomtfält reviderade och den om handskar är på gång.

Som råd får vi även in frågor, via styrelsen, från er medlemmar att besvara fortsatt med det. Att vara nyfiken på utveckling gör att vi tillsammans går framåt och lär oss mer om vårt arbete och vår profession som operations-sjuksköterskor.

Vårt arbete, som för resten av föreningens aktiva, bygger på engagemang och ett stort intresse för vår profession. Vi ses två gånger per år och däremellan har vi möte på via skype 1ggr/månad. Just nu jobbar vi med, övertäckning av sterila instrument och en om rutiner för besökande till operationsavdelningen. Dessa kommer ni förhoppningsvis ha hos er innan året är slut. •



Det är vi som är kvalitetsrådet, övre raden från vänster, Rose-Marie Gabrielson och Lasse Salomonsson, nedre raden från vänster, Anna Ekepil och Anna-Karin Andersson. samt Johan Eriksson, lilla bilden.

HYGIENFORUM

14 – 15 maj 2020



Hygienforum är ett tillfälle för reflektion, lärande och nätverkande i arbetet med att minska risken för vårdrelaterade infektioner. Många arbetsplatser har idag svårt att låta flera medarbetare delta på samma konferens på grund av besparing och personalbrist. Av den anledningen har programrådet för Hygienforum valt att ha samma tema två år i följd och med några föreläsare som återkommer. Målsättningen är att fler ska få möjlighet att ta del av tillfälle till lärande, nätverkande och reflektion. För Hygienforum 2018 och 2019 var temat rengöring, desinfektion samt handhavande av sterila produkter.

Tema för 2020 och 2021 är kateterrelaterade infektioner och där föreläsningarna till stor del kommer att handla om centrala och perifera infarter samt urinkateterbehandling. Stående inslag vid varje hygienforum är hygienpanelen, maila gärna därför in din fråga när du anmäler dig till forumet, så är chansen större att just din fråga besvaras.

Tid: Torsdag och fredag den 14 – 15 maj, 2020 • Plats: Sheraton Stockholm Hotel • Kostnad: 4 175 kr ex moms

Preliminärt program

- ✓ STRAMA
- ✓ CVK-relaterade infektioner, riktlinjer och rutiner
- ✓ PVK –relaterade infektioner, riktlinjer och rutiner
- ✓ Kateterrelaterad urinvägsinfektion och förebyggande åtgärder
- ✓ Urin-KAD, projekt
- ✓ Ät rätt – må bra



Riksföreningen för
operationssjukvård



Nya kollegor

Examinerade specialistsjuksköterskor inriktning operationssjukvård, Karlstads universitet

Kursansvariga: Ann-Catrin Blomberg, Cecilia Teledahl.
Övriga lärare: Catrine Björn, klinisk lektor och Jonas Svanström. **Examinator:** Birgitta Bisholt

Studieort Falun: Sofia Ahlfors, Weronica Hamrén, Linda Nordlander, Linn Sabell och Jessica Semmingsson.
Huvudhandledare: Jenny Haglund

Studieort Gävle: Marie Funseth, Anna Sjö, Evelina Sundberg och Madeleine Wanrach.
Huvudhandledare: Eva Åsenlundh

Studieort Karlstad: Tilda Ryberg och Erica Nordqvist.
Huvudhandledare: Lotta Olsson

Studieort Västerås: Inez Jeppson, Johanna Runqvist, Kristina Sundberg och Emma Svensson.
Huvudhandledare: Ulrika Synnerborn

Studieort Örebro: Irina Bodyleva, Elin Handell, Sofia Lindberg, Yasmin Eggenhuizen, Helen Jansson Wallin, Annelie Persson, Robin Hagelberg och Ida Liljeholm.
Huvudhandledare: Annika Fredriksson.



Vi välkomnar Anna-Karin Blom som ny i programrådet för Hygienforum.

Anna-Karin arbetar som hygien-sjuksköterska på Smittskydd och vårdhygien i Region Östergötland, hon är utbildad operationssjuksköterska. Hon önskar bidra med att driva hygienfrågor nationellt inom operationssjukvården.

Det finns platser kvar på Höstkongressen!



Anmäl er på rfop.se

RFop kalendarium



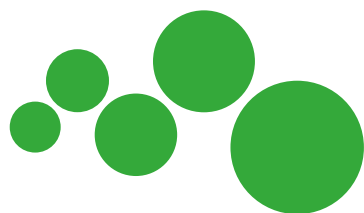
RFop är aktiv i olika projekt, seminarier och tillfälliga utbildningar – både självständigt och i samverkan med andra. Alla utbildningar och evenemang som RFop bedriver ska stärka och utveckla ledarrollen inom den perioperativa omvårdnaden samt främja utvecklingen av densamma. Vi arrangerar årliga utbildningar i form av bland annat Hygienforum, Höstkongressen och Chefkonferens. Dessa hålls i syfte att synliggöra aktuell forskning, kunskap och erfarenhet inom perioperativ omvårdnad.

Vidare så genomför vi nätverksträffar, konceptutbildningar och kunskapsseminarier om bl.a. Trauma, Levnadsvanor, SPOR och planerar även för fler kunskapsstödjande evenemang. Alla utbildningar och evenemang genomförs i Stockholm. För mer information, innehåll och priser se: rfop.se

2019 22 November Trauma- utbildning, Nivå 1	2019 28 November Chefnätverk	2019 28–29 November Höstkongress	2019 29 November Chefkonferens	2020 6–7 Februari Levnadsvanor i samband med kirurgi	2020 14 Februari SPOR nätverksfräff
2020 15 Februari Perioperativa sjuksköterskans dag	2020 12–13 Mars Chefnätverk	2020 20 Mars Trauma- utbildning, Nivå 1	2020 24 April Årsmöte	2020 14–15 Maj Hygienforum	2020 10–11 September Chefnätverk
2020 25 September SPOR nätverksfräff	2020 1–2 Oktober Levnadsvanor i samband med kirurgi	2020 23 Oktober Trauma- utbildning, Nivå 1	2020 26–27 November Höstkongress	2021 27–28 Maj Hygienforum	2021 2–3 December Höstkongress

POSTTIDNING B

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



Mölnlycke®



MEDI PLAST



Medtronic
Further, Together

CRC
medical

BERNER
Medical

B | BRAUN
SHARING EXPERTISE

Johnson & Johnson MEDICAL
DEVICES
COMPANIES

stryker

VINGMED

KEBOMED