

Uppdukat

Nr 1 februari 2018 årgång 30

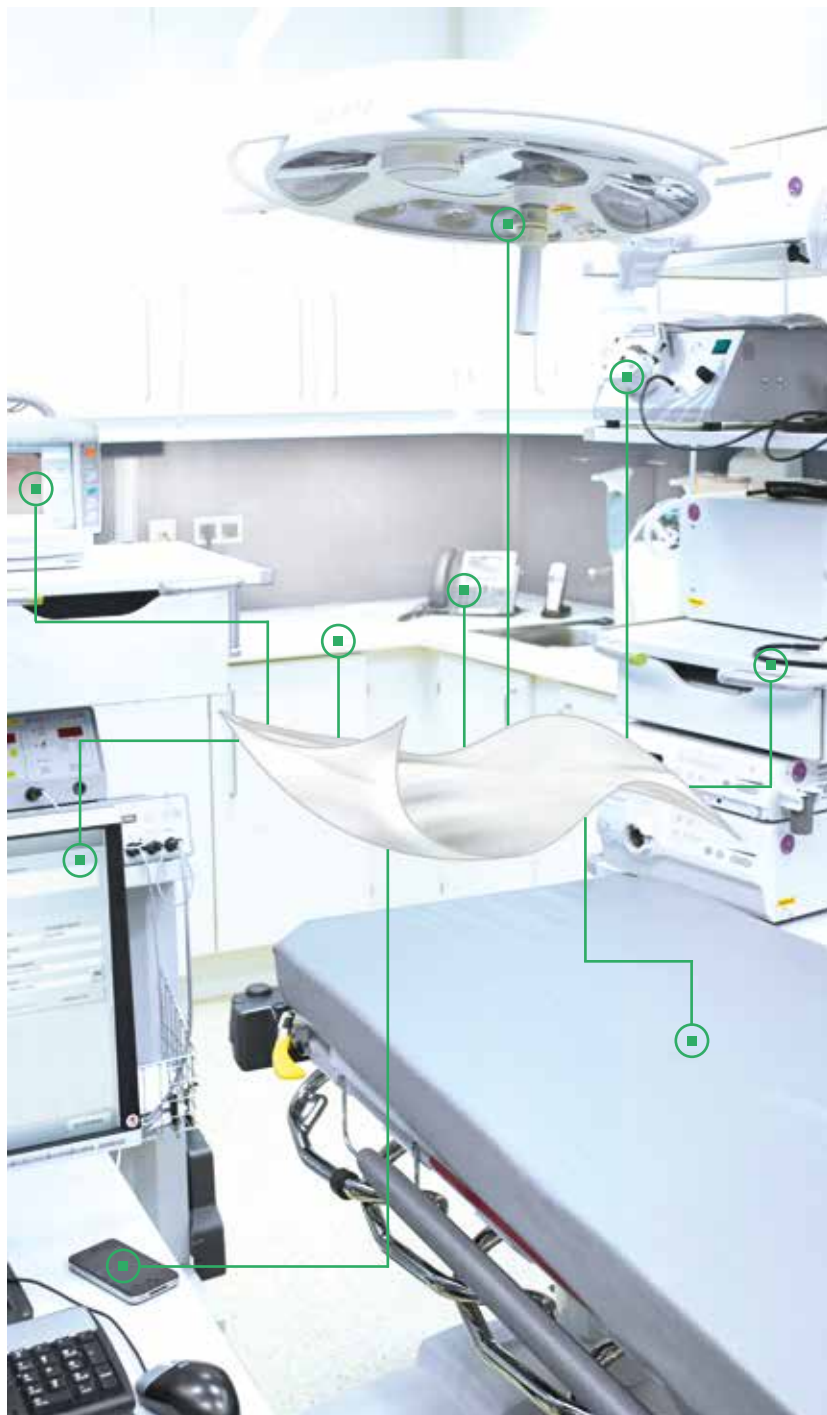


**Skonsam snabb
Effektiv desinfektion**

Bacillol® 30 Tissues

Färdig att använda,
alkoholbaserad snabb
desinfektion verksam
mot MNV.

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



BODE Chemie GmbH

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



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

Nina Öhman, Norrlands US

Foto: *Malin Wahlström*

Annonser

annonsansvarig@rfop.se

Redaktion

*Kristina Lockner
Inger Andersson
Marie Afzelius
Yvonne Törnqvist
Malin Wahlström
Josefine Astros
Izabella Nordstrand*

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

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

Innehåll

Uppdukat nr 1 2018 årgång 30

Redaktionens ord...**sid 4**

Redaktionen tipsar...**sid 6**

Hygienfrågan...**sid 7**

Levnadsvanor i samband
med operation...**sid 8**

Sveriges första kurs på
avancerad nivå i Intraoperativ
omvårdnad...**sid 10**

Porträttet...**sid 12**

Organdonation efter avbruten
intensivvårdsbehandling
– DCD...**sid 14**

Att jobba under extrema
förutsättningar...**sid 20**

Min operationsavdelning...**sid 22**

Vad gör ett arbete attraktivt?...**sid 23**

Bytte privat vård
mot landstinget...**sid 26**

Föreningsnytt...**sid 28**

sid 12



sid 30



Välkommen att skicka in din artikel eller insändare till Uppdukat!

Några tips när du skriver:

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

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

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

Foto: Pco Sjöberg



I år är det årgång 30 på vår medlemstidning! Uppdukat gavs ut för första gången 1998, tänk vad tiden går. Vi kommer att uppmärksamma detta i nr 4 med tillbaka blickar på de första 30 åren. När läste du din första Uppdukat? Vad fyller tidningen för funktion för dig? Läste du kanske nr 1 1998? Skriv till redaktionen och berätta.

I år är det även det år då vi står värd för den 5:e Nordiska kongressen och tillika den 54:e Höstkongressen. Kongresserna kommer att hållas i Stockholm den 29 - 30 november 2018 på Stockholm Waterfront Congress Centre. Det jobbas för fullt med alla abstract som är inskickade, har du glömt eller missat att skicka in och vill delta med en presentation? Du har fram till den 2 april på dig, läs på rfop.se för mer information.

Det finns fler nyheter 2018, föreningen har bildat ett Chefråd. Rådet ska vara expertgrupp till styrelsen i ledarfrågor samt jobba med innehåll i CSO nätverkets träffar samt upplägg och innehåll i Chefkonferensen. Nätverksträffarna utökas till 4 detta år med teman aktuella för chefer/ledare på operationsavdelningar.

Även certifieringskursen för medtech-personal som medverkar i operations-salar och på operationsavdelningar utökas i antalet i år. Mot tidigare fyra utökas antalet tillfällen till sex, varav ett eventuellt kommer att genomföras i Göteborg. Dessa genomför och arrangerar vi i samverkan med branschorganisationen Swedish Medtech. Syftet är att kvalitetssäkra att alla aktörer har rätt kunskap kring regler och praxis i samband med operation.

Vad händer med organdonationsutredningen? På sidan 14 får du det senaste från DCD gruppen i frågan. Vid Höstkongressen 2017 var det ett block om att jobba under extrema förutsättningar, var du inte där kan du nu läsa en sammanfattning från dessa föreläsningar. Även vad som gör ett arbete attraktivt, fick vi höra om på Höstkongressen på sidan 23 kan du läsa om det.

I detta nummer är det flera sidor med föreningsinformation, många nätverksträffar som genomförts under slutet av 2017 som presenteras. Läs och inspireras! Jobbar du i ett distrikt som saknar distriktssamordnare (DS), läs på sidan 34 om varför Lotta Olsson trivs som DS, kanske kan det var något för dig.

Den 24 - 25 maj 2018 är det Hygienforum på Sheraton Stockholm Hotel, inbjudan kommer vilken dag som helst och programmet kan du läsa redan nu på hemsidan.

Nu önskar jag dig en bra lässtund!



Välkomna till chefnätverket för chefer på Sveriges operationsavdelningar, CSO.

Nätverket är öppet för alla chefer och ledare inom operationsverksamheter i Sverige, offentliga och privata. Inget medlemskap i någon riksförening krävs för att delta i nätverkets möten.

Under 2018 kommer vi att erbjuda er fyra nätverksträffar och en Chefkonferens. Träffarna har alla ett temannehåll där det är en föreläsare/utbildare med del av eller hel dag.

Du kan anmäla dig till alla fyra träffarna på en gång och då få ett rabatterat pris.

Datum, tid, plats, teman och anmälan:

Alla träffarna genomförs på Stockholm Waterfront kl. 09.30 - 16.00. Du anmäler ditt deltagande på rfop.se.

16 mars

Hur rekrytera, behålla och utveckla medarbetare vid en operationsavdelning?

31 maj

Att bygga team, om och om igen!

7 september

Hur hanterar vi besvärliga personer som är energidränare?

4 oktober

Omvärldsanalys, vad styr och påverkar oss ett makro och meso perspektiv?

Hur kan vi skapa trygghet i den högteknologiska vårdmiljön vi arbetar i?

Välkomna!

Veronica Dahlgren
cso@rfop.se



Allt du behöver i ett Mölnlycke® kundanpassat set



Mepilex® Border Post-Op

Mepilex Border Post-Op är ett specialutvecklat förband som möter utmaningarna med postoperativa sår. Förbandet stödjer läkningen effektivt och ger patienten möjlighet till tidig mobilitet.

- Minskar risken för postoperativa infektioner (SSI)¹⁻⁴
- Främjar tidig mobilisering av patienten¹⁻⁴
- Kan minska förbandskostnaderna³⁻⁴

Förbandet, tillsammans med andra önskade engångskomponenter, kan inkluderas i ditt Mölnlycke® kundanpassade set, vilket ger dig allt du behöver för ditt kirurgiska ingrepp, i ett praktiskt paket.

Erfarna
specialister

Högkvalitativa
produkter

Specialdraperingar
och komponenter



Referenser: 1. Johansson C. et al. Preventing post-operative blisters following hip and knee arthroplasty. Wounds International, 2012. 2. Van Overschelde, P. et al. A randomised controlled trial comparing two wound dressings used after elective hip and knee arthroplasty. Poster presentation at 5th Congress of the WUWHS, Florence, Italy, 2016. 3. Zarghooni K. et al. Effect of a modern dressing compared to standard dressings on outcome after primary hip and knee arthroplasty: a prospective, non-randomised controlled study. E-poster presentation at EWMA, 2015. 4. Bredow, J et al. Randomized clinical trial to evaluate performance of flexible self-adherent absorbent dressing coated with silicone layer after hip, knee or spinal surgery in comparison to standard wound dressing. Poster presentation at 5th Congress of the WUWHS, Florence, Italy, 2016. 5. Meuleniére F. A case study series of a silicone coated post-operative dressing. Poster presentation at EWMA, Madrid, 2014.

Läs mer på www.molnlycke.se

Mölnlycke Health Care AB, Box 13080, Gamlestadsvägen 3 C, 402 52 Göteborg. Tel 031 722 30 00.
Mölnlycke varumärken, namn och logotyper som är globalt registrerade av en eller flera företag i Mölnlycke Health Care gruppen. ©2017 Mölnlycke Health Care AB. Med ensamrätt.


Mölnlycke®

Nyligen publicerad avhandling

Swedish operating room nurses preventing interventions to reduce bacterial growth, surgical site infections and increase comfort in patients undergoing surgery



Camilla Wistrand

Redaktionen vill uppmärksamma en nyligen publicerad avhandling av leg. operationssjuksköterskan Camilla Wistrand. Camilla försvarede fredagen 10 november 2017 sin avhandling *Swedish operating room nurses preventing interventions to reduce bacterial growth, surgical site infections and increase comfort in patients undergoing surgery* vid Örebro Universitet Institutionen för hälsovetenskaper.

Disputationen hölls i Wilandersalen, Universitetssjukhuset Örebro. Opponent Tor Monsen, docent och överläkare, Umeå universitet.

Fyra olika studier ingår i avhandlingen.

I avhandlingens två första studier ingick 220 pacemakerpatienter som var vakna när hudinfektionen utfördes. Slumpmässigt fick patienterna antingen den konventionella metoden vilket innebar en rumstempererad klorhexidinsprit 5mg/ml i 70% etanol eller den som var uppvärmd till 36 grader. Här undersöktes om metoden var patientsäker och om patienterna uppfattade det värmda hudinfektionsmedlet som behagligare.

I den tredje delstudien undersöktes om den fukt som uppstår på händerna då operationssjuksköterskor använder dubbla sterila handskarna innehöll bakterier. Tolv operationssjuksköterskor samt 13 icke sjukvårdspersonal ingick i studien. I doktorsavhandling ingår även en enkät som besvarades av nästan 900 av landets operationssjuksköterskor om vilka riktlinjer som finns och om de följs.

Sammanfattningsvis visade avhandlingen att resultatet av odlingar vid användandet av kall eller varm desinfektionssprit att den varma klorhexidinspriten var lika effektivt bakteriedödande som den traditionella (kalla). Däremot upplevde patienterna stor skillnad.

Den tredje delstudiens resultat visade att fem av de tolv operationssjuksköterskorna hade bakterietillväxt vid de sterila handskarnas slut och att fyra

av fem hade samma sorts bakterie där som i handen. Resultatet på den besvarade enkäten visar att operationssjuksköterskor är duktiga på att följa riktlinjer men att det ibland saknas riktlinjer. •

För mer information kontakta Camilla Wistrand via epost: camilla.wistrand@regionorebrolan.se



Camilla Wistrand



Skriv till: hygien@rfop.se

Fråga: Hur ska vi tvätta/desinfektera och draperera inför gynekologiska ingrepp som exempelvis exaeres, abrasio, placentalösning, kolpocleisis, vaginal hysterectomi, prolaps, dvs. vaginala operationer?

Svar: Vid tvättning av vaginalslemhinna påverkas normalfloran. Därför bör viss försiktighet gälla. Angivna operationsingrepp klassas olika. Vid bl.a. prolaps och vaginal hysterectomi ska huden tvättas med klorhexidinprit och draperas sterilt för att få en steril operationszon. Internt inom gynekologi finns lokala riktlinjer att följa.

Fråga: Hur påverkas operationsmiljön om personalen tar av och på hjälm med dok (och har endast op-mössor)

vid operationens slut och inte har hjälmen på till nästa operation startar?

Svar: Luften i operationsrummet påverkas av personalens rörelser. Uppreningsstiden i ett operationsrum med stängd dörr beräknas till 8 minuter efter att patienten lämnat och mellanstädning utförts. Växling från hjälm till vanlig mössa kan medföra att det blir mer partiklar från hår och hud i operationsrummet.

Fråga: Finns det nationella riktlinjer för rekommenderad tid för hållbarhet av uppdukade övertäckta instrument på operationssal?

Svar: Nej, det finns ingen nationell rekommendation om maxtid för

användning av uppdukat sterilt material. Vårdhandboken är de nationella riktlinjer som finns.

En arbetsgrupp inom Riksföreningen för operationssjukvård arbetar med att ta fram en rekommendation. En uppdukning bör ske i så nära anslutning till användningstillfället som möjligt för att minimera att materialet blir kontaminerat.

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

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

Operationsrockar och Draperingar

– för en säker och effektiv operationsmiljö

MEDI PLAST

Mediplast tillhandahåller Nordens bredaste sortiment av operationsrockar och draperingar. Vi har förutom spunlace och SMS även bilaminat (2-lager) och trilaminat (3-lager) för att täcka in alla kirurgiska specialiteter och behov.

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



Stark för kirurgi - stark för livet

- Levnadsvanor i samband med operation

År 2011 fick socialstyrelsen i uppdrag av regeringen att genomföra insatser för att förbättra vården för personer med kroniska sjukdomar. I uppdraget ingick bl.a. att fördela medel, till organisationer som på nationell nivå företräder professionerna och som skulle främja arbetet med sjukdomsförebyggande metoder inom hälso- och sjukvården samt för insatser som skulle syfta till att implementera de nationella riktlinjerna för sjukdomsförebyggande metoder.

Efter två år var det många som kände till uppdraget, fast få som jobbade med det. Då gick socialstyrelsen ut brett och vid en utvärdering 2014 visade det sig att det fanns brister i följsamheten inom hälso- och sjukvården. Flera intresse- och professionsföreningar startade då olika projekt för att öka kunskapen om och framförallt implementeringen av, de nationella riktlinjerna. Svensk sjuksköterskeförening var en av de professionsföreningar som startade projekt och ett av de var *Stark för kirurgi - stark för livet*, ett projekt i tre delar om levnadsvanor i samband med ett kirurgiskt ingrepp. Projektet har genomförts av Riksföreningen för operationssjukvård.

Socialstyrelsens Nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder ger rekommendationer om hur sjukdom kan förebyggas; hälso- och sjukvården bör genom särskilda metoder stödja patienter att förändrad en ohälsosam levnadsvana. De levnadsvanor riktlinjerna tar upp är:

- tobaksbruk
- riskbruk av alkohol
- otillräcklig fysisk aktivitet
- ohälsosamma matvanor

Hälsofrämjande omvårdnad

Hälsofrämjande omvårdnad stärker och uppmuntrar personens delaktig-

het. För den som är sjuk och behöver göra en förändring innebär det att ha tilltro, att förstå och att ha kontroll. Hälsofrämjande omvårdnad är en del i processen att stödja en person att förhålla sig till en förändrad livssituation vare sig det är vid långvarig sjukdom eller efter en akut händelse. I omvårdnadsarbetet för patient på sjukhus kan det vara att tex erbjuda information om levnadsvanors betydelse för hälsan kopplat till personens situation

Hälsofrämjande och personcentrerad omvårdnad kräver ett strukturerat arbetssätt som utgår från personens behov. Ett hälsofrämjande förhållningssätt kännetecknas av att:

- stärka personens tilltro att kunna hantera sjukdom eller förändring av hälsan
- uppmuntra till delaktighet och att ta ansvar för den egna hälsan
- erbjuda stöd så personen kan ta kontroll över sin hälsoutveckling ta hänsyn till personens motivation till förändring.

Hur påverkar ohälsosamma levnadsvanor ett kirurgiskt ingrepp?

1 miljon vuxna är dagligrökare, 17 % har riskfyllda alkoholvanor, 15 % har en stillasittande fritid och 2,5 miljoner vuxna åter för lite frukt och grönt, hur påverkar det ett kirurgiskt ingrepp?

Tobaksbruk

Vid kirurgiska ingrepp ökar behovet av syre i vävnader, ett behov som rökare har minskade förutsättningar att möta. Den mest vanliga orsaken till komplikationer efter en operation hos rökare är den syrebrist som uppstår i vävnader. Rökuppehåll i samband med ett kirurgiskt ingrepp minskar

risken för komplikationer som till exempel infektion, hjärt- och kärlpåverkan och sårruptur. En annan effekt av rökning är att kroppens förmåga att bilda bindväv minskar, vilket får en negativ inverkan på sårsläkningen.

Ett rökuppehåll minskar risken för blodpropp, lunginflammation, sårinfektion och förbättrar sårsläkningen. Den bästa effekten nås med åtta veckors rökuppehåll före och åtta veckors uppehåll efter det kirurgiska ingreppet. Vid en akut operation kan resultatet fortfarande påverka genom att personen börjar sitt uppehåll efter ingreppet. Rökuppehåll är en av de mest kostnadseffektiva patientsäkerhetsåtgärderna vid all typ av kirurgi.

Alkoholbruk

Alkoholkonsumtion i samband med kirurgi ökar risken för komplikationer med 70 procent. De komplikationer som kan uppstå är ökad risk för blödning på grund av att blodets sammansättning förändras av alkohol samt ökad risk för infektion framförallt för sårinfektion, urinvägsinfektion och lunginflammation. Alkohol har även en blodtryckshöjande effekt samt ökar risken för hjärt- och kärlpåverkan. Ett alkoholuppehåll före ett kirurgiskt ingrepp ger kroppen möjlighet att återhämta sig från de negativa effekter som alkoholen förorsakar. I samband med kirurgi rekommenderas alkoholuppehåll åtta veckor före och åtta veckor efter ingreppet för bästa effekt.

Fysisk aktivitet

Att rör på sig, utifrån sin egen förmåga, innan en operation har framför allt goda effekter på återhämtningen efter ingreppet. Genom att röra på sig ökar syreupptagningsförmågan och blodtrycket sänks. Färre komplikationer och kortare vårdtider ses hos personer som är mer fysiskt aktiva. Det kan till exempel minska risken för

"En optimerad person har större förutsättning att klara av de påfrestningar som ett kirurgiskt ingrepp innebär"

luftvägskomplikationer och trycksår som kan uppstå om personen blir sängliggande efter ingreppet. Enligt Världshälsoorganisationens (WHO:s) rekommendation för fysisk aktivitet rekommenderas upp till minst 150 minuter per vecka på måttlig intensitetsnivå (exempelvis snabb promenad) alternativt 75 minuter per vecka på högintensitetsnivå (exempelvis löpning).

Matvanor

Även hälsosamma matvanor minskar risker för komplikationer. Ohälsosamma matvanor kan resultera i komplikationer såsom trycksår, ökad infektionsrisk, försämrad sårhäkning, hjärtinfarkt och hjärtsvikt. Den stress som kroppen utsätts för under ett kirurgiskt ingrepp påverkar kroppens ämnesomsättning som i sin tur påverkar återhämtningen.

Vad har vi gjort i projektet?

Del 1

Syftet med projektets första del var att ta reda på vad den perioperativa sjuksköterskan hade för kunskap om goda levnadsvanor i samband med operation? Samt att öka den perioperativa sjuksköterskans kunskap och aktivitet för att implementera riktlinjerna i sitt ordinarie arbete. Vi ville även definiera och formulera den perioperativa sjuksköterskans roll i det interprofessionella teamets arbete med att förbättra patienternas levnadsvanor i samband med operation.

Del 2

Som ett resultat av del 1 tog vi fram ett kunskapsunderlag som ska vara stöd till den perioperativa sjuksköterskan. Kunskapsunderlaget bygger på evidens som är väsentlig vid operation för att öka patientsäkerheten i samband med ett kirurgiskt ingrepp samt under återhämtningstiden. Ett av syftena med foldern var att medvetandegöra den perioperativa sjuksköterskan om risker och konsekvenser av ohälsosamma levnadsvanor hos den kirurgiska patienten. Hälso- och sjukvårdens personal har alla en uppgift att stötta och hjälpa den person som behöver förändra sina levnadsvanor innan ett kirurgiskt ingrepp.

Det gjordes även en insamling av patientinformationsmaterial för att

se om vad och hur patienterna får information om levnadsvanor inför kirurgi. Detta var i syfte att identifiera och sammanställa vilken information som den perioperativa sjuksköterskan kan bidra med till de redan befintliga.

Del 3

Under del 3 fokuserade vi på patientinformationsdelen och vi valde att genomföra en pilotstudie där målet var att ringa 80 personer som genomgått ett kirurgiskt ingrepp och intervjua dem om vilken information de fått och hur de förhållit sig till den.

Resultatet var nedslående, för att förbättra informationen till den som ska genomgå ett kirurgiskt ingrepp avseende levnadsvanor har vi tagit fram en informationsfolder. Tanken är att den ska kunna användas till alla som ska genomgå ett kirurgiskt ingrepp oavsett ingreppets art. Vi ser gärna att den används och implementeras runt om i Sverige och den får gärna modifieras för att matcha den information som används idag. Vi kommer även att arbeta för att den ska finnas på 1177.

Sammanfattning

Regelbunden fysisk aktivitet, goda kostvanor, sparsamt med alkohol och ingen rökning och god hygien, minskar risken för komplikationer i samband med en operation. Perioperativa sjuksköterskor har en betydelse för att patienten ska nå målet med det kirurgiska ingreppet. Mot bakgrund av att levnadsvanor spelar roll både före, under och efter ett kirurgiskt ingrepp är det av stor vikt att den perioperativa sjuksköterskan finns med i stödarbetet för patienternas levnadsvaneförändringar.

Vi har i projektet sett ett behov av kunskap om riktlinjerna för goda levnadsvanor och hur betydelsefulla levnadsvanor är för resultatet av ett kirurgiskt ingrepp. Kunskap som i framtiden förhoppningsvis implementeras i specialistutbildningen, vi behöver även skiva fler artiklar, anordna utbildningsseminarium, både för chefer, ledare och perioperativa sjuksköterskor, samt att levnadsvanor finnas med som tema på de årliga kongresserna för att göra kunskapen tillgänglig för så många som möjligt.

Idag finns ingen nationell enhetlig registrering eller uppföljning av patienternas levnadsvaneförändringar, denna del har stor förbättringspotential. Här är samverkan med andra grupper mycket viktig. Kan ett införande av frågor om levnadsvanor på WHO:s checklista för säker kirurgi vara ett alternativ? Det är ett långsiktigt och inte ett allt för enkelt uppdrag, här får vi anledning att jobba vidare tillsammans.

Det saknas även modeller för hur den perioperativa sjuksköterskan kan arbeta med levnadsvanor. Det behövs implementering av nya arbetssätt, samt ett specifikt kunskapsstöd till perioperativa sjuksköterskor om betydelsen av hälsofrämjande metoder för att ge patienterna möjlighet till att bli stark för kirurgi och stark för livet. Projektets mål har varit att genom kunskapsspridning öka patientsäkerheten vid operation genom att personen som ska genomgå ett kirurgiskt ingrepp ges en möjlighet att förbättra sina levnadsvanor före och efter operation.

Vi kommer att söka nya vägar för att fortsätta arbetet med att öka anestes- och operationssjuksköterskornas kunskap och aktivitet samt för att implementera riktlinjerna. •



Läs mer om Levnadsvaneprojekten, <https://www.swenurse.se/Levnadsvanor/>

Kunskapsunderlaget och patientinformationen finns att ladda ned på aniva.se swenurse.se och rfop.se.

För er som önskar beställa tryckta exemplar gå in på <https://www.swenurse.se/Webbutik/>

De nationella riktlinjerna för prevention och behandling vid ohälsosamma levnadsvanor i sin helhet finns att läsa på: socialstyrelsen.se/riktlinjer/nationellariktlinjer/preventionochbehandlingvidohalsosammalevnadsvanor.

Sveriges första kurs på avancerad nivå i Intraoperativ omvårdnad

Sveriges första kurs på avancerad nivå i Intraoperativ omvårdnad vid kolorektalkirurgiska sjukdomar för operationssjuksköterskor är nu avslutad. Efter ett års studier på avancerad nivå (kvarterstakt) avslutade 18 operationssjuksköterskor kursen Intraoperativ omvårdnad vid kolorektalkirurgiska sjukdomar 15 hp. Kursen pågick från januari 2017 till december 2017. För tillträde till kursen krävdes specialist-sjuksköterskeexamen med inriktning mot operationssjukvård eller motsvarande. Kursdeltagarna har under året fått föreläsningar i Kolorektal cancer (7,5 hp), Inflammatorisk tarmsjukdom (5 hp), Proktologi (2 hp) samt teamarbete, kommunikation och situation awareness (Non-technical skills, 0,5 hp).

Kursen examinerades via två webbtentor samt seminarium/workshops. Workshopen kallade vi ”tips and tricks”. Kursdeltagarna samlades på OP 1, SU/Östra och fick först en rundvandring på operationsavdelningen. Därefter samlades vi alla på en av operationssalarna runt ett operationsbord för att diskutera positionering av patient som ska genomgå kolorektalkirurgiska ingrepp. Under workshopen delade kursdeltagarna med sig av sina erfarenheter från kolorektalkirurgi samt gav varandra värdefulla tips och tricks. Eftersom kursdeltagarna kom från olika delar av Sverige fanns det en hel del att diskutera. Deltagarna var eniga om att sådana här workshops borde skapas oftare på operationsavdelningarna så att kunskap och erfarenhet kan presenteras mellan varandra. Kursen var en uppdragsutbildning i samverkan mellan Sahlgrenska universitetssjukhuset/Östra sjukhuset, verksamhetsområde Anestesi/

Operation/Intensivvård & Kirurgi samt Institutionen för vårdvetenskap och hälsa, Sahlgrenska akademien vid Göteborgs universitet.

Kursledarskapet utgjordes av Karin Hanson (Operationssjuksköterska/Vårdenhetschef), Mattias Block, Överläkare och Monica Kelvered, Univ. Adj. vid Göteborgs Universitet. Examinator för kursen var Axel Wolf, Översjuksköterska/Docent. Sofia Erestam doktorand och operations-sjuksköterska vid verksamhetsområde

Anestesi/Operation/Intensivvård SU/Östra bör också nämnas som med sin erfarenhet och kunskap inom kolorektal kirurgi var en stor tillgång i att designa kursens innehåll och upplägg.

Kursen var också hållbarhetsrelaterad vilket innebär att den uppfyller Göteborgs universitets kriterier gällande hållbarhetsmärkning. Kursen planeras att starta igen hösten 2018. Vid frågor samt intresseanmälan till nästa kurs, kontakta Monica Kelvered (monica.kelvered@fhs.gu.se) •



Foto: Monica Kelvered, 2017

På fotot ses några kursdeltagare såsom Helene Stensby, Catharina Larsson, Helena Mäkitalo, Marina Emanuelsson, Anita Nyberg, Gunnel Hagström, Evy Lindqvist, Annika Bungerfeldt, Emma Sandell, Charlott Cronholm, Sofia Erestam och Ann-Christin Olsson.

(Kursdeltagare som också genomfört kursen men som inte var med vid fotograferingen: Gunilla Holmer, Jenny Görsson, Jonna Bergström, Liv Björnsson, Marie Kärrman och Ulrika Andersson)

TOGETHER WE CAN IMPROVE PATIENT OUTCOMES

Through innovation and collaboration,
we continue to improve the lives and health
of millions of people each year.



Clearify™ Visualization System

- Warms in 5 minutes
- Cleans in 5 seconds
- Lasts for 5 hours



Veriset™ Haemostatic Patch

- 100 % free of
human or animal
components¹



Valleylab™ FT10 Energy Platform

- With improved LigaSure™
vessel sealing technology
and expanded
electrosurgical features.



Reliatack™ Articulating Reloadable Fixation Device

- Articulates to **65°**
to deliver perpendicular
tack deployment and
minimize mesh shift²³⁴

Learn about how **we're taking healthcare
Further, Together** by visiting
www.medtronic.com/covidien/products

©2016 Medtronic. All rights reserved. Medtronic, Medtronic logo and Further, Together
are trademarks of Medtronic. All other brands are trademarks of a Medtronic company.
16-eu-ast-advert-norden-820549

1. Veriset™ haemostatic patch Instructions for Use and Product Specifications (2012).
2. In comparison to AbsorbaTack™ fixation device. 3. Mesh Overlap Claims Testing Report R0054140
P-Value= 0.007 (March 2014). 4. Design Verification – Articulation
Angle Engineering Report 2165-050 (March 2014).

Medtronic
Further, Together



Porträttet

Ingela Aspögren



Mitt namn är Ingela Aspgren och jag är 74 år gammal, en operations-sjuksköterska som jobbat inom yrket sedan 1966, i drygt 51 år. Innan jag gick min utbildning till operationssjuksköterska arbetade jag en kort period på ett barnhem utanför Alingsås, först i köket och sedan passade jag barnen på barnhemmet. Jag har tre söner och under mammaledigheten läste jag till lärare, vilket gjorde att jag kunde undervisa på halvtid på Högskolan i Göteborg för operationssjuksköterskeelever. Det var kirurgi- och traumautbildning som jag undervisade i cirka femton år.

Jag gick min utbildning på Statens Sjuksköterskeskola i Göteborg där operationssjuksköterskeutbildningen varade i 3 år och jag hade 1 månad ledighet varje år. Efter två års utbildning fick jag välja inriktning, så sista året fick jag göra praktik inom den inriktningen jag valde och tjänstgjorde på olika operationsavdelningar.

Hela utbildningen bestod av olika placeringar då jag gjorde praktik inom alla specialiteter. Den som läste utbildningen fick bo på skolans internat. Där på skolan fanns det ett visst krav på hur eleverna skulle klä sig och vad man fick ha på sig och inte. Man fick ha 2-3 förkläden och två klänningar som mättes noggrant med en måttstock och de skulle vara

37 centimeter långa, räknat från golvet. Till och med skornas färg var förutbestämda. Skorna skulle vara bruna, vita eller svarta med passande strumpor till. Man fick inte ha målade naglar och att måla sig var inte så uppskattat heller.

Vad var anledningen till att du valde yrket?

Jag är uppvuxen i Onsala på "bondlandet" på 1940-talet. Vi var ungefär tvåhundra familjer som bodde där. Det som gjorde att jag valde yrket var en händelse på ett stort bondkalas då jag fick se en gammal kvinnas krulliga åderbräck som hon slog upp så att blodet forsade ur den. Det var då jag bestämde mig att jag skulle "jobba med blodet".

Hur många olika sjukhus har du arbetat på?

Jag började min karriär som operationssjuksköterska på den allmänkirurgiska operationsavdelningen på Sahlgrenska sjukhuset i Göteborg. Sedan öppnade Östra sjukhuset i Göteborg 1978 och då började jag arbeta där på allmänkirurgiska operationsavdelningen. Där gjordes det ganska mycket ortopediska ingrepp likaså traumaortopedi och kärllkirurgi. Under tiden jobbade jag på Scandinavian Heart Center som var en privat hjärtklinik. Under den tiden arbetade jag också i Norge som inte var så vanligt på den tiden. Redan på 80-talet fick jag chansen att arbeta på en privat hjärtklinik i Norge utanför Oslo, senare i bl.a. Tromsø inom samma specialisering.

Efter att Östra sjukhuset började arbeta mest med kolorektal kirurgi kom jag tillbaka till Sahlgrenska sjukhuset för där började man utföra de allra största traumafallen. Jag var väldigt intresserad av det och tyckte att det var spännande med akutkirurgi.

Har du gått några utbildningar efter din specialistutbildning?

Under mina yrkesår har jag deltagit på flera olika kurser inom ortopedi, hjärta och trauma. Vid ett tillfälle fick jag utbildning i Norrköping inför ett uppdrag i Philadelphia då ett team som bestod av två kirurger, en nar-

kosläkare, en anestesistjuksköterska och jag som fick åka dit och arbeta tillsammans, mest med traumakirurgi. Efter uppdraget i Philadelphia åkte jag med ett operationsteam till Gaza och hjälpte till med att operera undan skottskador.

Vad är det bästa med att vara operationssjuksköterska och vad ser du för nackdelar med yrket?

Det bästa med yrket som operations-sjuksköterska är att man har ett varierande arbete, man kan bli bra inom flera specialiteter. På grund av det ovannämnda önskar jag arbeta kvar då jag trivs med att kunna dela med mig av mina kunskaper som jag samlat på mig under åren. På min nuvarande arbetsplats, Sahlgrenska sjukhuset, utförs många, stora som små olika ingrepp, inom många specialiteter, bland annat skoliosryggar, tumöroperationer, transplantationskirurgi osv. Jag utvecklas otroligt mycket som operationssjuksköterska då jag lär mig nya saker varje dag. Det omväxlande arbetet gör att man utvecklas både som vårdpersonal och som människa.

Nackdelarna med operationsvård är att det kräver en bra kondition då man lyfter rätt tunga instrumentlådor. Likaså ergonomin är en viktig del i arbetet att tänka på, då man lyfter av och ställer på olika tunga instrumentlådor på höga hyllor. Man står ganska mycket under en arbetsdag. Det gäller att ha en stark rygg och starka ben, tycker jag.

Hur gör du för att hålla dig uppdaterad inom ditt yrke?

För att hålla mig uppdaterad inom mitt yrke som innebär arbete inom flera specialiteter arbetar jag 100 % procent och har svårt att se mig kunna arbeta mindre och samtidigt kunna hålla mig uppdaterad. Detta har att göra med den ständiga utvecklingen inom medicintekniska apparaturer samt olika nya instrument som introduceras inom operationsvård. •

Organdonation efter avbruten intensivvårdsbehandling – DCD

Transplantation av organ utgör en etablerad och effektiv behandlingsform som är livräddande och bidrar till väsentligt förbättrad livskvalitet. Transplantationsverksamheten är beroende av tillgången på organ från avlidna donatorer som uttryckt sin vilja att donera efter sin död. Svenska befolkningen uttrycker en mycket stark vilja att donera organ efter sin död, men det är en mycket begränsad del av befolkningen som avlider under sådana omständigheter att donation av organ är möjlig. Idag är organdonation efter döden endast möjlig då en patient dött till följd av primär hjärnskada under pågående respiratorbehandling (Donation after Brain Death, DBD). Genom att introducera donation efter cirkulationsstillestånd (Donation after Circulatory Death, DCD) som ett komplement till dagens donationsprocess, kan fler människor komma att donera organ efter döden och fler patienter kan bli transplanterade i Sverige.

DCD är en etablerad donationsprocess i ett flertal länder sedan många år tillbaka. Internationellt finns stor beprövad erfarenhet och mycket forskning på området samt riktlinjer som beskriver hur DCD bör utföras.

Denna artikel beskriver det DCD-protokoll för kontrollerad DCD som ligger till grund för de pilotförsök som genomförs på sex utvalda sjukhus i Sverige under 2018. Protokollet som testas under pilotperioden ska därefter utvärderas och revideras. Resultatet ska slutligen ligga till grund för ett nationellt DCD-protokoll. Protokollet beskriver stegvis hur donation av organ sker genom en DCD-process. Varje pilotsjukhus kommer även att behöva utforma lokala rutiner och PM kring DCD-processen utifrån sjukhusets egna förutsättningar.

Bakgrund

DCD-processen innebär att organ omhändertas för transplantation när en patient har avlidit efter att cirkulationen permanent har upphört. Döden konstateras med indirekta kriterier. Detta föregås av att ett från donation oberoende beslut har fattats om att avbryta livsuppehållande behandling (ofta respiratorbehandling, inotrop/vasopressor stöd), att samtycke för donation föreligger och att inga medicinska kontraindikationer identifierats. Majoriteten patienter aktuella för DCD är de med svåra hjärnskador som respiratorbehandlas, men där det inte bedöms sannolikt att de utvecklar total hjärninfarkt under fortsatt respiratorbehandling om den fortgår under rimlig tid.

DBD-processen som är etablerad i Sverige sedan 1988, skiljer sig åt mot ovan beskrivna DCD-process. Vid DBD konstateras döden istället med direkta kriterier och patientens cirkulation och ventilation upprätthålls med fortsatt intensivvårdsbehandling till dess att organen omhändertagits under en uttagsoperation. Behandlingen är då att betrakta som organbevarande.

Avbrytande av livsuppehållande behandling i relation till kontrollerad DCD

När en patient är döende under pågående intensivvård och det inte längre finns botande behandling att erbjuda ska det övervägas om det är förenligt med vetenskap och beprövad erfarenhet att fortsätta ge livsuppehållande behandling. Ansvariga läkare bedömer om det finns förutsättningar att uppnå medicinsk nytta. Om så inte är fallet ska livsuppehållande behandling avbrytas. Då kurativ vård inte längre är möjlig övergår vården till palliation. I ett brytpunktsamtal informeras närstående om beslutsgrunden för

det medicinska beslutet att avbryta livsuppehållande behandling. När beslutet är förankrat hos närstående, kan möjligheten att komplettera vården i livets slutskede med en DCD-donation, erbjudas i ett separat samtal. Internationella erfarenheter och riktlinjer framhåller vikten av att i samband med DCD, som grundprincip, separera samtal om att avbryta livsuppehållande behandling från samtal om donation. Avgörande för utfallet av donationsfrågan är bl.a. att de närstående känner fullt förtroende för beslutet att avbryta livsuppehållande behandling. De närstående behöver ges tid att processa och acceptera beslutet innan en donationsprocess påbörjas.

Intensivvården har ett ansvar för att möjliggöra donation av organ och vävnader som en del av vården i livets slutskede. Sjukvården kan inte förvänta sig att närstående självmant inser att donation är en möjlighet i den aktuella situationen, utan det är hälso- och sjukvårdspersonalens ansvar att erbjuda denna möjlighet. Om en patient inte bedöms ha potential att utveckla total hjärninfarkt under fortsatt livsuppehållande behandling och donation genom en DBD-process därmed ej är aktuell, kan donation genom en DCD-process övervägas.

För att säkerställa en god och säker vård för patienter med livshotande tillstånd, tillkom föreskriften SOSFS 2011:7, Livsuppehållande behandling [1]. Beslutsprocessen och dokumentationen i samband med avbrytande av livsuppehållande behandling ska ske i enlighet med denna föreskrift. Socialstyrelsen ger också praktisk vägledning kring beslutet i "Handbok för vårdgivare, verksamhetschefer och personal - Om att ge eller inte ge livsuppehållande behandling", från år 2011 [2]. Viktigt är att ett "medicinskt rådrum" nyttjas för att



DCD gruppen Fr.v. Linda Gyllström Krekula Markus Gäbel Hans Lindblom Kerstin Karud Stefan Ström och Kerstin Engman

överväga de behandlingsalternativ man står inför. Rådruddet är det tidsfönster då informationsinsamling, diagnostik, behandling och utvärdering äger rum. Syftet är att skapa ett säkert beslutsunderlag inför samråd och ställningstagande till om fortsatt vård ska bedrivas eller avbrytas. Patientjournalen ska innehålla de uppgifter som behövs för en god och säker vård. Alla överväganden, bedömningar och beslut kring att avbryta livsuppehållande behandling ska dokumenteras i patientjournalen

Rutiner vid ställningstagandet att påbörja en donationsprocess

Kontroll av beslut om att avbryta livsuppehållande behandling

DCD kan endast bli aktuell efter att ett oberoende beslut har fattats om att avbryta livsuppehållande behandling. Således ska det säkerställas att följande finns tydligt dokumenterat i patientjournalen, innan en eventuell donationsprocess inleds:

1. Vid vilken tidpunkt och på vilka grunder beslutet har fattats
2. Vilka behandlingsåtgärder och andra insatser som ska avbrytas
3. På vilket sätt närstående har informerats om beslutet och vilken inställning till behandlingen närstående har gett uttryck för

4. Vilka närstående som har informerats

5. Med vilka andra läkare som behandlande läkare/fast vårdkontakt och IVA-läkare har rådgjort.

Kriterier för att påbörja en donationsprocess

Då ett beslut har fattats om att inleda en donationsprocess ska transplantationskoordinator kontaktas (I Stockholm även en donationsspecialiserad sjuksköterska, DOSS). Följande kriterier ska då vara uppfyllda:

1. Intensivvårdspatient där beslut har fattats om att avbryta livsuppehållande behandling
2. Acceptans/förståelse föreligger hos närstående för grunden till beslutet att avbryta livsuppehållande behandling. Saknas acceptans för beslutet och/eller konflikt föreligger mellan närstående och hälso- och sjukvårdspersonalen ska DCD inte aktualiseras
3. Låg sannolikhet att patienten utvecklar total hjärninfarkt under pågående respiratorbehandling inom skäligen tid**
4. Hög sannolikhet för död inom 180 minuter efter avslutad livsuppehållande behandling, bedömt av erfaret intensivvårdsteam
5. Ålder 18 – 65 år, alltså från den dag du fyller 18 till dagen innan du fyller 66 år

6. Inga absoluta kontraindikationer utan samma som vid DBD. Observera dock att hypotermi och/eller förgiftade patienter exkluderas då observationstiden inför dödförklaring för dessa är för lång i förhållande till organförstörande ischemitid

Fortsatt medicinsk utredning

Om patienten baserat på första kontakten med transplantationskoordinator bedöms som en möjlig donator ska en mer detaljerad medicinsk värdering påbörjas, använd formulär Donatorskaraktärisering/anamnes enligt SOSFS 2012:14

Den fortsatta utredningen av den möjliga donatorn innefattar blodprovstagning för virusserologi och vävnadstypning. Det är därför viktigt att man i det här skedet påbörjar samtyckesutredningen för att inför de anhöriga kunna förklara den utökade provtagningen. Det kan ibland även vara nödvändigt med ytterligare provtagning och undersökningar för att bedöma lämpligheten. Till skillnad från DBD måste dessa undersökningar göras före döden.

Den medicinska värderingen av en möjlig donator är till för eventuella mottagare och motiveras av patientens vilja att få donera sina organ efter sin död. Det får således anses vara i den döendes intresse. Det är dock av yttersta vikt att varje undersök-

ning bidrar till att försäkra organens kvalitet och inte på något sätt bedöms skada patienten. Det är därför viktigt med noggrann individuell bedömning från fall till fall för varje undersökning och för varje patient.

Det är alltid ansvarig transplantationskirurg som avgör om en donator är medicinskt lämplig. En tydlig dialog mellan transplantationskoordinator/-kirurg och ansvarig intensivvårdsläkare är avgörande. Beslutsunderlaget för medicinsk lämplighet ska dokumenteras i journalen.

Tidpunkt för avbrytande

Tidpunkten för avbrytande av livsuppehållande behandling måste planeras i samarbete mellan IVA, operationsavdelning och transplantationsenhet. Detta sker lämpligen av det lokala DCD teamet. För att kunna fastställa tidpunkten för avslut ska följande moment vara konfirmerade av transplantationskoordinator:

1. Medicinsk acceptans för njurdonation (Gbg - även lungdonation)
2. Analyser av vävnadstyp, virusserologi, eventuellt kompletterande prover/undersökningar är klara och accepterade av ansvarig transplantationskirurg.
3. Njurrecipient identifierade och vidtalade
4. Operationssal reserverad till önskat klockslag; med operationssjuksköterska och operationsundersköterska (enligt lokal rutin) – för utrustning mm se bilaga 6
5. Transplantationsteam är på operationsavdelningen en timme före planerat avslut – genomgång med berörd personal (time-out)
6. Att operationsområdet är tvättat x 2 (t.ex. med Hibiscrub) på IVA
7. Logistiken förankrat med DCD-teamet

När lämplig tidpunkt finns enligt ovan, ska den också förankras hos närstående.

Plats för avbrytande

Platsen för avbrytande av livsuppehållande behandling ska väljas dels med omsorg om närstående men också utifrån logistiska hänsyn (intensivvårdssalen eller förberedelserum på operation). Av vikt är att platsen för

avbrytandet möjliggör skyndsam transport av den döde till operation.

Det faktiska avbrytandet av livsuppehållande behandling

Då livsuppehållande behandling avbryts bör följande punkter beaktas [1-3]:

1. Dialys avslutas
2. Pacemaker och ICD stängs av
3. Samtliga läkemedel (utom de palliativa, se punkt 11, 12 och 13) så som syrgas, antibiotika, tromboprofylax, insulin, vasoaktiva/inotropa m.m. utsätts*
4. Blodtransfusioner, näringstillförsel och infusion av vätskor avbryts
5. All provtagning och alla undersökningar avslutas
6. Säkerställ att intravenösa infarter och artärtryck fungerar optimalt
7. Monitoreringen begränsas till artärtryck och pulsoximetri (ej EKG)
8. Stäng av alla larm på patientmonitorn (monitor i ”palliativ konfiguration”)
9. Ventilatorbehandling invasiv eller non-invasiv avbryts
10. Patienten extuberas/dekanyleras
11. Ta ställning till lindring av luft-hunger farmakologiskt (opioider och/eller sederande läkemedel) och/eller nässvalgtub, oral svalgtub vb
12. Antikolinergika vb
13. Smärta/ångest/oro behandlas med opioider, ångestdämpande, sederande läkemedel för att uppnå preciserad effekt

DCD-processen avslutas utan donation om patienten inte avlidit inom tre timmar efter avbrytandet av livsuppehållande behandling (agonalperiod max 180/90 minuter). Vävnadsdonation kan då vara en möjlighet.

Närståendestöd vid avbrytandet

Det är viktigt att inför och under avbrytandet, kontinuerligt föra en dialog med närstående om det som planeras och det som sker. Det är därför önskvärt att det finns erfaren, särskilt avdelad personal, som har som huvudsakliga uppgift att vara uppmärksam på närståendes behov,

som kan förklara, svara på frågor, lyssna och stötta.

Närstående behöver känna till förväntade symptom efter att behandlingen avbrutits och åtgärder som kan behöva sättas in för att lindra eventuella symptom. Inom svensk sjukvård finns stor erfarenhet av att ledsaga närstående genom en avbrytandeprocess. Det är angeläget att involvera erfaren och tydlig personal som kan inge trygghet och informera de närstående.

Vidare så är det viktigt att närstående ges utrymme till ett lugnt farväl innan behandlingen avbryts, då döden kan inträffa snabbt efter avbrytandet och donationsoperationen behöver i så fall inledas skyndsamt. Erfarenheter från andra länder där DCD praktiserar visar att närstående är angelägna om att en donation ska komma till stånd och är redo att lämna då döden inträffat. Om familjen däremot inte kan lämna den avlidne av psykologiska skäl, kan DCD-processen inte fortgå och organ-donation kan inte äga rum.

Dokumentation och rapportering till operations-/transplantationsteam

I DCD-sammanhang frångås övervakning av puls och andningsfrekvens via EKG eftersom elektrisk aktivitet kan fortgå efter att patienten har fått cirkulationsstillestånd. Detta kan förvirra närstående som eventuellt följer EKG på skärmen. I DCD-situationen ska istället endast blodtryck och saturation övervakas och dokumenteras. Dessa värden rapporteras muntligen fortlopande till uttagsteamet (transplantationskirurg och transplantationskoordinator).

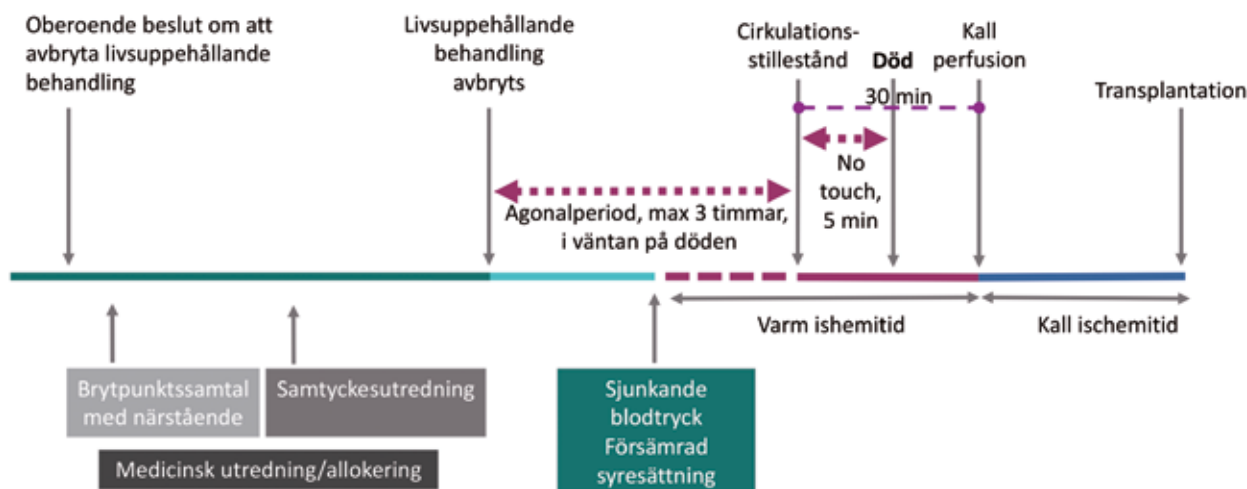
Då det är viktigt med korrekt dokumenterad tid ska tidsangivelser utgå från intensivvårdsteamets klocka.

Intensivvårdsteamet ska samråda med ansvarig transplantationskirurg kring ett eventuellt avbrytande av DCD-processen. Grunden för detta beslut är om tidsfönstret för DCD-processen överskridits (agonal period 180/90 minuter) eller om närstående inte förmår lämna den avlidne av psykologiska skäl.

5 minuter No-touch

När artärtryckskurvan visar att allt pulsativt flöde har upphört hos patienten tillämpas en observationstid av 5 minuter innan dödförklaringen. Observationstiden används för att säkerställa att patientens andning och/

Kontrollerad DCD, en del av vården i livets slutskede



Processbild från UK

eller hjärtverksamhet inte återstartar spontant. När observationstiden är slut, dödförklarar ansvarig intensivvårdsläkare patienten med indirekta kriterier enligt nedan

Fastställande av döden

I samband med DCD konstateras döden med indirekta kriterier i motsats till DBD där direkta kriterier tillämpas. I SOSFS 2005:10, Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om kriterier för bestämmande av människans död regleras fastställande av en människas död enligt lagen (1987:269) om kriterier för bestämmande av människans död.

1 §

Fastställande av en människas död med hjälp av indirekta kriterier ska göras genom en klinisk undersökning. Kriterierna är kännetecken som visar på varaktigt hjärt- och andningsstillestånd som har lett till total hjärnfarkt.

2 §

Vid den kliniska undersökningen ska samtliga dessa indirekta kriterier vara uppfyllda:

1. ingen palpabel puls

2. inga hörbara hjärtljud vid auskultation

3. ingen spontanandning

4. ljusstela, oftast vida, pupiller

När döden fastställts förs den avlidne skyndsamt enligt lokal rutin till operationsavdelningen.

Följande dokument ska vara ifyllda/följa med den avlidne till operationsalen:

1. Dödsbevis korrekt och fullständigt ifyllt (med tillägg av död tid) och signerat av den läkare som konstaterat dödsfallet

2. "Journalhandling för donationsingrepp på avlidna" (modifierad för DCD), signerat av ansvarig läkare som fattat beslut om att donation får utföras

På operationssalen

När patienten transporterats till operationssalen görs identitetskontroll och därefter sker skyndsamt uppläggning på operationsbordet, operations-sköterskan steriltvättar bröstorg och buk och sterildraperar.

Under 2018 när protokollet ska provas på ett begränsat antal sjukhus i landet, kommer endast njurar att tillvaratas (med undantag för Sahlgrenska sjukhuset i Göteborg som även ska tillvarata lungor.) Nedan

följer därför enbart en beskrivning av njuruttaget

Operationsbeskrivning njurar:

1. Medelinsnitt från proc. xiphoideus till symfyse. Vid lunguttag eller om man planerar sternotomi förlängs snittet till fossa jugularis

2. Buk och ev. bröstorg öppnas

3. Höger a. Iliaca communis alt. distala bukaorta frias och kanyleras med grov genomspolad spolkateter

4. Kall perfusion påbörjas. 20 000 IE Heparin i de 2 först litrarna

5. Aorta klampas subdiafragmalt alternativt i thorax om samtidig sternotomi utförts

6. V. cava inferior frias nedom njurvenerna och en sug förs in för att släppa ut blodet. Alternativt kan blodet släppas ut via incision i hö förmak

7. Adekvat perfusion säkerställs

8. Buken fylls rikligt med krossad is/kall koksalt

9. Minst fyra liter perfusionslösning rekommenderas

10. Njurarna frias och klipps ut

11. Buk/bröstkorg försluts på sedvanligt sätt.

Vid kombinerat njur- och lunguttag påbörjas lung- och njuruttagen samtidigt. Kommunikationen mellan de båda olika operationsteamerna är av avgörande betydelse.

Rutiner efter avslutad donationsoperation

Ett avslut på operationssalen rekommenderas, med den personal som varit delaktig under donationsoperationen, för att resonera kring vad som gjorts, vad som fungerade bra och vad som kunde ha gjorts annorlunda.

Transport och omhändertagande av den döde

Följ lokala rutiner för transport och omhändertagande av den döde. För praktiska råd kring omhändertagandet av den döde, se den nationella vårdhandboken:

Uppföljning med närstående och personal

Feedback via brev till berörd personal

Efter organdonationen rapporterar ansvarig transplantationskoordinator tillbaka till berörd personal alternativt DAL/DAS på donatorsjukhuset för att informera om de preliminära transplantationsresultaten. Cirka en vecka efter donationen skickar transplantationskoordinatören ett brev med mer information om resultaten. Avsikten med dessa kontakter är dels att ge ytterligare återkoppling till personalen och dels att ge underlag för information till de närstående.

Utöver detta kommer uppföljning att ske ttagaren på det sätt som sker idag. Dessutom så kommer uppföljande intergentemot närstående genom efterföljandesamtal, där närstående kan få information om möjligheter med närstående att genomföras i ett forskningsprojekt. Längre fram genomförs återsamling med de team som genomfört DCD-processerna på sina respektive sjukhus och förnyad samling med de som har godkänt deltagande i fokusgrupper. Projektgruppen räknar med att det, efter revidering, ska finnas ett slutgiltigt förslag till protokoll i övergången 2019-2020. Det är då vi kan räkna med att det finns en verksamhet som kan implementeras i Sverige i form av DCD. •

Faktaruta

Förtydligande angående pilotprojekt för DCD

Projektets samlade uppfattning är, att vårt tidigare uttalande om att piloterna kommer att fortgå enligt plan alltså gäller. Detta då inga medicinska interventioner genomförs före döden enligt processen i bifogat protokoll, och då ett samtycke till förutsättningarna vid DCD alltid kommer att inhämtas från de anhöriga, om patienten inte motsatt sig donation. Socialstyrelsen har arbetat nära projektet och projektet har nogsamt säkerställt att inga interventioner som strider mot lagen inkluderats i pilotprotokollet. För att kunna utreda donationsviljan fullt ut, så kommer transplantations-koordinatorerna ges möjlighet att söka i donationsregistret efter att ett formellt beslut om att avbryta livsuppehållande behandling har fattats och dokumenterats. Tidpunkten för att utreda samtycke och tillgå donationsregistret är i dag inte reglerat i lag, utan tillgången till registret utformas av Socialstyrelsen i enlighet med kraven i sekretess- och personuppgiftslagstiftningen. En ny förordning om registret förväntas dock träda i kraft i maj 2018 och Socialstyrelsen har framhållit vikten av att kunna söka i registret innan patienten avlidit.

Sammantaget kan sägas att fram tills döden, bedrivs vården precis som idag, inga andra medicinska interventioner för att möjliggöra DCD görs, och efter döden är det samtycke till donation som är avgörande för om en donation genomförs.

Ovanstående är ett utdrag ur ett längre förtydligande och är undertecknat 2018-01-16 av:

Stefan Ström, medicinskt ansvarig DCD-projektet

Jan Forslid, ordförande DCD-projektets styrgrupp

Kjell Asplund, ordförande DCD-projektets säkerhetskommitté

Faktaruta

Projektledare:
Kerstin Engman

Medlemmar:
Hans Lindblom
regionalt donationsansvarig sjuk-sköterska, Stockholm/Gotland

Kerstin Karud, transplantations-koordinator, Malmö

Linda Gyllström Krekula,
socioonom, forskare, Karolinska
Universitetssjukhuset, Karolinska
Institutet

Markus Gäbel, transplantations-
kirurg, Göteborg

Medicinskt ansvarig:
Stefan Ström, Regionalt dona-
tionsansvarig läkare, Uppsala
Örebro sjukvårdsregion



Foto: Peo Sjöberg

Vad är det på din arbetsplats som är bra och som du vill delge Uppdukats läsare?

Dagkirurgisk med mest ortopedisk verksamhet, vi hjälper patienter som skadat sig och kunna återgå till ett vanligt liv.

Vilka ämnen vill du ha med på kommande kongresser?

Jag skulle vilja veta mer om hur man jobbar med dagkirurgi på andra ställen, hur man tänker kring flöden och hur man kan jobba effektivt men ändå patientsäkert.

Namn: Henrik Andersson

Arbetsplats: Operation 3, Mölndals sjukhus



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

Bästa kollega

Varmt välkommen att delta i den 5:e Nordiska kongressen tillika den 54:e Höstkongressen som kommer att hållas i Stockholm den 29 – 30 november 2018 på Stockholm Waterfront Congress Centre.

Kongressen inleds med ett välkomstmingel onsdagen den 28 november kl. 17.00 – 19.00 på Stockholm Waterfront Congress Centre. Kongressen kommer att innehålla intressanta föreläsningar med delvis parallella seminarier på svenska och engelska.

Du får möjlighet att ta del av nya produkter på en stor medicinsk teknisk utställning och nätverka med kollegor från hela Norden under två dagar. Föreläsare från Norden, men också från andra delar av Europa kommer att delta. Föreläsningarna hålls främst på engelska men vi kommer även att erbjuda föreläsningar på svenska.

Key note speaker är **Dr Brigid M. Gillespie** Professor i Patientsäkerhet vid National Centre of Research Excellence in Nursing, Menzies Health Institute i Queensland, Australien. Temat för hennes föreläsning är teamarbete.

Anmälan är nu öppen. Gå in på vår hemsida www.rfop.se under **NORNA Congress 2018** för mer information.

Congress President
AnneMarie Nilsson, annemarie.nilsson@rfop.se



Cecilia Brenander



Postgraduatekurs för specialistsjuksköterskor inom operationssjukvård

Kursen bygger på operationssjuksköterskans kunskaper och kompetens och syftar till att ge en ökad kunskap och fördjupning inom generella, men även specifika temaområden. Föreläsarna är disputerade och/eller specialister med kompetens inom de aktuella områdena.

Du som söker kursen bör ha erfarenhet av jobbet som operationssjuksköterska. Innan varje kurstillfälle är det önskvärt med förstudier av aktuellt ämne/tema. Instruktioner distribueras i god tid före kurstillfället. Kursen hålls i Linköping, dock kan eventuellt kurstillfälle ske på annan ort. Består av sju kurstillfällen, tre under hösterminen, fyra under vårterminen. Den förläggs som heldag på fredagar.

Första tillfället är den 14 september 2018.
Detaljerat program och information skickas innan kursstart.
Kursavgiften är 15 000 kr per deltagare, kaffe och lunch ingår. Resor och eventuell litteratur ingår ej.
Sista dag för anmälan är 1 juni 2018. Deltagarantalet är begränsat. Intagningsbesked samt schema skickas ut efter sista anmälningdag.

För att anmäla dig, skicka e-post till postgraduateop@regionostergotland.se

Anna Lachan, kursansvarig, anna.lachan@regionostergotland.se
Louise Almström, kursansvarig, louise.almstrom@regionostergotland.se
Cecilia Brenander, kursansvarig, cecilia.brenander@regionostergotland.se



Att jobba under extrema förutsättningar

Att jobba under extrema förutsättningar var temat för en av torsdagens föreläsningar på Höstkongressen 2017. Först ut att tala var Alejandra Andersson från MSB – Myndigheten för Samhällsskydd och beredskap som redogjorde för MSB:s uppgifter vid kriser och olyckshändelser.

MSB, är den statliga myndighet som har till uppgift att utveckla samhällets förmåga att förebygga och hantera olyckor och kriser. Man är ingen krisledande myndighet, har inte det mandatet men ska se till att samhället använder alla sina resurser på bästa sätt. Förmedlar material och kompetens och är de som har kunskapen om var den finns.

Man arbetar med ett före, under och efter perspektiv. Hur kan vi förebygga för olika scenarier? Under händelsen har MSB ansvaret för operativ samordning och efter gäller det att utvärdera och öva. Beroende på vilken form av kris eller olycka det är beslutas av MSB om den skall hanteras på nationell, regional eller kommunal nivå. Det är många olika aktörer privata och offentliga det gör att det blir många nätverk som måste fungera. Någon måste ha kontakt med samtliga och det är MSB. Under den akuta flyktingsituationen senast var det åttio aktörer inblandade och alla ska helst ha samma bild av situationen. MSB har också till uppgift att informera regeringen om hur läget är.

Sociala medier kan påverka en mycket, ryktesspridning kan gå snabbt och påverka arbetet på olika nivåer. Viktigt med en samlad information från berörda aktörer till allmänheten före, under och efter en kris i en myndighetsgemensam kanal. Behoven är ju varierande i förhållande till typ av händelse; snöstorm, terrorattentat, ensamkommande barn, tsunami, IT-attack eller annat. Viktigt att närstå-

ende får lika information från de olika inblandade instanserna, viktigt med samordning. krisinformation.se är en myndighetsgemensam kanal där man kan ta del av bekräftad information.

7 april 2017

Lennart Adamsson, Patientområdeschef Trauma, Traumacentrum, Karolinska Universitetssjukhuset, Solna börjar sin berättelse kl 14.53 den 7 april 2017, en vanlig fredag eftermiddag på traumacentrum. Dagpersonalen är på väg hem och avlöses av pågående kvällspersonal. En patient har nyss omhändertagits på traumarummet och överförs till traumaavdelningen. Ingen pågående akut operation för de tre operationslagen på akut/traumaenheten. Lediga traumavårdsplatser finns på CIVA. Ute på stan pågår heldags studiedagar för anesthesi, operations-sjuksköterskor och undersköterskor från hela Stockholm.

Strax före kl.15 ringer säkerhetstjänsten i Stockholm och informerar om en större händelse på Drottninggatan och att på Traumacentrum ska vara bereda på ett stort skadeutfall. De medarbetare som är på väg hem ombeds att stanna. Strax efter 15 ljuder traumalarmer där det på displayen framgår att en lastbil har kört på och skadat många människor och där flera är mycket svårt skadade. Flera ambulanser är på väg och de första anländer inom 5–10 minuter. Kompletterande uppgifter kommer via Rakel om antalet skadade. Chefläkaren är då på väg in och med kompletterande uppgifter från skadeplatsen beslutas att gå upp i förstärkningsläge för att 15.20 gå upp i katastrofläge. Trauma enheterna inom Karolinska aktiveras via telefon och SMS.

När de första patienterna anländer så är den mest erfarna kirurgen placerad som triageläkare på akutmottagningen, fyra traumalag bemannar akuten

och lika många finns beredda i traumarummet. Nio operationssalar finns tillgängliga, CIVA-platser finns tillika CT resurser. Allt sker väldigt fort. Olycksplatsen är ju inte långt från sjukhuset. Aftonbladet har nyheten på webben före traumalarmer går. Informationen är ganska sporadisk. Nyckeln med att traumaomhändertagandet fungerar i en sån här situation är att alla kan Katastrofplanen, att man vet sina arbetsuppgifter och gör dom och inget annat. Att ingen går hem. Det kan stundtals bli svårt att kommunicera utåt då mobiltelefonnätet snabbt blir överlastat. SMS fungerar inte, de som skickades kom fram flera timmar efter avslutad insats.

Man behövde inte oroa sig för att ha för lite personal, många frivilliga kom in och det blev ett litet problem hur man skall hantera dem alla. Något att tänka på är om det är en händelse som kommer att kräva en långvarig insats så behövs personalen under flera dagar. Man får heller inte glömma att efter det initiala akuta skedet när alla taggar ner kommer det att behövas avlösning och mat. Efteråt kommer en mental trötthet och det är nödvändigt med debriefing, att diskutera Vad hände?

2 april 07.06

Oli Timmel läkare på IVA/anestesi Östersunds sjukhus har dagjour på Östersunds sjukhus lördagen den 1 april och ombeds pga sjukdom ta nattjouren också. Söndag 2 april 07.06 när han väntar på avlösning kommer ett Larm Prio 1, en dubbeläckarbuss har välts mellan Sveg och Fågelsjö och Oli blir utkallad till ambulanshelikoptern för att hjälpa till på olycksplatsen.

Mycket hinner han tänka på färden till olycksplatsen. Vad kommer de att mötas av. Vilka hinner först. Från olycksplatsen är det långt till de tre

närmast sjukhusen Mora 16 mil, Hudiksvall 17 mil och Östersund 19 mil bort. Närmast sjukvårdsinrättning är Vårdcentralen i Sveg som kommer att få ta hand om flest patienter, de som är lindrigast skadade. När de ser olycksplatsen vid inflygningen uppstår många frågor. Kommer vi klara det här? Det är inte en lätt sak att få resurser till en avlägsen plats en söndagsmorgon men den här dagen sker ett fantastiskt samarbete mellan olika landsting.

Tillsammans med medicinsk ansvarig (MA) går Oli runt på olycksplatsen och får en första överblick av antalet skadade och gör en grov bedömning av läget. Det är viktigt att fatta klara och snabba beslut och inte fastna vid de första svårast skadade. Alla triageras enligt fysiologisk prioritering och markeras gröna, gula eller röda. Hur många är röda och behöver omhändertas först? Med vem ska de åka? Helikopter eller bil? Ska vi börja avtransporterna när vi har tre ambulanser på plats? Till vilket sjukhus? Närmaste? De kan kanske inte ta alla. Hur lång tid tar transporten? Vilka behöver komma till ett Universitets-sjukhus? Hur många röda patienter klarar respektive sjukhus? Kommer vi att hitta fler "Röda" patienter när de lyfter bussen? Kommer helikoptern tillbaks och finns det möjlighet till fler ambulanser? Många beslut måste tas och det på kort tid och ute i det fria på en främmande arbetsplats. En stor press på alla som jobbar på plats. När sjukvårdstältet kommer på plats blir det lättare. Det känns psykiskt bättre att arbeta inomhus. Tältet tar bort mycket av det omgivande bruset. De lindrigast skadade "gröna" patienterna kan vänta i bilar som har hamnade i trafikstockning i väntan på transport till vårdinrättning.

När de svårast skadade har åkt kommer ruelsen. Då kommer alla känslorna på en och samma gång. Har vi gjort rätt? Prioriterade jag rätt? Saknas någon? De egna behoven har gått på sparlåga och först i efterdyningarna kommer tanken på mat och dryck. Rädslan från resan dit att stelna i kaoset blev inte så – man funkade helt enkelt. "Det är ett perfekt exempel för lagarbete. Utan bra hjälp av de tre första sjuksköterskorna på plats hade jag inte fått till den rätta prioriteringen. Tillsammans fixade vi det." Viktigt är en professionell debriefing efteråt och i detta fall även kontakt med skolan.



Foto: Peo Sjöberg

Lennart Adamsson, Alejandra Andersson, Françoise Delsa och Oli Timmel.

Terroristattackerna mot Bryssels flygplats

Françoise Delsa är vårdchef på operationsavdelningen på Erasme sjukhuset i Bryssel som fick ta emot ett stort antal skadade vid terroristattackerna mot Bryssels flygplats och tunnelbana den 22 mars 2016. 7:58 sprängs en bomb på flygplatsen. 9:11 exploderar en andra i centrala tunnelbanan. Redan här friställer de operationskapacitet även om inget larm har gått till deras sjukhus. 9:40 kommer den första patienten, inom en timme kommer ytterligare fem. Allt som allt får de fjorton patienter varav 8 är svårt skadade. Huvudskador, splitterskador i armar, ben och buk samt brännskador. Totalt engageras 4 sjukhus i Bryssel, 340 skadade, 32 döda, 87 som kräver fortsatt sjukhusvård.

Vad fungerade bra?

Att det hände dagtid var ett lyckokast. Det fanns gott om personal av alla kategorier. Viktigt med vaktmästare och andra servicefunktioner. Det gick fort att stoppa det elektiva programmet. En sal stod hela tiden fri för möjlighet till kejsarsnitt. Bra kommunikationer mellan alla berörda – op, akut, post, iva, sterilcentral. De nådde aldrig taket för sina resurser.

Vad fungerade mindre bra? Vad var svårt?

Folk som kommer in utan att vara kallade tar tid från det arbete som måste göras. Arbetsledaren på plats bestämmer och ringer in efter behov. Dagtid fanns redan så många på plats.

Identifikation av patienterna var svårt och tog lång tid efter det akuta skedet. Alla fick reservnummer. Stundtals var det hög ljudvolym på salarna och en del specialinstrument saknades.

Från alla dess olika berättelser framhålls vikten av att all personal som kan drabbas av att arbeta under kris och katastrof kan den lokala katastrofplanen och vet sina egna arbetsuppgifter. Viktigt att alla som deltar får prata om det efteråt i någon form av debriefing. Också att det är viktigt att sammanställa efteråt vad som hände, hur blev det, vad kan vi lära oss av det och vad behöver vi förbättra. Vilka scenarier kan vi kanske förvänta oss. Lära av inträffade katastrofer vilka skadepanoraman det kan bli. Att det finns en katastrofledning som samarbetar med olika inblandade. Att HR, logistikpersonal och andra personalkategorier som normalt inte arbetar jourtid kan komma in för att se till Identifikation av offer, kontakter med media och anhöriga. För service med blodenheter, sterilt gods, apoteksvaror, medicinsk teknik, mat. Psykologisk hjälp både vid olyckstillfallet och senare.

Viktigt att man förebyggande arbetar med teambuilding, övar olika scenarier och utvärderar hur vi kommunicerar och hur vi klarar olika procedurer. Att man har ansvariga som ser till att telefonlistor och operationskort är uppdaterade. •



Dagkirurgiska enheten, Finspång

Vad heter du? Annelie Ljungblad Moberg

Vilken operationsavdelning jobbar du på? Dagkirurgiska enheten, Finspång

Hur länge har du jobbat på avdelningen? Sedan 2006

Hur länge har operationsavdelningen funnits till? Det blev en dagkirurgisk verksamhet från slutenvård 1996.

Hur många operationssjuksköterskor jobbar på din arbetsplats? Vi är 5

fastanställda, 2 timanställda och jag själv operationssjuksköterska, men arbetar mestadels som vårdenhetschef vilket upptar den mesta tiden av min arbetstid.

Vilka yrkeskategorier har ni på din operationsavdelning? Undersköterskor, anestesisjuksköterskor, operationssjuksköterskor, postopsjuksköterska, sekreterare och anesthesiolog

Hur många operationssalar har ni på avdelningen? 4 stycken, men som mest används 3 salar/dag

Vilka opererande kliniker är representerade på operationsavdelningen?

Urologikliniken, ortopedikliniken samt kirurgkliniken. Vi har även privata kliniker som arbetar hos oss vissa dagar. Men den större mängden är regionpatienter från hela länet.

Använder ni WHO:s checklista för säker kirurgi? Ja

Praktiserar ni fika- och lunchavlösning under pågående operation? De flesta av våra ingrepp är korta och vi lägger operationsprogram med lunchpaus, men om det behövs byter vi av varandra vid fika eller vid arbetspass slut osv.

Har ni nedskrivna rutiner för nedräkning av framtaget material? Ja vi för journal för detta.

Brukar ni som rutin följa med och rapportera patienten till postoperativa avdelningen? Vid vissa ingrepp men vi diskuterar om vi ska utveckla detta.

Vad är det bästa med din operationsavdelning? Den verksamhet som bedrivs idag där patienten kommer till sjukhuset, får sin behandling och åker hem samma dag är en väl inarbetad verksamhet som ständigt strävar mot förbättringar för att optimera vårdprocessen för den enskilde patienten. Vi arbetar aktivt mot ett och samma mål med ett Lean som strategi, där inga störningsmoment påverkar processen vilket ökar produktionen och kvaliteten för patienten. Korta beslutsvägar möjliggör även en ökad kompetensutveckling hos personalen som i allra högsta grad är delaktiga i sin egen utveckling och ser möjligheter och förbättringar, exempelvis då våra anestesisjuksköterskor har delegering i att lägga blockader. Dagkirurgen i Finspång är även en kostnadseffektiv verksamhet som varit en av få kliniker som regel legat under budget vid årsslut vilket medfört ett plusresultat till regionen. •



Vad gör ett arbete attraktivt?

Efter att ha arbetat som operations-sjuksköterska på flera olika avdelningar i femton års tid ställde sig Catrine Björn – operationssjuksköterska, – frågan: "Vad är det i 'atmosfären' som får operationssjuksköterskor att stanna på vissa arbetsplatser, men fly från andra"? Frageställningen utmynnade i en avhandling med titeln "Attraktivt arbete – specialistsjuksköterskors och undersköterskors arbete på operationsavdelningar, samt faktorer som gör arbetet attraktivt", som presenterades för deltagarna vid Höstkongressen. Uppdukat fick även en pratstund med Catrine Björn, idag med. dr., studierektor i Region Gävleborg samt lektor vid Karlstads Universitet, om framtiden, hur vi ska inspirera sjuksköterskor till att vidareutbilda sig och sjukvårdens (o) förmåga att behålla sin personal.

Bristen på specialistsjuksköterskor inom operationssjukvården är problematiskt då anestesioch operations-sjuksköterskor är högt specialiserade och inte kan ersättas av allmänsjuksköterskor utan speciell utbildning och erfarenhet. Att få sjuksköterskor att stanna kvar i sitt arbete är enligt tidigare studier ett av de mest effektiva sätten för att komma tillrätta med sjuksköterskebristen. Så vad finns det för lösningar på detta enorma problem, som på senare tid såväl medier och politiker som internationell forskning uppmärksammat? Det är enligt Catrine Björn en fråga utan några enkla svar. Som hon själv uttrycker det: för varje komplext problem finns det minst en enkel lösning – som är helt fel.

Under sina år på olika operationsavdelningar har Catrine ofta frågat sina kollegor vad det är som får dem att trivas på just den arbetsplatsen, och nästan alltid fått samma svar: "Jag vet inte, det är väl något i atmosfären". Svårigheten att få grepp om vilka faktorer som påverkade personalens val att sluta eller att stanna på sina arbetsplatser var något hon tyckte var både spännande och intressant, och efter som ämnet inte verkade vara

särskilt utforskat ännu tog Catrine saken i egna händer. Ett beslut som hittills resulterat i fyra delstudier och en sammanfattande avhandling.

Tidigare forskning visade tydligt att man var långt ifrån en definitiv lösning. Slutsatserna landade ofta vid att förbättring av arbetsmiljön är en nyckel till att kunna behålla sjuksköterskor, men då detta är en väldigt

ospecifik förklaring, ville Catrine gå på djupet och verkligen ta reda på hur sjuksköterskor uppfattar sitt arbete och vad som gör arbetet attraktivt, genom att välja en specifik sektor – operationsavdelningar – och analysera frågorna utifrån olika perspektiv. Tanken var att genom en ökad förståelse för sjuksköterskors och undersköterskors arbete utifrån deras eget perspektiv kunna erbjuda specifik



Catrine Björn

Foto: Peo Sjöberg

kunskap för att kunna vidta åtgärder som gör att specialistsjuksköterskor ska vilja stanna kvar i arbetet på operationsavdelningar.

Syfte och metod

Avhandlingens övergripande syfte var att få kunskap om specialistsjuksköterskors och undersköterskors arbete på operationsavdelningar samt vilka faktorer som de anser vara viktiga för ett attraktivt arbete. För att få en så omfattande beskrivning som möjligt av arbetet i sig samt vad som utgör attraktiva faktorer för arbetet på en operationsavdelning användes både kvalitativa och kvantitativa data, insamlade genom såväl intervjuer som frågeformulär och en fallstudie, inom ramen för de fyra delstudierna. Studierna utfördes med operationsjuksköterskor, anestesijuksköterskor, undersköterskor och chefer, alla arbetande på operationsavdelningar.

I Studie 1 var syftet att beskriva operationssjuksköterskors uppfattning om arbetet utifrån deras eget perspektiv, 15 operationssjuksköterskor, verksamma vid två sjukhus intervjuades. I Studie 2 var syftet att anpassa och testa enkäten "Attraktivt arbete" för användning inom hälso- och sjukvård för specialistsjuksköterskor och undersköterskor på operationsavdelningar samt att identifiera viktiga faktorer för arbetets attraktivitet. Enkäten "Attraktivt arbete" är framtagen av en forskargrupp på Högskolan i Dalarna. Den är utvecklad och prövad inom industrin, men har inte tidigare vetenskapligt prövats inom hälso- och sjukvården.

Syftet i Studie 3 var att undersöka skillnaderna mellan hur viktiga olika faktorer skattades för arbetets attraktivitet samt hur attraktiva dessa faktorer skattades i det nuvarande arbetet. Syftet var även att undersöka samband mellan ålder, kön, anställningstid, arbetsengagemang, arbetsförmåga, självskattad hälsa och attraktivt arbete. Studie 2 och 3 genomfördes vid samtliga fyra operationsavdelningar på fyra sjukhus i ett landsting i mellersta Sverige, 147 specialistsjuksköterskor och undersköterskor verksamma inom operationsavdelningarna besvarade enkäten.

Studie 4 var en fallstudie av en operationsavdelning med syftet att beskriva hur chefer, specialistsjuksköterskor och undersköterskor tolkade organisatoriska och dagliga mål,

samt förutsättningarna för att utföra arbetsuppgifter och nå uppsatta mål i det dagliga arbetet. Studien omfattade verksamheten vid centraloperation på ett länsjukhus. Datainsamlingen bestod av enskilda intervjuer med länsverksamhetschefen och vårdenhetscheferna och gruppintervjuer med specialistsjuksköterskor och undersköterskor, samt av maldokument och statistik över antalet planerade, akuta och inställda operationer. Den intervjumetod som användes var ARIA-Arbetsinnehållsanalys.

Resultat

De viktigaste faktorerna för ett attraktivt arbete visade sig vara:

- Ledarskap (ex: kommunikation, förtroende)

- Relationer (ex: trivsel, laganda, ärlighet, humor, man hjälps åt och stöttar varandra)

- Status (ex: yrkesstolthet, få känna att man gör ett bra jobb)

Det visade sig också att många deltagare faktiskt upplevde sig nöjda med dessa faktorer på sina arbetsplatser. Eftersom attraktivt arbete inte är något som uppnås en gång för alla, behöver ledningen dock sträva mot ständiga förbättringar inom dessa faktorer för att bibehålla attraktiviteten. Detta resultat stämmer väl överens med andra nationella och internationella studier som nyligen genomförts, och har alltså hög generaliserbarhet.

De tre faktorerna med störst skillnad mellan hur viktig faktorn skattades för arbetets attraktivitet och hur detta stämde överens med det nuvarande arbetet var:

- Lön

- Fysisk arbetsmiljö

- Organisation (t.ex. information, inflytande, delaktighet, trygg anställning)

Generaliserbarheten varierar här i högre grad – att organisationen ofta anses bristande har stort vetenskapligt stöd, medan löns roll har ett motstridigt stöd; studier visar att det är en viktig faktor, men inte den viktigaste. Enbart att höja lönerna räcker till exempel inte om ledarskapet eller organisationen är dålig. Den fysiska arbetsmiljön är inte så väl beforskad, vilket försvårar bedömningen.

Det fanns även ett positivt samband mellan arbetsengagemang och attraktivt arbete. Resultaten visar att ju större arbetsengagemang och ju äldre sjuksköterskorna var desto mer uppfattade de sitt arbete som attraktivt.

Fallstudiens resultat visade att varken chefer eller personal hade någon särskilt bra uppfattning om hur verksamhetens mål såg ut, och det var det dagliga operationsprogrammet istället för de organisatoriska målen, som styrde arbetet. Operationsprogrammet var ofta för optimistiskt planerat, och sjuksköterskorna hade inte mycket inflytande över programmet. Målet som styrde specialistsjuksköterskornas och undersköterskornas arbete var att bli färdiga med dagens operationsprogram med god vårdkvalitet. Hinder som upplevdes för att nå målet var orealistiska förväntningar på operationsprogrammet, ett för optimistiskt planerat operationsprogram, brist på specialistsjuksköterskor och inadekvat fysisk arbetsmiljö. Detta ledde till konsekvenser i form av extra arbete, övertidsarbete och risk för försämrad vårdkvalitet.

Slutsatser

I avhandlingen beskrivs förbättringar inom faktorerna: Lön, Organisation och Fysisk arbetsmiljö, förtydliganden om vad som ska styra arbetet, samt att öka specialistsjuksköterskors och undersköterskors inflytande i arbetet som åtgärder vilka kan leda till ökad attraktivitet och i och med det ett sätt att behålla specialistsjuksköterskor i arbetet på operationsavdelningar. Idag, efter att ha fortsatt följa forskningen inom området men även blivit mer insatt i chefers förutsättningar lyfter Catrine fram ledarskapet, som i avhandlingen skattades som en av de viktigaste attraktiva faktorerna, som en given faktor att satsa på för ökad attraktivitet i arbetet.

Framtiden

Finns det då någon modell som har lyckats utifrån dessa resultat? Inte hundra procent, kan man väl säga. Men enligt Catrine Björn verkar konceptet med "Magnet Hospitals", som startades upp under 80-talet, vara det som fungerar bäst. Sjukhus som infört denna modell rekryterar och behåller sjuksköterskor i högre grad än andra hälso- och sjukvårdsorganisationer, uppnår goda behandlingsresultat samt har nöjda patienter. Modellens styrkor är till exempel struktur, att den inbegriper hela organisationen, man tänker

långsiktigt, den bygger på forskning, utvärderas kontinuerligt (utfall mäts på flera plan; organisationen, personalen, patienten) och certifieras.

Varför införs modellen då inte på fler sjukhus? Det är helt enkelt ett stort arbete att dra igång, man får räkna med att det tar minst 5–8 år att byta arbetssätt på ett helt sjukhus, vilket förstås kan vara avskräckande för många sjukhusledning. Catrine ser dock positivt på framtiden, och tror helhjärtat på konceptet med Magnet Hospitals, vilket flera svenska sjukhus faktiskt är i startgroparna för att komma igång med.

Orosmoln på himlen är istället fenomenet "taskshifting" som har börjat dyka upp på flera platser i Sverige, där sjuksköterskors uppgifter fördelas till andra yrkeskategorier, ofta med lägre kompetens, för att lösa problem som uppstår på grund av sjuksköterskebristen. Hon menar på att det saknas kunskap, tittar man på vetenskaplig evidens är det snabbt konstaterat att fler sjuksköterskor på färre patienter innebär en säkrare vård, mindre

skador och färre dödsfall. Att plocka bort och ersätta sjuksköterskor och specialistsjuksköterskor går tvärt emot vad forskningen kommit fram till. Då tror Catrine hellre på avlastning av exempelvis administratörer och datastöd, men inte från det patientnära arbetet.

För att kunna inspirera fler sjuksköterskor att vidareutbilda sig till operationssjuksköterskor tror Catrine mycket på att synas, bland annat genom att ta emot fler sjuksköterskestudenter på operationsavdelningarna. Att komma ut på konsultationer, till exempel undervisa i steril omläggning på vårdavdelningar kunde också öka specialitetens synlighet för redan färdiga sjuksköterskor.

En del hävdar ju att sjuksköterskor skräms bort från vidareutbildningarna i och med att det innebär ännu en uppsats att skriva, men om detta säger Catrine dock att hon tror att många är mer förberedda på uppsatsskrivande idag, och att fler och fler ser värdet av att genomföra vetenskapliga studier för att kunna påverka. Hon

menar att vi absolut inte bör backa på det akademiska i utbildningen, men medger att universiteten skulle kunna bli bättre på att koppla uppsatser till verklighetsnära problem, för att stimulera och visa att man kan göra skillnad, till exempel genom att möta ett behov som efterfrågas.

Vad för framtiden med sig för Catrine själv då? Just nu ägnar hon sig åt att undersöka muskeloskeletal smärta hos personal på operationsavdelningar och om det finns ett samband mellan smärta och arbetsförmåga – och möter därigenom bland annat en del av forskningsbehovet kring fysisk arbetsmiljö hon stötte på under arbetet med sin egen avhandling. •



Effektiva barriärer mot smittspridning och säker infektionskontroll. Halyard draperingar, operationsrockar, uppdukningssat, munskydd och packskydden bidrar aktivt till att förhindra spridning av smittämnen.

Halyard har tidigare varit en del av Kimberly-Clark, men är sedan 2014 ett separat bolag och idag marknadsledande inom olika produktområden för infektionsprevention.

För att säkerställa leveranser i rätt tid lagerhåller vi på Vingmed produkter i vårt egna lager i Järfälla utanför Stockholm. Och flera år i rad har vi fått toppbetyg vad gäller service och leveranssäkerhet i våra årliga kundundersökningar.

Kontakta oss för mer information.

Infektionsprevention
alltid nära dig.

Bytte privat vård mot landstinget

Idag är det många sjuksköterskor och annan vårdpersonal som av olika anledningar väljer att lämna den statligt finansierade vården för privata alternativ, en bransch som också växer för varje år. Men operations-sjuksköterskan Nina Öhman gjorde det motsatta – efter 7 år på en privat läkarmottagning har hon nyligen börjat arbeta på Ögonkliniken vid Norrlands Universitetssjukhus.

Nina examinerades från grundutbildningen 2010 och började efter en sommar på kirurgisk vårdavdelning arbeta på den privatägda läkarmottagningen. 2013 var hon färdig operationssjuksköterska, och jobbade då kvar på mottagningen med bland annat avlägsna hudförändringar samt mindre estetiska ingrepp.

Hur kommer det sig att du bytte jobb från den privata sektorn till landstinget?

Jag kände att jag ville jobba med mer avancerad vård. Jag utförde främst estetiska ingrepp, och jag ville jobba med sjukvård, det kändes helt enkelt mer givande. Jag ville få använda min utbildning mer, och längtade också till en större arbetsplats med fler kollegor.

Vad är viktigt för dig när du söker jobb?

Det är nog arbetstiderna, och arbetsuppgifterna. Och så lönen förstås.

Vad är det du trivs bäst med på din nuvarande arbetsplats?

I princip allt känns jättebra. Det är en väldigt trevlig arbetsgrupp jag

har kommit till, man möts av glada människor och en positiv stämning varje morgon. Det är välplanerat med lunchavlösningar och till exempel vem som stannar kvar om det skulle bli övertid, och så gör vi roliga operationer med mycket variation.

Hur ser arbetsfördelningen ut?

Vi är sex stycken operationssjuksköterskor och tre och en halv undersköterskor kan man väl säga, vi delar en undersköterska med mottagningen. Två dagar i veckan kör vi operationer på tre salar, övriga dagar har vi två salar igång. De vanligaste ingreppen vi gör är kataraktkirurgin, men sedan har vi också det som kallas bakre segment, med operationer av näthinna och glaskropp, samt hornhinnetransplantationer, amnionhinnor, trauma, främmande kropp i ögat, skelningsoperationer, exteriöroperationer och ögonlocksplastik. Vi utför många ingrepp i lokalbedövning, men även under anestesi när det krävs.

Hur är det med stressnivån och schemat?

Arbetsbelastningen är lagom tycker jag, det är en jämn arbetsbörda. Jag vill gärna ha något att göra hela tiden, det värsta jag vet är att sitta och vänta på jobb. Det kan vara ett väldigt högt tempo, men inte på ett sätt som känns osunt. Det blir sällan en negativ stress. Vi har ganska långa arbetspass, men arbetsfördelningen gör att det inte känns tungt. Dessutom jobbar jag 80% och är därför alltid ledig en dag i veckan.

Är det något du skulle vilja förändra där du arbetar nu?

Det är väl i sådana fall att det är lite "långa ledningar" på en stor klinik och ett stort sjukhus, det kan kännas lite frustrerande om man jämför mot den lilla arbetsplatsen jag var på förut, där alla var på samma ställe. Men i övrigt är allting bra med mitt nya jobb och jag trivs fantastiskt väl. •



Nina Öhman

I Sverige har vi goda
hygienrutiner vid kirurgi.
Ändå drabbas patienter av
postoperativa sårinfektioner.

Det går att göra mer.

Med Ethicons antibakteriella
Plus-suturer, kan antalet
infektioner minskas med 26-28%.

Triklosan-behandlade suturer finns
med i WHO:s behandlingsriktlinjer:*

**Ethicons antibakteriella Plus-suturer är de enda triklosan-
behandlade suturerna på den svenska marknaden.*

Referenser

Wang ZX, Jiang CP, Cao Y, Ding YT. Systematic review and meta-analysis of
triclosan-coated sutures for prevention of surgical-site infection. 2013; 100:465-474.

Edmiston CE, Daoud FC, Leaper D. Is there an evidence-based argument for embracing an
antimicrobial (triclosan)-coated suture technology to reduce the risk for surgical-site infections?
A meta-analysis. 2013; 154: 89-100

de Jonge SW, Atema JJ, Solomkin JS, Boermeester MA. Meta-analysis and trial sequential
analysis of triclosan-coated sutures for the prevention of surgical-site infection. Br J Surg. 2017
Jan;104(2):e118-e133.

ETHICON

PART OF THE *Johnson & Johnson* FAMILY OF COMPANIES

Shaping
the future
of surgery

WWW.ETHICON.COM



Chefråd

För att utveckla chefnätverket har Riksföreningen för operationssjukvård tillsatt ett Chefråd, rådet har till uppgift att vara experter och rådgivande till styrelsen i chef och ledningsfrågor samt ansvara för innehåll i nätverksträffar och chefkonferensen.

Rådets medlemmar är: Lena Vedin, Örnsköldsvik, Karin Hansson,

Göteborg Lisbeth Håkansson, Lund, Hanna Eskelinen, Visby, Kati Liljebäck, Stockholm, Mirjam Lager Sirviö, Sundsvall och sammankallande Veronica Dahlgren, Södertälje, cs0@rfop.se.

Nätverket är öppet för alla chefer och ledare inom operationsverksamheter i Sverige, offentliga och privata. Inget medlemskap i någon riksförening

krävs för att delta i nätverkets möten. Sprid gärna detta till alla chefer. Under 2018 kommer det att genomföras fyra nätverksträffar och en Chefkonferens. Träffarna har alla ett temainnehåll där det är en föreläsare/utbildare med del av eller hel dag. Se mer information på sid 4. ●



Från vänster: Veronica Dahlgren, Lisbeth Håkansson, Karin Hansson, Hanna Eskelinen och Lena Vedin. På bilden saknas Kati Liljebäck och Mirjam Lager Sirviö.



Ny redaktör

Namn: Malin Wahlström

Arbetsplats: Ögonkliniken, Norrlands Universitetssjukhus, Umeå

Mitt namn är Malin Wahlström, och jag har faktiskt bara varit färdig operationssjuksköterska sedan våren 2017. Därför blev jag otroligt glad och hedrad när Uppdukats redaktion gav mig frågan om jag ville bli en av dem. Att läsa och skriva har jag alltid tyckt om att göra och nu under magisterutbildningen väcktes ett stort intresse för omvårdnadsforskning, vilket känns fantastiskt givande att få arbeta med att följa och skriva om här i tidningen.

Malin Wahlström



Jag är född och uppvuxen i Umeå och bor nu i strax utanför stan med min man och två söner. Arbetet på Ögonoperation är omväxlande och utmanande, med mycket avancerad medicinteknisk utrustning och ibland ett oerhört högt tempo. Som småbarnsförälder uppskattar jag att vi har ett dagtidsschema, och det är en så bra stämning och härliga arbetskamrater på hela kliniken. Ett område som ligger mig varmt om hjärtat är arbetsmiljö och personalpolitik, vilket jag i rollen som redaktör hoppas kunna erbjuda läsarna mycket givande läsning om här i Uppdukat. Målet att utbilda mig operations-sjuksköterska tog form redan under grundutbildningen, då jag fick följa med en patient bakom de hemlighetsfulla dörrarna till operationsavdel-

ningen och se min första operation. Jag har alltid haft ett stort intresse för hur kroppen fungerar och "hur det ser ut på insidan", men det mest givande med yrket tycker jag ändå är känslan av att få vara med och verkligen förändra något för patienten. Det är häftigt att få dela en så viktig dag i livet med olika människor, genom glädje och spänning såväl som nervositet och ren rädsla. Det jag kan tycka är tråkigt med hur arbetsfördelningen oftast ser ut på olika sjukhus idag är att vi som operationssjuksköterskor inte får följa patienten någonting efter operationen. Detta är ett annat område jag brinner för, större delaktighet och kontinuitet i omvårdnaden, och ett ökat synliggörande av vårt omvårdnadsansvar. •



UTVECKLINGEN FINNS I NÄRHETEN
VI BRYR OSS OM DIG SOM GÖR SKILLNAD FÖR ANDRA

Sahlgrenska Universitetssjukhuset söker: OPERATIONSSJUKSKÖTERSKA

Sahlgrenska Universitetssjukhuset,
Hybrid och Intervention, Operation 1, 2 och 8
Referensnummer: 2017/8783
Sista ansökningsdag: 2018-03-05

Vill du veta mer? kontakta:
Vårdenhetschef, Marie Fransson
070 - 082 52 90, marie.fransson@vgregion.se
Vårdenhetschef, Katarina Mellbin
072 - 453 47 76, katarina.johansson.mellbin@vgregion.se

Mer info och fler lediga tjänster hittar du på:
vgregion.se/jobb

VI SKA BLI SVERIGES
BÄSTA OFFENTLIGA ARBETSGIVARE



VÄSTRA
GÖTALANDSREGIONEN



Höstkongressen 2017 - vår gemensamma mötesplats



Glada deltagare



Vinnare i tipsrundan



Andrea Martinez Espinoza, Marie-Thérèse Crafoord, Hillevi Hemphälä och Maria Quinn

Förväntansfulla och rekordmånga operationssjuksköterskor träffades på vår höstkongress i Stockholm i slutet av november. Vi var ca 280 kollegor som träffades under två dagar på riksföreningens 53:e kongress för att ta in ny kunskap samt att träffa kollegor i övriga delar av landet.

Årets kongress inledde med föredrag om optimering inför operation och efter det följde flera inspirerande föredrag om trauma och patientsäkerhet varvat med utställningsbesök. Mingel och utställningsbesök avslutade första dagen och vi såg förväntansfulla fram emot dag två!

Andra dagens kongressprogram fortsatte lika intressant och inspirerande som dag ett. Teamarbete, arbetsmiljö och avslutningsvis en fantastisk föreläsning om att "Vägra ge upp livet" av Shahrzad Kiavash.

45 anmälda till Chefkonferensen, utöver de ca 280 deltagarna, hade som vanligt sin dag med egna intressanta föreläsningar under fredagen.



Distriktsamordnare från norr till söder var samlade och hade sin årliga arbetsdag i samband med kongressen och om dessa kan Ni läsa i en annan del i tidningen.

Många nyheter från den medicintekniska industrin fick vi ta del av på utställningen som vi besökte under kongressdagarna. Nyheter och infor-

mation om vad som finns upphandlat idag visades i samband med lunch- och kaffepauser.

Det är fantastiskt att som redaktörer få vara med och samla intryck från våra kongresser för att sedan sprida det vidare till Er alla! Vi hoppas och tror att många fler kan få vara en del av kongressen 2018! •

Kunskap in, bakterier ut.

CRC
medical

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

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

www.crcmed.com





Chefkonferens - ledarnas mötesplats

Nätverket för chefer och ledare inom Sveriges operationsavdelningar (CSO) har en egen konferens. Nätverket som startade 2010 har som syfte att skapa ett forum för dialog och kollegialt utbyte och stöd bland dess medlemmar.

Till årets konferens var det 45 deltagare anmälda och Veronica Dahlgren guidade oss genom dagens program. Intressanta föreläsningar om patientförberedelser, hygien, ombyggnationer och förändringsprocesser fick vi ta del av och varvades med ny information av leverantörerna på utställningen. Programmet avrundades med inspiration och skratt när vi lyssnade på Jens Lind och hans berättelse om "Vad händer när det inte går som vi tänkt oss"

Avslutningsvis inspirerade Veronica oss med att bjuda in oss till chef- och ledarnätverkets fyra träffar under 2018. Dessa fyra träffar har olika teman och finns att läsa om på föreningens hemsida. Uppmärksamma även arbetskollegor runt om i vårt land att



Veronica Dahlgren

nätverket är för olika professioner och är vår mötesplats oavsett medlemskap i Riksföreningen för operationssjukvård eller ej. •



Annette Erichsen Andersson



Jens Lind





Nya kollegor

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

Göteborgs Universitet, Sahlgrenska Akademien, Institutionen för vårdvetenskap och hälsa.

De nyutbildade operationssjuksköterskorna har erhållit en yrkesexamen i operationssjukvård och en akademisk examen motsvarande filosofie magisterexamen.

Programansvarig har varit: lektor Mona Ringdahl, inriktningsansvarig lektor Elisabeth Hanson och kursledare Univ.adj Monica Kelvered och Lektor Annette Erichsen Andersson.

Övrig lärare som deltagit i kursen har varit Univ.adj Björn Elgeskog.



Anna Neretnieks Olsson, Anne Siberg, Annelie Abrahamsson, Caroline Andersson, Cecilia Holmberg, Charlotta Persson, Christian Björnholdt Böll, Fredrika Levinson, Ida Alatalo, Johanna Talus, Josefine Petersson, Karin Bohlin, Linda Alexandersson Restin, Linda Hellström, Line Södergren Fjaestad, Linnea Leyton, Elise Rodin Karlsson, Lisa Larsson, Madeleine Persson, Malin Gustafsson, Rebecca Ouzouni, Sofia Mårtensson, Sophie Wikerberg, Svedjenäs, Stina Persson, Therese Elola, Therese Nielsen och Jenny Mattson. (på bilden saknas Sophie Wikerberg, Svedjenäs, Johanna Talus och Lisa Larsson)

Universitet: Karolinska Institutet

Ort: Stockholm

Kursansvarig: Esmat Esmail Zadeh

Examinator: Ann-Mari Fagerdahl



Från höger, Nina Pribojevic, Anna Hamberg, Katarina Sjöo, Tobias Lagerblad, Jonna Berger, Helena Granberg, Caroline Olsson, Madeleine Dalheim



Stipendium Lisa Sandberg

Norrlands Universitetssjukhus i Umeå



Sökte och fick Riksföreningens stipendium som avser resa, hotellnatt och kongressavgift för deltagande i Höstkongressen 2017. För Lisa var det första kongressen.

Så här tyckte hon att det var: Kongressen överträffade mina förväntningar. Så intressant och gripande att höra Lennart, Oli och Francois föreläsningar kring terrorattacker och traumahändelser!

Sådana här nationella träffar är viktiga för att få del av kollegors projekt, arbeten och forskning. Men även att byta erfarenheter med operationssjuksköterskor ifrån andra operationsavdelningar i landet. Det ger mig en nytändning och inspiration.

Saras och Marias presentation av SPOR gladdde mig då jag har en förkärlek till register där data för hur det FAKTISKT ser ut kan hämtas för att förbättra verksamheten.

Att jag fick bo så fint på Waterfront med utsikt över Stadshuset satte extra glans på kongressen. Tack så jätte mycket! •

Distriktssamordnare

Text: Catarina Augustsson, styrelsen

Distriktssamordnaren fungerar som kontaktlänken mellan styrelsen och medlemmarna i det egna distriktet och vice versa.

Distriktssamordnarens viktigaste uppgift är att i samverkan med föreningens medlemmar utveckla operationssjukvården. Du får inspiration tillsammans med andra distriktssamordnare när ni träffas några gånger per år och nätverkar.

Minst en gång per år ska du bjuda in till en nätverksträff för Riksföreningen för operationssjukvårds medlemmar i det egna distriktet.

Som distriktssamordnaren har du förmånen att få delta kostnadsfritt vid hygienforum eller höstkongressen förutsatt att du haft din nätverksträff i ditt distrikt. På kongresserna får du möjlighet att utvecklas i din yrkesroll genom ny kunskap samt träffa kollegor från hela landet. •

Varför jag trivs med att vara distriktssamordnare och arbeta som operationssjuksköterska

Text: Lotta Olsson, distriktssamordnare Värmland och sammankallande.

Detta är något jag har funderat på väldigt mycket. Är jag ovanligt lättroad eller bakom flödet? För i så fall kan ni se bilder på flera som är som jag, vi som är distriktssamordnare finns på rfop.se hemsida. Vi behöver bli fler!

Det finns några distrikt i Sverige som saknar den förlängda armen som vi är. Flera av er som läser har varit på Höstkongressen eller Hygienforum och vet att dessa kongresser är väldigt trevliga och lärorika. Att allt förändrar sig, tekniker förbättras att ingen dag är den andra lik är begrepp ni säkert känner till. Att få tillgång och information om vad riksföreningen arbetar med och veta vad som händer på operationsavdelningar i Sverige intresserar mig och oss som är distriktssamordnare.

Intresserar det dig? Arbetar du i någon av distrikten som behöver en distriktssamordnare? Kontakta mig för mer information. Distrikt som behöver en ny distriktssamordnare är



Lotta Olsson

Foto: Peo Sjöberg

Göteborg, Dalarna, NU- Trollhättan och Uddevalla, Norrbotten, Väster-norrland, Uppland, Södermanland och Skåne.

Välkommen att kontakta mig, Lotta Olsson Operationssjuksköterska i Karlstad, varmland@rfop.se •



Ny redaktör

Namn: Josefin Astros

Arbetsplats: Kirurgoperation, Södersjukhuset, Stockholm.

Erfarenheter från redaktionsarbete och vad jag vill bidra med i redaktionen:

Operationssjuksköterska sedan två år, och sjuksköterska sedan 2012. Jag har inga tidigare erfarenheter av redaktionsarbete, men funderade innan sjuksköterskestudierna på att bli journalist. En av mina förhoppningar är kunna bidra med att göra RFOP och Uppdukat mer synliga i sociala medier, och på så sätt få fler inom vården att få upp ögonen för världens roligaste yrke. •



Foto: Peo Sjöberg



Kvalitetspris till Annette Erichsen Andersson

När Sahlgrenska sjukhusets område 3 ordnade forsknings- och kvalitetsdagen den 16 november 2017, belönades Annettes forskningsprojekt Safe Hands at the Sharp End med ett kvalitetspris på 25000 kronor.

Studien handlar om hur man kan förebygga infektioner genom att sätta in individanpassade skyddsåtgärder vid frakturkirurgi. Motiveringen för priset lyder att studien på ett systematiskt sätt bidrar till att skapa förankring, en verklig förändring, minska vårdskador samt ger stor patientnytta. Priset på 25000 kronor ska användas till vidareutveckling och inspiration. •

Irini Antoniadou

Vi gratulerar Irini Antoniadou till priset Ansell Cares H.E.R.O. Nurse Service Award for European Operating Room Nurses Promotion!

Tävlingen utlystes av företaget under våren 2017 då man fick nominera operationssjuksköterskor från hela Europa. Efter nomineringarna skedde omröstning och Irini Antoniadou var en av de 10 som fick flest röster! Priset delades ut i samband med ett symposium som hölls på Irinis enhet i slutet av september. •



Foto: Peo Sjöberg

Kallelse till årsmöte

Riksföreningen för operationssjukvård håller årsmöte den 24 maj 2018

Plats: Sheraton Hotel Stockholm **Tid:** Kl. 08.00

Välkommen!





Rapport från distriktsamordnarnas möte

29 november 2017



Som tidigare år så samlades vi distriktsamordnare (DS) i samband med Riksföreningens Höstkongress. Vi var 20 nya och gamla kollegor från norr till söder. Lotta Olsson, vår samordnare, hälsade alla välkomna och vi fick rapporter från alla distriktet.

I de flesta distrikt diskuteras frågan om vad som påverkar att vi trivs och arbetar på våra arbetsplatser eller lämnar för andra arbetsuppgifter eller någon annan arbetsgivare och hur vi rekryterar nya medarbetare. Flera distrikt rapporterade många tjänster som inte var tillsatta. Vi informerades om- och nybyggnationer på våra sjukhus, pool operationssjukköterskor i stället för hyrpersonal och andra yrkeskategorier som arbetar med kringssysslor som inte kräver operationspersonal. Betald utbildning och hygien/ventilation på våra operations-salar lyftes också upp.

Vår uppgift som distriktsamordnare är att informera våra medlemmar om vad som händer i föreningen och vi kommer att informera bl.a. om ett 2018 med fortsatt arbete med Stark för kirurgi, stark för livet – levnads-vanor i samband med operation, Hygienforum och i november Höstkongress tillsammans med NORDA (Nordisk kongress).

Vi ser fram emot vårens nätverksträffar där vi får träffa kollegor i distrik-

ten, får idéer, information om nya riktlinjer och utbyter erfarenheter. •

S:t Eriks Ögonsjukhus söker

Operationssjukköterska

Vill du bli en del av vårt härliga team? Vi söker operations- eller ögonsjukköterska som vill specialisera sig inom ögonoperation.

På operationsavdelningen genomför vi ungefär 10 000 ögonoperationer varje år varav 3 000 i narkos. Vi har nio operationssalar och utför operationer inom gråstarr, retina, plastik, onkologi och skelning. Operationsavdelningen är tillsammans med sterilcentralen ett väl inarbetat arbetslag med cirka 35 sjukköterskor och undersköterskor.

Vi planerar entusiastiskt för flytt till vårt nya ögonsjukhus Eye Center of Excellence i Hagastaden år 2020.

Arbetsuppgifter

Vi erbjuder dig ett utvecklande och utmanande arbete på Sveriges enda sjukhus specialiserat på ett enda organ, ögat. Vi gör allt inom ögonoperation och arbetar med de senaste teknikerna. Din nya arbetsplats är på Kungsholmen, mitt i Stockholm. Att trivas, kunna påverka och utvecklas i sin arbetsroll är för oss mycket viktigt.

Övrigt

Tjänsten är en tillsvidareanställning på heltid. Provanställning sex månader kan bli aktuell. Du arbetar dagtid med viss beredskapstjänstgöring kvällstid. Tjänstgöring cirka var tionde helg. Du kommer få en individuellt anpassad introduktion samt internutbildning inom ögon.

Ansök på www.sll.se/ledigajobb. Se även vår webbplats www.sankterik.se. Sista ansökningsdag 11 mars.

S:T ERIKS
ÖGON
SJUKHUS

 Vi är en del av
Stockholms
läns landsting



Nätverksträffar

Stockholm 11 oktober 2017

Text: Monika Åsberg, Johanna Fahlén, Carina Wallin och Veronica Ramirez Johansson, distriktssamordnare

Distriktsmötet för Stockholmsregionen gick av stapeln den 11 oktober, 2017, på S:t Görans sjukhus. Först välkomnade distriktssamordnarna alla till mötet och berättade om viktiga datum framöver, såsom höstkongressen och att inte glömma att anmäla sig till den.

Första talare var Anna Vestergrén och Linda Wikström från Södersjukhuset som pratade om "Utökad kompetens inom radiologi - en vidareutveckling för operationssjuksköterskor". De berättade om deras väg till att få dubbelkompetens. De förklarade bakgrunden till att de ville vidareutveckla sig i sin profession som operationssjuksköterskor. Därefter visade de bilder och berättade mycket inspirerande om deras utbildning. Vi fick höra om hur utvecklande det är att fortsätta utbilda sig, men även hur svårt det stundtals är att "sätta sig i skolbänken igen". Anna och Linda berättade att de hade underskattat tiden och arbetsinsatsen som c-uppsatsen krävde. Men att de till slut fick till även den, och att deras c-uppsats fick pris som "Bästa examenarbete" med ett stipendium på 5000 kr. De avslutade med att berätta hur de kombinerar sitt arbete idag, som både operationssjuksköterskor och röntgensjuksköterskor.

Nästa talare ut var Eva Brunzell från Mölnlycke Health Care som pratade om "Bullens historia" – Framtagande och utveckling av Procedure pac. Vi fick ta del av hur Mölnlyckes kundanpassade set utvecklats och hur de används idag. Första setet i Sverige producerades till Huddinge sjukhus år 2002, det var ett ortopediskt set. Vi fick också ta del av hur arbetet går till i deras nya fabrik i Havirov, Tjeckien. Den nya fabriken behövs för

att deras produktionskapacitet ökar till 10 miljoner set per år (tidigare 6 miljoner set). De producerar set inom 108 olika subgrupper och hela 32 specialiteter. Roliga fakta är att det största set som de producerar är ett laparoskopiset till Schweiz som innehåller totalt 261 komponenter! Eva avslutade med att visa två olika filmer från deras olika fabriker. Den ena från fabriken i Thailand som producerar sterila operationsrockar och den andra från den nya fabriken i Tjeckien där man plockar ihop och steriliserar de kundanpassade seten. I fikapausen visade Monika Åsberg från Södertälje sjukhus en Power Point-presentation med några bilder från deras nya operationsavdelning. Mötet avslutades med gruppdiskussion gällande arbetsmiljön på operationsavdelningarna i Stockholm.

Vi ställde två diskussionsfrågor som diskuterades i bikupor, några av svaren vi fick var:

1. Hur arbetar vi för en god arbetsmiljö på vår arbetsplats? (individ + organisation)

- Det är viktigt att tänka på att vi alla är ansvariga för vår egen

arbetsmiljö. Att vara flexibel och lyhörd i sin yrkesutövning. Se förbättringsmöjligheter stället för problem.

- Bemanningsnycklar och ändrade arbetssätt över tid är faktorer att ta hänsyn till.
- Att vi är rätt bemannade så vi hinner utföra våra arbetsuppgifter utan stress, togs upp av de flesta grupperna.
- Så stressfri miljö som möjligt för att sätta patienten i centrum.
- Lön efter kompetens.
- Att se varandra i teamet.
- Viktigt att följa och uppdatera rutiner.
- Att arbeta i en välkomnande miljö.
- Generös utbildningsbudget.
- När det är långa dagar planerar man 2 st operationssjuksköterskor på samma sal.



Stockholm

- Vårdnära service till mellanstädning av operationssalarna.
- Planering för fikapauser.
- Försöka hjälpa till att lösa "kalenderproblem".

2. Vad kan förbättras?

- Ta sig tiden att låta nya kollegor göra sina uppgifter i sin takt för att lära sig. Inte ta över arbetsuppgifterna för att det går snabbare.
- Fortlöpande information om organisationen. All information och kommunikation måste förmedlas till alla bemanningssköterskor. Då verkligheten är att de är en stor del av vår arbetsplats.
- Viktigt att närmaste chef är synlig i verksamheten.
- Fler gemensamma träffar/möten med alla i operationsteamet. För att utveckla teamkänslan.
- Förnya/uppdatera PM och rutiner för att förbättra strukturen på avdelningen och minska stress.
- "Vi släcker dagens bränder och hinner inte tänka på morgondagen".
- Att lönesättningen verkligen sätts utifrån individuell prestation. Just nu säger chefen ofta "ja men vi

måste ju höja ... lön för hen ligger så långt efter". (Det är inte individuell lönesättning, utan ett mål - att alla ska ligga på ungefär samma lön!)

- Tråkigt när ens åsikter/önskemål inte blir förda vidare utan stannar hos första linjens chefer.

Arbetsmiljödiskussionen innehåll många bra synpunkter och förslag. Vi höll alla med om det stressiga arbetsmiljøet samt betydelsen av att ha en god bemanning och uppsatta bemanningsnycklar för att upprätthålla en god arbetsmiljø. Tiden sprang iväg och vi hade gärna suttit och pratat flera timmar till om dessa viktiga arbetsmiljöfrågor. Det blev en lärorik och trevlig kväll och det var roligt att träffa alla härliga kollegor! •

Skåne, KRYH 17 oktober 2017

Text: Anette Brkic, distriktssamordnare

Den 17 oktober var det dags för mig att ha min första nätverksträff som distriktssamordnare. Jag hade bjudit in medlemmar i Riksföreningen för operationssjukvård från sjukhusen i Hässleholm, Kristianstad och Ystad

till att träffas på sjukhuset i Hässleholm.

Klockan 18 samlades vi i en av konferenslokalerna och vi började med fika under tiden som jag presenterade mig och mitt uppdrag som distriktssamordnare. Jag tyckte det var viktigt att mina kolleger skulle få mer information om arbetet i riksföreningen och varför man ska vara medlem så jag hade bjudit in Marie Afzelius från styrelsen. Hon visade Rfop's hemsida och hur man hittar på hemsidan. Marie berättade om styrelsen och vilka som ingår, vilka olika distrikt som finns och att det ska finnas en distriktssamordnare i varje distrikt. Det saknas distriktssamordnare i vissa distrikt i Sverige så gå gärna in och kolla för just ditt distrikt. Är det en vakans i ditt distrikt och du är intresserad av att bli distriktssamordnare hör av dig till riksföreningen. Marie informerade även om föreningens kvalitetsråd och det arbete de gör för att ta fram riktlinjer för oss i vår profession. De har bl. a. tagit fram "Riksföreningen anser och rekommenderar" inom flera olika områden, gå gärna in på hemsidan och läs!

Nästa gäst var Birgitta Åkesdotter Gustafsson. Hon pratade om hur vi värnar om vår yrkesprofession. I dagens läge med personalbrist lite överallt och verksamhets/enhetschefer som kanske inte har kunskap om vår kompetens, blir det allt vanligare att man vill "snabbupplära" andra yrkeskategorier till att göra operationssjuksköterskans arbetsuppgifter. Vi hade en bra diskussion om vad vi kan göra på våra olika arbetsplatser, vad man kan göra från riksföreningens sida och vad man kan göra från högskolan.

Det blev också en intressant diskussion om vårt språkbruk. Vi använder ofta uttryck som "tvätta och klä" och "lägga upp", vilket egentligen inte talar om vad vi gör och vilket stort ansvar vi har i dessa arbetsuppgifter. Kan vi uttrycka oss bättre får vi en annan tyngd i beskrivningen av våra arbetsuppgifter. Vi hade en trevlig kväll med intressanta diskussioner och jag vill tacka Marie och Birgitta för de kunde vara med och för deras engagemang. •



Från vänster: Skåne, KRYH, Helene Nielsen, Anette Brkic, Gunilla Gunnarsson, Maria Fredriksson och Helene Lindskog-Sjöberg



Jämtland

Jämtland 17 oktober 2017

Text: Andreas Tullsson, distriktssamordnare

Vi träffades i sjukhusets matsal en mörk oktoberkväll. Det var ett späckat program att gå igenom. I år blev det dessutom en rejäl produktutställning från många av föreningens sponsorer. Vi började med att äta lite och efter det gick jag igenom föreningsfrågor, föreningens uppbyggnad, att det går att söka stipendier, vår tidning Uppdukat – både i tidningsform och i digitalformatet på hemsidan. En sak som efterfrågades av medlemmarna var att man vill kunna söka gamla artiklar i något slags register. Jag passade även på att slå ett slag för "Riksföreningen anser och rekommenderar" och Kompetensbeskrivningen.

Efter några korta produktpresentationer började kvällens "huvudnummer" Ann Folin från Mölnlycke Healthcare sin något nedbantade föreläsning "Multiresistenta bakterier på opsalen – åtgärder för att förhindra spridning". Vi fick en lägesrapport om hur det ser ut med spridningen av olika resistenta bakteriestammar och prognosen för framtiden. Det ser tyvärr inte så ljus ut. Situationen med multiresistenta bakterier förvärras för varje år. Resten av föreläsningen gick

ut på hur operationssjuksköterskan genom sina åtgärder kan minska och förebygga smittspridning på sjukhus. Det blev en del diskussioner kring följsamhet eller snarare brist på följsamhet av främst andra personal-kategorier när det gäller rätt klädsel, mössa eller munskydd. De flesta av mötesdeltagarna hade arbetat under dagen och var lite trötta men det här är frågor som engagerar och det blev mycket bra diskussioner och mina medlemmar verkar så här i efterhand nöjda med kvällen.

Jag vill tacka alla utställare och föreläsare som gjorde mötet möjligt! •



Södra Älvsborg

Södra Älvsborg 18 oktober 2017

Text: Elin Wass, distriktssamordnare

Medlemmar från sjukhusen i Borås, Skene och Alingsås hade bjudits in till denna nätverksträff som hölls i konferensrummet på Operation 1 i Borås. Eftermiddagen inleddes med att jag som distriktssamordnare hälsade alla hjärtligt välkomna och höll en kort presentation av Riksföreningen för operationssjukvård. Dispositionen och syftet med eftermiddagen förklarades.

Maria Åkergren från Medtronic tog sedan vid. Hon presenterade sig själv och företaget. Medan deltagarna njöt av en bit mat började den teoretiska delen. Föreläsningen började som en repetition om suturens historia, hur suturen är uppbyggd, vad det finns för kurvaturer, monofila respektive multifila och rekommendationer för de olika suturernas användningsområde. En del frågor uppstod och det blev en bra diskussion bland annat om suturer vid bröstkirurgi samt höftplastiker. Maria förklarade fördelarna med den monofila suturen jämfört med den flätade multifila och gav en del tips i handhavandet. Olika användbara knutar och deras användningsområde förklarades.

Efter den teoretiska delen väntade en kaffepaus och därefter en praktisk del. Maria hade förberett två snören som gick längs med alla sidorna på



bordet som fick illustrera huden eller vävnaden. Varje deltagare fick sedan en kort bit snöre som de kunde öva de olika knutarna med som t.ex. start- och stoppknuten och "enstaka".

När deltagarna kände sig säkra på att knyta de olika knutarna med snören gick vi vidare för att sy i kycklinglår. Alla fick ett underlägg, kycklinglår, kniv, pincett, sax, nålförare och suturer. Nu var det upp till bevis vad vi hade lärt oss. Nu skulle vi suturera och knyta i kycklingkötet. Deltagarnas inlevelse var stor, de ropade om fler suturer, att det var fel sorters suturer, att det gick på tok för långsamt osv. De hade alla glimten i ögat och lekte otåliga kirurger. Maria gick tålmodigt runt till alla deltagarna för att ge tips och råd. Alla operations-sjuksköterskor var mycket nöjda med mötet och tyckte att det var positivt att göra något praktiskt.

Stort tack till Maria Åkergren från Medtronic! •

Blekinge och Kronoberg

19 oktober 2017

Text: Anette Ernstson, distriktsamordnare

Vi var 15 operationssjuksköterskor som träffades på Centraloperation i Karlskrona. Tyvärr förkylningstider, så det blev några återbud. Det var C-op. som var värd för kvällen.

Vi började med att presentera oss, då det fanns lite nya medarbetare, samt lite mat. Jag informerade om Riksföreningen för operationssjukvård, med hjälp av hemsidan. Arbetet med vad RF anser och rekommenderar. Den senaste som antogs var den 6 november 2016. Catarina Augustsson, som är styrelseledamot, informerade om arbetet med NORNA och EORNA. Vi diskuterade om arbetet med "Samtal om levnadsvanor inför kirurgi-operationssjuksköterskans roll". Jag uppmanade att söka stipendium, skriva i Uppdukat och då t.ex. om "Min operationsavdelning". Roligt att kunna berätta att vi snart finns på Facebook. Nytt också att man ska kunna swisha medlemsavgiften.



Blekinge och Kronoberg

Blekinge och Kronoberg har haft upphandling av suturer, som nu är klar. Nästan alla suturer, får vi från Ethicon, Johnson&Johnson. Därför avslutades denna kväll med information och utbildning om suturer av deras representant, Malin Kron. En inbjudan till kvällen var skickad till Karlshamn, Ljungby och Växjö. Tyvärr kunde ingen komma. •

- Kirurgisk rök
- Angående omhändertagande av biologiskt preparat i samband med kirurgiska ingrepp
- Om operationssjuksköterskans specialistkompetens för patient-säker vård i operationsrummet

Intentionen med dokumenten är att varje patient ska få en god och säker vård som vilar på kvaliteten utifrån evidens, samt skapa god arbetsmiljö för operationssjuksköterskor och medarbetare i teamet. Detta dokument kan med fördel användas som grund för verksamhetens riktlinjer. Dokumenten är vetenskapligt grundade och kan användas i sin helhet eller som utgångspunkt för verksamhetens egna riktlinjer. Enkelhet och tydlighet är kännetecknande samtidigt som de ger en kort information om syftet och en rad praktiska tips. Förhoppningsvis kan dessa leda till att vi återigen följer enhetliga riktlinjer i hela landet.

Cecilia Hafvenström och Mats Persson från Abigo kom och föreläste om sår och förband. De presenterade Sorbact-metoden, en kliniskt etablerad svensk innovation för behandling av alla typer av sår. Genom en naturlig verkningsmekanism binder Sorbact® bakterier och svamp. Sorbact® innehåller inte antiseptika eller andra toxiska substanser vilket är positivt för miljön. Sårbehandling med Sorbact® bidrar inte till det ökande globala problemet med bakterieresistens mot antibiotika. Ett stort tack till Cecilia och Mats samt till mina kollegor som kom på mötet och gjorde det till en trevlig kväll. •

Gävleborg

24 oktober 2017

Text: Mi Sundberg, distriktsamordnare

Årets nätverksträff hölls i konferensrummet på Centraloperation i Gävle. Vi var tio operationssjuksköterskor från Centraloperation samt ÖNH-op. i Gävle som deltog i mötet. Kvällen startade med lite mingel och mat och en presentation av kvalitetsrådets arbete "Riksföreningen anser och rekommenderar". Sjuksköterskans kärnkompetenser och kompetensbeskrivning för operationssjuksköterskor är dokument som ligger till grund för rekommendationerna. Riksföreningen anser och rekommenderar:

- Åtgärder mot förväxling
- Åtgärder mot oavsiktligt kvarlämnat material
- Åtgärder vid anläggande av blodtomt fält

Värmland

8 november 2017

Text: Lotta Olsson, distriktssamordnare

I år valde jag tillsammans med Ann-Louise Leino att ha nätverksträffen på Torsbys operationsavdelning. Flera operationssjuksköterskor från Karlstad hade inte varit i Torsby och Torsbys operationssjuksköterskor har mycket kompetens att dela med sig av och ett studiebesök på operationsavdelningen planerades. Vi startade med en föreläsning i forensisk omvårdnad av Anna Olsson, operationssjuksköterska i Torsby.

Forensisk omvårdnad - sjuksköterskans kompetens möter rättsväsendets

- Berör sjukvårdspersonal som möter våldsutsatta personer, gärningsmän och deras närstående.
- Identifiera, samla in och bevara bevismaterial, samverka med polis, rättsväsende, socialtjänst, andra myndigheter och ideella organisationer.
- Klippa upp kläderna en bit ifrån skadan.

- Kläderna förvaras i papperspåse märkta med patientens namn och personnummer samt namn på den som tagit omhand om materialet.
- Kondens kan leda till att biologiska spår ruttna, hår och fibrer svåra att hitta om de ligger i plast.
- Om kläderna är blöta eller blodiga, lägg först i papperspåse, förseгла därefter i plastpåse.
- Förvaras inlåst - ej obebakat. Överlämnas till polis.
- Spårsökning, kniv kvar i patient - tvätta inte kniven, trä en steril handske över för att skydda ev. spår.

Hur kan vi på operationsavdelningen samarbeta med polisen för att inte förstöra bevismaterial? Alla tyckte detta var jätteintressant, så det ledde till många frågor och diskussioner och vi hoppas att det medför bättre omvårdnadsrutiner för patienter där vi kan hjälpa till med att bevara bevismaterial och inte klippa kläder så vi fördärva bevismaterialet.

Ann-Louise Leino tog med sig alla operationssjuksköterskor för en rundvisning på operationsavdelningen. Vid

återträffen njöt vi av jordgubbar i november och jag visade Riksföreningen för operationssjukvårds hemsida för att påminna alla hur mycket matnyttigt det finns där, stipendier, "Uppdukat" från tidigare år och "Riksföreningen anser och rekommenderar" - som är så bra, samt att även många föreläsningar finns från Höstkongresser och Hygienforum.

Vi hade en fantastiskt trevlig kväll och vi ser fram emot nästa träff. •

Skaraborg

21 november 2017

Text: Monika Briggner, distriktssamordnare

En tisdagskväll i november samlades en grupp operationssjuksköterskor på Centraloperation i Skövde. Kvällen startade med en genomgång av Riksföreningen för operationssjukvårds hemsida. Vi tittade extra på dokumenten under "Riksföreningen anser och rekommenderar" och bestämde oss för att använda dessa. Det pågående arbetet i Riksföreningen med projektet "Stark för livet, stark för kirurgi" presenterades också och diskuterades i gruppen. Därefter fortsatte vi med diskussioner om vår arbetssituation.

Det senaste projektet, 6-timmars arbetsdag, blev ämnet som genomströmmade kvällen. Projektet med 6-timmars arbetsdag startade efter sommarsemesteren 2017 och ska pågå under ett år. Första utvärderingen ska ske efter 6 månader. Tanken med 6-timmars arbetsdag är att öka produktivitet och flöde genom att möjliggöra att ha en sal öppen 12 timmar utan lunchavlösning. Detta medför att personalen har förkortade arbetspass med full betalning och därmed ökad tid för rekreation. 6-timmars arbetsdag genomförs vardagar på en ortopedisk traumasal samt på en kirurgisk akutsal. Två team per sal jobbar för- respektive eftermiddag med 15 minuters överlappning utan lunchuppehåll.

Passen bokas och fördelas vid ordinarie schemaläggning och det blir i dagsläget ca 12 stycken 6-timmarspass per operationssjuksköterska under en period på 9 veckor. Vi ser flera positiva effekter av detta projekt bland



Värmland. Ann-Louise Leino, Ulla Skoglund, Gunilla Enesten, Helene Nordström, Helena Granrot, Sofia Häggblom, Björn Pettersson, Eva Norlander, Anna Ekman Olsson, Åke Rundqvist och Rose-Marie Gabrielsson

annat genom ett förbättrat teamarbete och ett upplevt effektivare flöde. En förutsättning är att det finns utökade resurser för "kringarbetet", såsom mellanstäd och diskhämtning. Resursfördelningen av övrig personal är inte optimal utan är föremål för fortsatt utveckling. Kontinuerliga avstämningar har hittills skett på APT och en arbetsgrupp har fått i uppdrag att jobba vidare med förbättringsarbetet kring 6-timmarssturena. Under kvällen serverades det glögg med tilltugg och en god sallad! Kvällen avslutades med att konstatera att det är trevligt och viktigt att få träffas och diskutera vårt arbete som det ser ut idag. •

Jönköpings län 22 november 2017

Text: Inger Karlsson distriktssamordnare

Nätverksträffen för operationssjuksköterskor i Jönköpings län hölls i år i operationscentralens konferensrum på Ryhovs regionssjukhus i Jönköping. Deltagarna bjöds in via direkt kontakt med de olika operationsavdelningarna samt på Riksföreningen för operationssjuksköterskors hemsida.

Det var 22 operationssjuksköterskor anmälda och trots att några fick förhinder, var det 19 operations-sjuksköterskor som hade möjlighet att komma till kvällens möte. Tyvärr

hade kollegorna i Värnamo förhinder, men både Höglandssjukhuset i Eksjö och regionssjukhuset Ryhov i Jönköping var representerade. Vi startade med lite mingel under tiden som alla samlades och sedan var det gott med en bit mat och mycket prat, bland annat om de olika avdelningarnas bemanningssituation och arbetstider. Det är alltid både intressant och roligt att träffas och få höra hur kollegorna har det på de olika avdelningarna och sjukhusen i länet.

Efter maten berättade operationssjuksköterskan Aniko Kelemen engagerat om sitt deltidsarbete inom försvarsmakten vilket innebär att hon varit på tre åttaveckorsuppdrag i Mali. Det var mycket intressant att höra om hennes arbete på campen med ca 250 personer, där hon var den enda operationssjuksköterskan i tjänst. Det finns ytterligare en operations-sjuksköterska men hon arbetar inte på campen utan är ute på fältuppdrag. Arbetet innebär att all sjukvårdspersonal är i beredskap 24 timmar om dygnet och mycket tid ägnas åt övningar och fysisk träning. Det var mycket välkommet att ibland få paket hemifrån med godis och andra av livets nödvändigheter.

Avslutningsvis berättade undertecknad om föreningen, varför det är så viktigt att vara medlem och om det stora och betydelsefulla arbete som föreningen utför. Jag informerade också om vårens hygienforum, den nordiska kongressen NORNA-kongressen i Stockholm nästa höst samt nästa europeiska kongress, EORNA-

kongressen som hålls i Haag och att det finns stipendier att söka till dessa kongresser. Extra reklam gjordes för föreningens fina hemsida och att man där kan finna kvalitetsrådets utmärkta rekommendationer under "Riksföreningen anser och rekommenderar" samt påmindes det om riksföreningens eget supportstipendium som medlemmarna uppmuntrades att söka. Stort tack till alla som hade möjlighet att komma och väl mött nästa år! •

Gotland 6 december 2017

Text: Åsa Eneqvist, distriktssamordnare

Måndagen den 6 december bjöd jag in alla mina operationssjuksköterskollegor till mitt tredje distriktsmöte. Tyvärr blev vi inte så många då det var många som blev sjuka samt att några var tvungna att jobba. Men det blev i alla fall inte trångt i vårt konferensrum på centraloperation på Visby lasarett!

Jag välkomnade alla och kvällens föreläsare som kom från Stille. Mats Riedl och Stefan Brolin hade kommit över havet för att berätta lite om Stilles historia, deras instrument och dess olika funktioner, tillverkningssteknik och material. Vidare om hur vi vårdar och kontrollerar, samt vikten av rätt instrumentvård, för att uppnå den bästa hållbarhet. Vi, jag och mina kollegor, fick då friska upp gammal kunskap, men fick även reda på nya tips om bäst vård av instrumenten.

Efter att Stille lämnat oss, gick jag igenom vad Riksföreningen för operationssjuksköterskors höstkongressdagar hade givet oss. Med alla fantastiska bra föreläsare vi fått lyssna på samt allt nytt och gammalt från andra kollegor vi fick samtala med från vårt avlånga land. Vi avslutade mötet med att diskutera lite hur vi kan marknadsföra vårt yrke på bästa sätt. Vad ska vi göra för att kunna rekrytera sjuksköterskor till att gå specialisering inom operationssjuksköterska?

Tack tappra lilla skara som kom och tack Mats Riedl och Stefan Brolin! •



Jönköping

HYGIENFORUM 24 – 25 maj 2018

SHERATON STOCKHOLM HOTEL

Riksföreningen för operationssjukvård inbjuder till det 11:e Hygienforumet i Stockholm. Forumet är öppet för alla med intresse för vårdrelaterade hygienfrågor.



Du kommer bland annat att få Lyssna på Kim Harrys historia.

Så kan det gå – om bemötande i vården. Berättelsen som kan göra skillnad mellan liv och död

Marmorgolvet kändes kallt mot Kims ansikte. Avsvimnad låg han på golvet i familjens hotellrum på semesterorten i Lanzarote. Han hade influensa, säkert en helt vanlig influensa tänkte Kim och tog sig upp med hjälp av sin blivande fru Irene.

Familjen kom hem till Sverige igen. Men influensan gav inte med sig. Smärtor i ben och andra kroppsdelar blev allt starkare. När han knappt kunde gå för värkens skull sökte sig Kim till sjukvården. Det var där det gick snett. Han skickades hem och de farliga bakterierna som intagit Kims kropp fick fritt spelutrymme.

Först när Kim närmade sig kritiskt läge togs hans situation på allvar. Han fick ypperlig intensivvård. Trots att hans hjärta stannade flera minuter vid flera tillfällen så överlevde han.

Överlevde, men förlorade båda benen och nästan all rörelseförmåga i armarna. Han kallar sig själv en "samhällsekonomisk katastrof".
Varför kommer du att få reda på.

Kim är medicinsk historia. Med träffsäkerhet, ödmjukhet och massor av humor berättar han en historia som aldrig får glömmas bort. Hur gör vi för att samma sak inte händer igen?

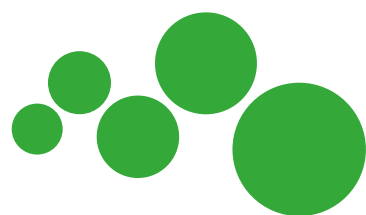
**För mer information titta på rfop.se.
Anmälan är öppen**



Riksföreningen för
operationssjukvård

POSTTIDNING B

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



Mölnlycke®



Johnson & Johnson

MEDICAL
DEVICES
COMPANIES



MEDI PLAST®

KEBOMED

Medtronic
Further. Together

CRC
medical

VINGMED

B | BRAUN
SHARING EXPERTISE

BERNER
Medical