

Uppdukat

Nr 2 maj 2016 årgång 28



Spara pengar Med originalet.



Med hjälp av Aesculaps® högkvalitativa sterilcontainrar sparar du pengar. Även på kort sikt blir kostnaden för ditt nya containersystem lägre. Förvånad? Ta gärna kontakt med oss. Vi erbjuder ekonomiskt gångbara lösningar för sterilt gods.

Aesculap®. Originalet. Sterila containrar sedan 1971.

B | BRAUN
SHARING EXPERTISE

B.Braun Medical AB
Post: Box 110, 182 12 Danderyd, Sverige | Besök: Svärdvägen 21, Danderyd
Telefon +46 8 634 34 00 | Fax +46 8634 34 34 | www.bbraun.se

Utgivare

Riksföreningen för operations-
sjukvård ISSN 1101-5624.

Upplaga

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

Prenumeration

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

Prenumeration via agentur
450 kr per kalenderår

Omslagsbild

Operationssal, Karlskoga

Foto:

Karlskoga lasarett

Annonser

annonsansvarig@rfop.se

Redaktion

*Kristina Lockner
Inger Andersson
Marie Afzelius
Ingrid Andersson*

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

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

Innehåll

Uppdukat nr 2 2016 årgång 28

Redaktionens ord...**sid 4**

Porträttet...**sid 6**

Livet efter disputationen –
min vardag...**sid 8**

När operationssjuksköterskan
ersätts av en person utan
rätt kompetens...**sid 10**

Sveriges disputerade Opera-
tionssjuksköterskor...**sid 12**

Boktips...**sid 14**

Information om Vård-
handboken och avsnitt
Operationssjukvård...**sid 16**

Integrationsprojekt T-Doc
och Orbit 5 Operating Room
Management (ORM)...**sid 18**

Ofrivillig hypotermi under den
perioperativa processen....**sid 20**

Hygienfrågan...**sid 24**

Min operationsavdelning...**sid 26**

Stipendium...**sid 27**

Att operera i mobila
operationssalar....**sid 28**

Stark för kirurgi -
stark för livet...**sid 30**

Föreningsnytt...**sid 34**

sid 6

Foto: Peo Sjöberg



sid 20



sid 28



Välkommen att skicka in din artikel eller insändare till Uppdukat!

Några tips när du skriver:

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

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

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

Foto: Peo Sjöberg



Det byggs och renoveras för fullt runt om på våra operationsavdelningar och logistiken runt detta kan vara svår, då den ordinarie verksamheten ska pågå samtidigt. Då kan det vara bra att tillfälligt få flytta sin verksamhet till tillfälliga flyttbara moduler, läs om Karlskogas tillfälliga lokaler. Det kanske finns fler som det kan vara en lösning för.

I Södertälje håller de på med ett integrationsprojekt T-Doc och Orbit 5 Operating Room Management (ORM). Hur har ni det på er avdelning? Vi vill gärna skriva om fler utvecklingsprojekt, det är ett bra sätt att sprida kunskap, skapa idéer samt bara det att alla inte behöver uppfinna hjulet. Hör av dig till oss i redaktionen. Stark för kirurgi- stark för livet, vad är operationssjuksköterskans roll i detta? Det var en fråga som ställdes i det projekt som svensk sjuksköterskeförening drev tillsammans med vår förening, läs mer om det i detta nummer.

Nu har den andra certifieringsutbildningen för produktspecialister som riksföreningen håller tillsammans med Swedish Medtech genomförts. Det kommer kanske ta tid innan du träffar en produktspecialist med certifikat, fast börja gärna fråga när de kommer till er avdelning, om det gått eller planerar att delta. Utbildningen är planerad till 4 tillfällen under 2016, tanken är att den

ska bli regelbundet återkommande allt för att vi ska tydliggöra våra roller samt för patientsäkerheten såklart. Vi kommer inom kort att publicera på rfop.se vilka företag som haft medarbetare med på utbildningarna.

Just nu förbereder styrelsen föreningens årsmöte som hålls den 25 maj i Stockholm, det viktigaste mötet i förening har. Det mötet då det både ska tittas bakåt och framåt, har vi gjort de vi sa att vi skulle göra? Och vad ska hända kommande år? Vår förening är en aktiv förening, vi har förutom styrelsen ca 70 medlemmar som är aktiva i olika arbetsgrupper eller uppdrag. Distriktssamordnare, valberedning, revisorer, vetenskapligråd, kvalitetsråd, kongressråd, redaktion, nätverk för specialistlärare, chefnätverket, sponsorsgrupp, revisorer i patientsäkerhetsprojekt, deltagare/representant i olika utvecklingsprojekt, expertgrupper och styrgrupper samt

EORNA och NORNA. Det gör det extra roligt med ett årsmöte att se alla engagerade medlemmar som bidrar till att vår förening ständigt utvecklas.

Vill du vara aktiv på något sätt? Just nu behöver vi fler till redaktionen, kan det vara du? Är du intresserad av att skriva, redigera texter m.m. hör av dig till rfop@rfop.se så får vi boka en tid och prata mer om vad det innebär. Vi behöver även distriktssamordnare i Norrbotten, Västernorrland, Södermanland och Uppland. Även kvalitetsrådet behöver en till medlem, se deras annons i tidningen.

Kom ihåg Hygienforum, 26 – 27 maj är det dags igen. Det går fortfarande bra att anmäla sig.

Till sist vill jag tacka alla som kontakter oss med tips och idéer och skriver till Uppdukat, fortsatt med det.



Ökad patientsäkerhet med **BARRIER® Clean air suit**

Förebygg postoperativa infektioner för att spara resurser, minska patientlidande och ge bästa möjliga chans till snabb rehabilitering.

Spara resurser

Stora medicinska och ekonomiska resurser används idag till att behandla infektioner som uppstått under eller efter kirurgiska ingrepp. I samband med utbredningen av resistent bakterier behöver vi förebygga allt som går att förebygga. Att förebygga postoperativa infektioner vid kirurgiska ingrepp sparar inte bara på resurser, det minskar även patienters lidande och ger bästa möjliga chans för snabb rehabilitering.

Minska risken för luftburen kontamination

Luftburen kontamination genom bakterie-bärande hudpartiklar är en av orsakerna till infektioner vid kirurgiska ingrepp. Det finns studier¹ som visar på korrelation där ultraren luft, mindre än 10 colony forming units/m³ (CFU), i operationssalen ger färre postoperativa infektioner. Några av de främsta åtgärderna som kan minska antalet luftburna bakterier i operationssalen är personalens klädsel, antal personer, deras aktivitet under operation och ventilation².



Öka patientsäkerheten med ultraren luft³

Clean air suit bidrar till att skapa ultraren luft vilket möjliggör en signifikant minskning av luftburna bakterier^{4,5}. Genom att förebygga infektion reduceras antalet reoperationer, patienters lidande och inkomstförlust – samtidigt som snabbare patientgenomströmning möjliggörs genom ökad produktivitet och effektivitet.

BARRIER® Clean air suit bidrar till att skapa ultraren luft

Skapandet av ultraren luft, genom att bära BARRIER® Clean air suit, uppnås både genom högt motstånd mot mikrobiologisk penetration och genom plaggets utformning. Kläderna har ett absorberande mjukt innerlager för ökad komfort och är designade för att möta kraven på funktionalitet.

Referenser:

1. PRISS expert group 4 2014, Optimal operating environment for prosthetic knee and hip operations. Final report 2. Swedish Technical Specification SIS-TS 39:2015. Microbiological cleanliness in the operating room – Preventing airborne contamination – Guidance and fundamental requirements. 3. Ljungqvist B and Reinmüller B. People as a contamination Source. Surgical clothing systems for operating rooms – a comparison between disposable non-woven and reusable mixed material. Report from Chalmers University of Technology 2012 4. Tammelin A, et al. Single-use surgical clothing system for reduction of airborne bacteria in the operating room. Journal of Hospital Infection, 2013. 5. European Committee for Standardization. European Standard EN 13795. Surgical drapes, gowns and clean air suits, used as medical devices, for patients, clinical staff and equipment, ICS 11.140.

Läs mer på www.molnlycke.se

Molnlycke Health Care AB, Box 13080, 402 52 Göteborg. Tel: 031-722 30 00.
Namnet Molnlycke Health Care och logotypen och BARRIER® är registrerade globalt och tillhör något av företagen inom Molnlycke Health Care-koncernen. Copyright (2016)



**MÖLNLYCKE
HEALTH CARE**

A portrait of a woman with short blonde hair and bangs, smiling at the camera. She is wearing a mustard yellow cardigan over a dark top with colorful geometric and floral patterns. Her hands are clasped in front of her, and she is wearing a watch and a ring. The background consists of a dark grey pillar on the left and a light wood-paneled wall on the right.

Porträttet

Lotta Olsson

Lotta Olsson är operationssjuksköterska och arbetar i Värmland. Hon fyllde själv 50 år samtidigt som Riksföreningen för operationssjukvård firade sitt 50-års jubileum. Vi har samtalat om hennes val av yrke och engagemang.

Utbildning

Lotta Olsson har vuxit upp i Karlskrona i Blekinge där hon gick 2-årig vårdlinje. Då hon var färdigutbildad undersköterska var det stor brist på operationssjuksköterskor och därför gavs dispens att söka utbildningen till operationssjuksköterska utan att först ha arbetat ett år som undersköterska.

För Lotta var det ett lätt val att bli operationssjuksköterska. Hon kände att hon ville göra något mera spännande än att bli allmänsjuksköterska och då lockade operationsutbildningen. Hon kom in på den första 80-poängsutbildningen i Karlstad och hade turen att få bostad hos en bekants mormor.

I mitten av 1990-talet pratades det mycket om "att inte vara sjuksköterska", då gick Lotta en kompletterande utbildning till sjuksköterska.

Innan hon började som huvudhandledare för studenter inom specialistutbildningen för operationssjuksköterskor, tog Lotta sin magisterexamen, i Karlstad var det ett krav för att få bli huvudhandledare. Nu är hon huvudhandledare för specialistutbildningen i hela Värmland och utbildningen har ett samarbete med högskolorna i Linköping och Jönköping, studieorter är förutom Karlstad, Falun, Örebro, Västerås, Linköping och Jönköping.

Arbete

Två år senare då Lotta var nyutbildad, fanns det inga arbeten i Värmland, utan hon flyttade tillbaka till Blekinge, denna gång till Karlshamn. Arbetet på operationsavdelningen där var spännande, ortopediverksamheten startade och det var stor utveckling inom operationssjukvården. Under elevtiden i Karlstad hade hon fått erfarenhet från en ny ortopedisk operationsavdelning där man drapeerade med engångsmaterial, man hade "stängda dörrar", bra ventilation,

man gjorde bl.a. höftplastiker. Lotta kände att man satsade på henne i Karlshamn, hon fick ha mycket ortopedi, hon fick gå AO-kurser och lärde sig mycket.

Efter två år sökte hon sig till Karlstad igen och fick arbete på ortopedisk dagkirurgisk operationsavdelning, boende fick hon nära sjukhuset i landstingslägenhet.

Under sommaren 1987 fick hon ett sommarvikariat i hemstaden Karlskrona, men eftersom hon då hunnit träffa en värlänning som blev "mannen i hennes liv", flyttade hon tillbaka till Karlstad och ortopeden.

Idag arbetar Lotta på en av Karlstads två operationsavdelningar, som i dagarna slås samman till ett operationscentrum där alla specialiteter får plats. Det har varit otroligt spännande att få möjlighet att följa byggandet, säger Lotta. Vi har kunnat påverka hur arbetssättet kommer att förändras på den nya avdelningen, t.ex. genom uppdukningsrum som gör att det finns möjlighet att duka upp i förväg i. Därmed hamnar patienten i centrum då den kommer till avdelningen, det är mera patientsäkert att rulla in patienten i operationssalen direkt.

Engagemang

Lotta har varit intresserad av operationssjuksköterskeyrket sedan utbild-

ningen och är mycket intresserad av den perioperativa dialogen. Hon har försökt att införa det arbetssättet och hoppas nu att den nya preoperativa mottagningen ska bli ett steg i rätt riktning.

Hon har varit distriktssamordnare för Värmland sedan 2010 och är nu också styrelsens kontaktperson för distriktssamordnarna, samt ingår i valberedningen.

Hon tycker att nätverk mellan operationssjuksköterskor är nödvändigt och stimulerande för att fortsätta brinna för jobbet och för patienten i fokus. Riksföreningen för operationssjukvård är det enda som stärker oss som operationssjuksköterskor. Vi tänker ofta väldigt lika både nationellt och internationellt.

Om yrket

Det bästa är patienten i teamet – lagarbetet, säger Lotta. Det är lika men ändå olika hela tiden och hon känner att man får bekräftelse att man gör ett bra arbete både från patienter och arbetskamrater. Nackdel kan vara när det blir för lika. Tidmätning för att kontrollera bytestider som tar för lång tid är också negativt.

Lotta avslutar med att säga att det viktigaste är att jobbet ska vara patientsäkert och patientfokuserat. •

Kallelse till årsmöte

Riksföreningen för operationssjukvård
håller årsmöte den 25 maj 2016

Plats: Scandic Continental Stockholm
Vasagatan 22

Tid: Kl. 10.00

Välkommen!



Livet efter disputationen – min vardag

... eller historien om att lära sig att säga NEJ

Disputationsdagen 22 mars 2013 var magisk. En ego-boost utan dess like. Familj, vänner, gamla och nya kollegor skymtades i aulan. Tre timmar i rampljuset. Den efterföljande festen var lika magisk. God mat, fantastiska tal som fick ögonen att svälla över av tårar både en och sju gånger och en känsla av att verkligen ha presterat något stort. Ett underbart minne för livet.

Men sen då...? Ja, jag tog ledigt... i FEM månader! Men innan jag var ledig åkte jag på spa i tre dagar, ensam, för att smälta alla intryck. Det var så behagligt att bara hasa omkring i badrock utan måsten. Som en urvriden disktrasa, fast lycklig liksom...

Så jag var ledig i fem månader. Eller ledig och ledig. Jag skrev färdigt och fick publicerat de två artiklarna i avhandlingen som ännu inte hamnat i tidskrift. Jag var också ute och föreläste en hel del. Men jag hann också ta itu med allt det där som blivit ligande under de här åren, lite renovering hemma, läsa de där böckerna alla andra redan läst och kolla in lite TV-serier. Men efter sommaren var det dags att ta nya tag. Jag skulle påbörja två nya jobb: halvtidstjänst som adjunkt på operationssjuksköterskeprogrammet på Karolinska Institutet (KI) och halvtid i en nyskapad tjänst som utvecklingssamordnare på Kirurgkliniken på Södersjukhuset. Adjunktjobbet kastade jag mig in i med hull och hår. Det var fantastiskt roligt att få jobba med utbildningen och operationssjuksköterskestudenterna. Jag hade väl egentligen tänkt mig en kortare sejour där för att skaffa mig utbildningsmeriter och erfarenheter, men det var så vansinnigt roligt att jag blev kvar och är kvar där än efter

snart tre år. Utvecklingssamordnarjobbet däremot blev inte riktigt som jag tänkt mig och efter ett år sa jag upp mig för att arbeta heltid på KI under ett halvår i väntan på att Sårcentrum på Södersjukhuset skulle öppna.

Sårcentrum

Sårcentrum var en vision och en dröm jag arbetat med tillsammans med min tidigare huvudhandledare Carin Ottosson under hela avhandlingsarbetet. Tänk, en specialistklinik som kan leverera den främsta sårbehandling och omvårdnad till denna utsatta grupp patienter. Under min postdisputationsledighet fick vi plötsligt i uppdrag av sjukhusledningen på Södersjukhuset att realisera denna dröm. Onsdagen den 7 januari 2015 öppnades dörrarna för Sårcentrum Södersjukhuset och den första sårpatienten behandlades. En milstolpe i både mitt men även i Södersjukhusets historia. Jag fick en FoUU-tjänst (blandad med klinisk tjänstgöring) 40 % där som jag kombinerade med 60 % på KI.

På Sårcentrum har jag fortsatt min inslagna väg att bedriva sårforskning, främst inriktat mot livskvalitet och patientupplevelser. Vi håller för närvarande på att validera ett livskvalitetsinstrument speciellt inriktat mot patienter med sår. Vi har också genomfört ett antal mer strukturerade produkttester som presenterats i populärvetenskaplig tidskrift som fallserier. Viktigt arbete tycker jag, att utvärdera vården och de produkter vi använder i den kliniska vardagen. Vi har också spännande uppdragsforskning på gång samt möjligen en fas 1 studie framöver. På Sårcentrum finns även en liten operationssal där vi utför mindre kirurgiska ingrepp i lokal

anestesi. Det känns skönt att ha kvar professionen även kliniskt, om än i lite mindre skala. Men jag kan ärligt erkänna att jag ibland saknar arbetet i operationssalen.

Alla goda ting är tre

I år utökades mitt antal jobb till tre, alla goda ting är ju tre, eller hur? Jag blev nominerad av min verksamhetsledning till positionen som studierektor för KI SÖS Kliniska Forskarskola och efter intervju med prefekt samt biträdande prefekt blev jag utnämnd.



Ann-Mari Fagerdahl

Ett uppdrag som egentligen var tilltänkt till en disputerad läkare. Det är ett mycket spännande uppdrag där jag hoppas jag ska kunna inspirera och bidra till att fler sjuksköterskor sätter igång att forska, inte minst fler operationssjuksköterskor.

Ett annat spännande arbete jag har är INFEKT-studien. Operationssjuksköterskekollegan Annette Erichsen Andersson från Göteborg kontaktade mig under hösten 2013 och frågade om jag var intresserad av att dra igång en spin-off-studie till det stora EU-projektet INFEKT (forskning kring nekrotiserande fascit) där vi skulle följa upp drabbade patienter tillsammans med deras närstående för att lyfta deras historia och deras upplevelse. Så klart jag var intresserad av det! Nu har vi genomfört samtliga intervjuer med patienterna och deras närstående sex månader efter sjukdomen och börjat analysera materialet. Svåra och smärtsamma patienthistorier att lyssna till, men ack så viktiga att berättas. Förhoppningsvis kommer de första publikationerna från detta projekt att komma under det här året. Efter det ska vi följa upp patienterna även efter två år vilket kommer bli mycket spännande. Som operations-

sjuksköterska är man ju inte van vid att få följa patienterna hela vägen och här har vi verkligen möjlighet att få ta del av hur deras liv blev efter kirurgi.

Jag har också under denna period suttit med som styrelseledamot i European Wound Management Association (EWMA). Där deltar jag i ett europeiskt arbete där jag nu håller på att lägga sista handen på ett position document om undertrycksbehandling där jag skrivit ett kapitel om patientupplevelser. Jag har suttit med i EWMA i tre år och avgick förra året då det uppdraget är tidsbegränsat. Det har varit mycket resande kors och tvärs i Europa och hårt arbete, inte alltid så glamoröst att sitta på flygplatser och vänta i timtals på försenade flyg, men väldigt lärorikt och jag har skaffat mig ett stort nätverk inom mitt forskningsområde. Mycket nyttigt! Om inte annat har i alla fall min engelska förbättrats radikalt.

Att säga nej

Men det här med att säga nej då...? Ja, det är DET jag nu håller på att försöka lära mig. När man har disputerat väller det in inbjudningar och förfrågningar från höger och vän-

ster. Det ena mer spännande än det andra. Och man är så uppfylld av sin prestation vid disputationen så man vill göra allt. Och jag har verkligen försökt med att göra ALLT. Men nu efter ungefär tre år börjar jag inse att ens kraft och energi inte riktigt räcker till att vara överallt och att göra allt. Därför har jag nu börjat sälla och prioritera. Framförallt kanske också att stanna upp ett ögonblick och andas. Alltför många personer kör på i rallyfart rätt in i tegelväggen för de är så upptagna med så mycket att de inte hinner sakta ner farten och väja. Så innan det händer hoppas jag att kunskapen och förmågan att säga nej även ska komma till Medicine doktor Fagerdahl. Man måste ju ha visioner och mål här i livet... •

Fakta: Ann-Mari Fagerdahl, Adjunkt/examinator, med. Dr. Karolinska Institutet Institutionen för Neurobiologi, Vårdvetenskap och Samhälle (KI NVS) Sektionen för Omvårdnad



Postgraduate-utbildning för specialistsjuksköterskor inom operationssjukvård

Kursen bygger på operationssjuksköterskans kunskaper och kompetens. Utbildningen syftar till en ökad kunskap och fördjupning inom generella, men även specifika temaområden. Föreläsare är disputerade och/eller specialister med kompetens inom de aktuella områdena. Krav innan utbildningstillfällen är förstudier inom aktuellt ämne. Instruktioner distribueras i god tid före utbildningstillfället.

Utbildningen hålls i Linköping, dock kan eventuellt kurstillfälle ske på annan ort. Utbildningen består av 7 seminarietillfällen, tre under hösterminen, fyra under vårterminen. Den förläggs som heldag på fredagar.

Första tillfället är den 16 september 2016.

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 2016. Deltagarantalet är begränsat. Intagningsbesked samt schema skickas ut efter sista anmälningsdag.

Anmälan: <http://vardgivarwebb.regionostergotland.se/postgraduate>

Anna Wårdell, kursansvarig, anna.wardell@regionostergotland.se
Louise Almström, kursansvarig, louise.almstrom@regionostergotland.se



När operationssjuksköterskan ersätts av en person utan rätt kompetens

Vårdskador (1,2) orsakar tusentals dödsfall varje år (3) och sådana skador drabbar vårdtagaren med påtvingat lidande samt negativ inverkan på både tillvaro och ekonomi. Vårdskador ger också omfattande ekonomiska kostnader för både hälso- och sjukvården och samhället, samt skapar bristande förtroende för vården. Det pågår fortlöpande säkerhetsarbete för att minska problemet, t.ex. via lagstiftning som Patientsäkerhetslag (4) och Patientlagen (5).

Rätt kompetens i avancerade samhällsverksamheter säkerställs också via rätt utbildning som regleras via Högskolelag (6) och Högskoleförordning (7). Specialistutbildning för operationssjuksköterskor är en sådan reglerad utbildning (8).

Socialstyrelsen bidrar även med riktad litteratur som *Vem får göra vad inom Hälso- och sjukvården* (9) som beskriver "om en arbetsuppgift är särskilt reglerad när det gäller vem som får utföra den är utgångspunkten också att den inte får delegeras" (9 s 18). Och "det finns arbetsuppgifter som bara en yrkesgrupp eller vissa yrkesgrupper får utföra, eller som kräver särskild utbildning, kompetens eller befattning. Sådana uppgifter kan inte delegeras till den som saknar angiven kompetens om det inte finns en regel som tillåter delegering." (9 s. 20).

Trots detta förekommer det att verksamhetsledningen ersätter en specialistutbildad operationssjuksköterska med en person utan rätt kompetens, som en undersköterska, allmän sjuksköterska, läkarkandidat eller läkare. Operationssjuksköterskor har också tvingas snabbtutbilda personer utan rätt kompetens för att ta över hennes vårdande uppgifter. Att neka till uppgiften har medfört hot om uppsägning motiverat av arbetsvägran, där den facklige företrädaren följt ledningen

linje. Personer utan rätt kompetens har också dokumenterat utförd vård i operationssjuksköterskans journalavsnitt trots krav på spårbarhet av den som signerat en vårdhandling (10). Sådana avvikelser är givetvis inte försvarbart eller förenligt med patientens rätt till säker vård.

Operationsteamets arbete

Samarbetet i operationsteamet i operationsrummet kräver att varje medarbetare har rätt kompetens för uppgiften. Operationsteamets arbete kan jämföras med andra avancerade verksamheter med hög risk som inom flyget, på oljeborrplattformar eller kärnkraftverk där bristande kommunikation mellan personerna i teamet kan få fatala konsekvenser (11). Risken är uppenbar om operationssjuksköterskan ersätts av person som saknar utbildning inom området eftersom det kan leda till missförstånd med vårdskada och dödsfall som konsekvens.

Vi kan spekulera i varför fenomenet fortsätter. Kirurgen vill givetvis att patienten ska få sin operation utförd, vilket är lätt att förstå. Risken att patienten inte når målet med sin operation pga. komplikationer måste dock alltid värderas när personer utan formell utbildning tar över den professionella operationssjuksköterskans vårdande. Det är väsentligt att påminna vi är de enda sjuksköterskorna i världen med expertis på patientnära hygiensäkert vårdande. Det gör att vi inte är utbytbara mot personer utan rätt kompetens i ett operationsteam.

Brist på operationssjuksköterskor anses av verksamhetsledningen vara ett argument för att använda obehöriga personer i den avancerade vården (12). Det finns ca 4000 utbildade operationssjuksköterskor i yrkesförålder i landet och ca 2500 av dem är verksamma inom operationssjuk-

vården. Vi måste därför ställa frågan var finns och vad gör de andra 1500? Kanske arbetar majoriteten av dem på uthyrningsföretag, men det är knappast troligt. Snarare arbetar de i andra verksamheter och det ger inte stöd för att bristen enbart kan utbildas bort. Frågan varför dessa professionella inte arbetar inom operationssjukvården är därför central och behöver utredas.

Vad är det vi säger att vi gör?

En strategi för att påverka andras syn på vår utbytbarhet är att marknadsföra vår profession och vårt avancerade vårdande så utomstående förstår vad vårt vårdande handlar om? I det interna fikonspråket säger vi t ex "damma, tvätta och städa". Om vi använder uttrycken i samtalet med t.ex. en sjukhusdirektör eller politiker har de svårt att förstå varför det behövs en fyraårig högskoleutbildning för uppgifterna och varför inte en undersköterska utför det. Andra kan sällan beskriva vad som ingår i vår profession, och det är vår sak att uttrycka vårt vårdande begripligt för patienter och utomstående.

T ex när vi "dammar", är många av oss överens om att vi utför punkt och ytdesinfektion för att säkra vårdmiljön och förhindra smittspridning samt postoperativ sårinfektion hos patienten. I stället för "tvätta" är preoperativ huddesinfektion bättre eftersom det är en vetenskapligt belagd essentiell vårdhandling som bidrar till att minska risken för postoperativ sårinfektion. Och, därför ska handlingen utföras av en person med rätt kompetens som kan säkra både mekanisk rengöring och desinfektion med korrekt appliceringsteknik och inverkningstid för godkänt desinfektionsmedel. "Städa" är rengöring och desinfektion som utförs enligt gällande regler för ett högteknologiskt utrustat operationsrum med korrekt

kunskap och aktsamhet för att säkra livslängd och funktion på avancerad och kostsam utrustning och för att förhindra smittspridning.

Några begrepp har ersatts mer generellt, t ex ”förbereda salen” där begreppet Säkerställa operationsrummet/salen inklusive vårdmiljön oftare används. Säkerställa innebär kontroll av ventilation och dokumentation av mätvärden från displayen (om sådan finns) avseende ventilationens flöde etc. Temperatur och hygieniska standard samt kontroll av korrekt utrustning ingår också. Dvs. checkning att allt är kontrollerat och säkert precis som piloter gör innan planet får lyfta. Hos oss är det innan patienten bjuds in till den säkerställda operationssalen. Det engelska uttrycket *positioning*, som har samma betydelse på svenska, används oftare idag. Det som talar emot att sluta använda det gamla uttrycket ”lägga upp på operationsbordet” är patienten som uttryckte ”ja, hemma lägger jag upp steken på bordet innan jag skär upp den”. Vi ”tvättar och klär”, vilket är uttrycket i folkmun för det som gjordes med den döde innan hon eller han lades ren och fin i kistan. Desinfektera och draperer ger en tydligare bild som är lättare att förstå för utomstående. Draperer har också blivit ett mer vedertaget uttryck under senare år

En andra strategi som få kan påverka är att vi själva på avdelningen, kliniken eller sjukhuset kommer överens om hur vi operationssjuksköterskor vill genomföra vårt vårdande enligt svenskt regelverk. En enad front är mycket svårt för verksamhetsledningens att forcera.

När det gäller fler uttryck som gör att patienter, närstående och andra utomstående som sjukhusdirektörer, politiker och journalister förstår att en operationssjuksköterska inte är utbytbar får komma i en senare artikel. Ett nätbaserat samarbete mellan landets lärare om tydliga uttryck och begrepp inom vår profession har påbörjats.

Operationssjuksköterskan en självskriven expertkonsult

En annan angelägen diskussion är *När måste det alltid vara en operationssjuksköterska vid patientens operation?* Kan vi ca 2500 yrkesverksamma täcka upp för all kirurgi som bedrivs i verksamheter utanför operationsavdelningen som på vårdcentraler, inom



Birgitta Å Gustafsson

tandkirurgi, hjärtlaboratorium och röntgen, m fl. För sådana verksamheter är dock operationssjuksköterskan redan idag en självskriven expertkonsult. •

Referenser

1. Socialstyrelsen. *Lägesrapport inom patientsäkerhetsområdet*, 2014.
2. Sveriges kommuner och landsting. *Nationell satsning för att förebygga postoperativa sårinfektioner*, 2014.
3. Tusentals patienter dör varje år av vårdskador, 2015. <http://www.dn.se/debatt/tusentals-patienter-dor-varje-ar-av-vardskador>
4. SFS 2010:659 *Patientsäkerhetslag*
5. SFS 2014:821 *Patientlag*.
6. SFS 1992:1334 *Högskolelagen*.
7. SFS 1993:100 *Högskoleförordningen*.
8. SFS 2010:1369 *Patientsäkerhetsförordningen*.
9. Socialstyrelsen. *Vem får göra vad i hälso- och sjukvården och tandvården?*, 2015. <https://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/19891/2015-6-57.pdf>
10. SFS 2008:355 *Patientdatalag*.
11. Flynn R, Connor P, Crichton M. *Safety at the Sharp End: A Guide to Non-technical Skills*. Ashgate publishing, 2008
12. Sveriges radio och television. *Stor brist på specialistsjuksköterskor*, 2015. <http://www.svt.se/nyheter/inrikes/stor-brist-pa-specialistsjukskoterskor>.

Fakta: Birgitta Å Gustafsson, Leg Sjuksköterska, operationssjuksköterska, vårdpedagog, med. dr.

Sveriges disputerade Operationssjuksköterskor med forskning inom perioperativt kontext. Sammanställt av Birgitta Å Gustafsson, sammankallande i vetenskapligarådet.

Barbro Friberg, avliden 2007

Nr 1 år 1998

Titel: Aerobiology in the operating room with implications for working standards

Lärosäte: Umeå Universitet, Institutionen för ortopedi

Christine Leo Swenne, Docent

Nr 2 år 2006

Titel: Wound Infection Following Coronary Artery Bypass Graft Surgery: Risk Factors and the Experiences of Patients

Lärosäte: Uppsala Universitet, Institutionen för medicin

Gudrun Rudolfsson, Docent

Nr 3 år 2007

Titel: Den perioperativa dialogen – en gemensam värld

Lärosäte: Vasa Universitet Finland, Samhälls- och vårdvetenskaplig fakultet

Birgitta Åkesdotter Gustafsson

Nr 4 år 2008

Titel: Att genomleva den perioperativa perioden vid akut och planerad ortopedisk kirurgi

Lärosäte: Karolinska Institutet, Institutionen för neurobiologi, vårdvetenskap och samhälle & Institutionen för klinisk forskning och utbildning Södersjukhuset

Sara Näslund Andreasson

Nr 5 år 2011

Titel: Work Environment in the Operating Room during Cytoreductive Surgery and Hyperthermic Intraperitoneal Chemotherapy: Factors Influencing Choice of protective Equipment

Lärosäte: Uppsala Universitet, Institution medicin och hälsovetenskap, Klinisk medicin Kirurgi

Ann-Christine von Vogelsang

Nr 6 år 2012

Titel: Impact on life after intracranial aneurysm rupture: health-related quality of life and epidemiologic outcomes

Lärosäte: Karolinska Institutet, Institutionen för neurobiologi, vårdvetenskap och samhälle

Ann-Mari Fagerdahl

Nr 7 år 2013

Titel: Negative pressure wound therapy – treatment outcomes and the impact on the patient's health-related quality of life

Lärosäte: Karolinska Institutet, Institutionen för klinisk forskning och utbildning Södersjukhuset

Charlotta Olivecrona

Nr 8 år 2013

Titel: The impact of tourniquet use in total knee arthroplasty

Lärosäte: Karolinska Institutet, Institutionen för klinisk forskning och utbildning Södersjukhuset

Annette Erichsen Andersson

Nr 9 år 2013

Titel: Patient safety in the OR- Focus on infection Control and prevention

Lärosäte: Göteborgs Universitet, Institutionen för vårdvetenskap och hälsa

Karin Falk- Brynhildsen

Nr 10 år 2013

Titel: The effect of preoperative skin preparation on bacterial growth during cardiac surgery

Lärosäte: Örebro Universitet, Institutionen för hälsovetenskap och medicin

Catrine Björn

Nr 11 år 2016

Titel: Attractive Work Nurses' work in operating departments, and factors that make it attractive

Lärosäte: Uppsala universitet, Department of Public Health and Caring Sciences

Ann-Catrin Blomberg

Nr 1 år 2014, Licentiatavhandling

Titel: Att vårda patienten inom operationssjukvård

Lärosäte: Karlstad universitet, Institutionen för hälsovetenskaper



*Karin Falk-Brynhildsen, Birgitta Å. Gustafsson,
Ann-Christine von Vogelsang och Christine Leo Swenne*

Titel: Säker vård- Att förebygga skador och felhandlingar inom vård och omsorg.

Författare: Marion Lindh och Lena Sahlqvist

Utgivet förlag: Natur & Kultur, 2012.
Stockholm ISBN 9789127130937

Författarna anger att boken, *Säker vård- Att förebygga skador och felhandlingar inom vård och omsorg*, vänder sig till studerande på sjuksköterske- och läkarutbildningar samt andra utbildningar. Boken är också relevant för alla yrkesverksamma inom vård och omsorg som vill utöka sina kunskaper och få inspiration till att ge stöd i sitt arbete med patientsäkerhet.

Bokens innehåll, handlar om hur vården och omsorgen kan göras säkrare, att medvetandegöra om risker, att upptäcka och att förebygga dem. Ett av sjuksköterskans kompetensområde är just säker vård så därför kan boken fylla ett tomrum på kunskap, hur patientsäkerheten kan ökas och säkerhetskulturen på t.ex., en operationsavdelning kan utvecklas. I avsnittet kultur och ledning berättas just om vad som kännetecknas en säkerhetskultur, hinder och möjligheter. Likaså diskuteras oprofessionella beteenden och att förebygga dessa. Författarnas beskrivning kan medverka till diskussion på den egna arbetsplatsen i syfte att förstärka en god säkerhetskultur.

Andra avsnitt i boken behandlar bl.a. varför vårdskador kan uppstå, regelverk för utveckling av kvalitet, riskhantering och utredning av vårdskador, hur säker kommunikation kan utvecklas, om vårdrelaterade infektioner och hygien, läkemedel och säkerhet, undernäring, suicid, fallskador samt den aktiva patienten.

Kapitlet om trycksår kan vara betydelsefull läsning för operationssjuksköterskor, med tanke på alla de olika positioneringar som förekommer på operationsbord. Författarna anger att diskussionen om trycksår och förebyggande vård har ansetts som mindre viktigt under några år. Författarna vill därför medverka till att lyfta upp betydelsen av förebyggande arbete och säker vård och som



kan bidra till att utveckla förebyggande åtgärder. Det bör också kunna relateras till det intraoperativa omvårdnadsarbetet. Författarna berör också begreppet "human factors", ett synsätt som beskriver människans delaktighet i det som sker på en arbetsplats. Mer kunskap om "human factors" behövs då framtidens operationsmiljö förmodligen kommer att innebära mer arbete med medicinsk teknisk utrustning viktigt är då att denna blir användarvänlig.

Författarna har vävt in övningar och frågor i texten diskuteras i grupp eller för egen reflektion. Olika exempel på

patientfall eller vårdssituationer ges också för att förstärka eller förtydliga texten i kapitlet för att öka kunskapen till en säker vård.

Kanske tycker jag att avsnittet om de vårdrelaterade infektionerna och hygien kunde fått större utrymme, men det som kan läsas i kapitlet är viktiga punkter. Jag saknade diskussionen om följsamhet att förebygga vårdrelaterade infektioner mer specifikt mot vårdavdelning. Likaså saknas tankar om hållbar utveckling i relation till vårdrelaterade infektioner.

Patientsäkerheten i omvårdnadsarbetet ska ständigt vara i fokus och boken säker vård ger läsaren redskap och ökad medvetenhet. Boken är lättläst och rekommenderas varmt att läsas av personal inom perioperativ vård. •

Vill du vara med och utveckla operationssjuksköterskans yrkesprofession?

Intresserad specialistsjuksköterska inom operationssjukvård sökes att ingå i Riksföreningen för operationssjukvårds Kvalitetsråd.

Vi är i nuläget fyra engagerade och entusiastiska operationssjuksköterskor som arbetar med angelägna frågor för operationssjuksköterskan och för en säker vård. Vi ska vara fem och saknar således DIG!

Kvalifikationer: Medlem i Riksföreningen för operationssjukvård och intresserad av utvecklingsfrågor.

Hör av dig till: rfop@rfop.se

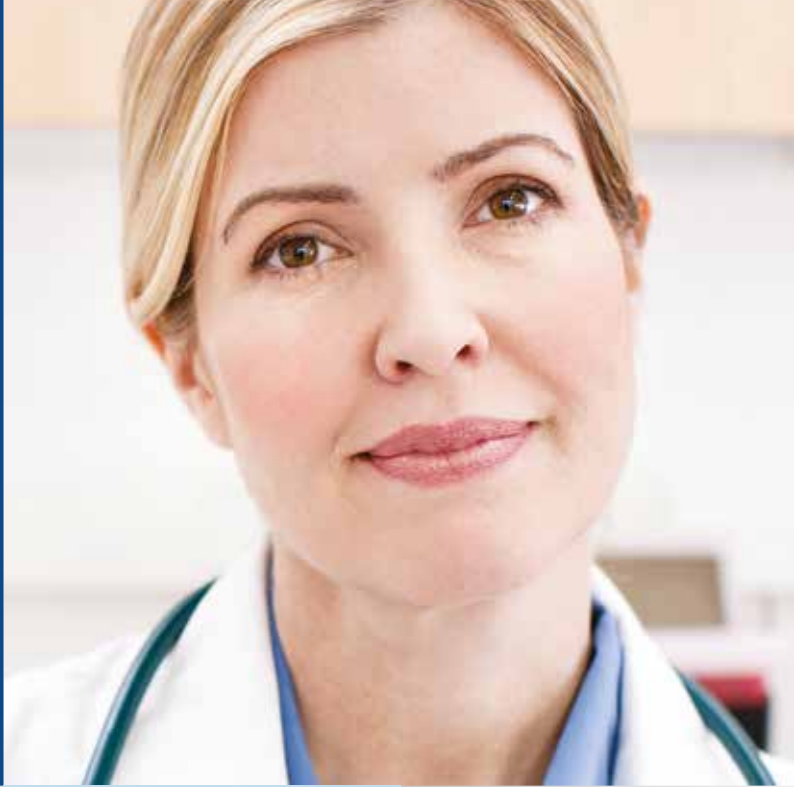
Hälsningar från kvalitetsrådet
Ing-Marie Bundesen, Halmstad
Anna Ekepil, Visby
Rose-Marie Gabrielson, Stockholm
Annika Sandelin, Stockholm



TOGETHER WE CAN IMPROVE PATIENT OUTCOMES

Covidien is now Medtronic Minimally Invasive Therapies.

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 shift^{2,3,4}

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

Information om Vårdhandboken och avsnitt Operationssjukvård

Texten i avsnittet Operationssjukvård är nu uppdaterad. Under arbetets gång återkom vi till ett problem; hur benämns den person som ansvarar för osterilt arbete/funktion i operationsrummet?

Internationellt är det enkelt eftersom det av tradition är dubbelbemanning med operationssjuksköterskor i operationsrummet och i deras litteratur har uttrycket Circulating Nurse använts i decennier. I Sverige utförs osterilt arbete antingen av en operationssjuksköterska som har både formell och reell kompetens för operationssjukvård och perioperativt vårdande eller av legitimerad sjuksköterska eller undersköterska som erhållit intern funktionsutbildning för reell kompetens.

Vi tror att de vanligast förekommande titlarna idag är Pass eller Passare på sal och Cirkulerande sköterska, och när det är dubbel bemannat av operationssjuksköterska kallas det Steril och Osteril operationssjuksköterska.

Men en del blivande operationssjuksköterskor uttrycker dock att Pass eller Passare är en nedvärderande benämning och det indikerar att det kan kännas obekvämt att kalla en medarbetare för Pass eller Passare.

Vi behöver enas om en titel som talar om vad som ingår i osteril funktion/arbete i operationsrum och att titeln kan användas av en undersköterska, leg. sjuksköterska eller operationssjuksköterska samt att benämningen också lyfter funktionen med en "värdig" titel.

Det vore jättestort om ni vill diskutera frågan på era kliniker och skicka in förslag och kommentarer. Maila via rfop@rfop.se så snart som möjligt. •

Fakta: Harriet Söderström, Operations-sjuksköterska, Universitetsadjunkt, Institutionen för omvårdnad, Umeå universitet och Birgitta Åkesdotter Gustafsson, Operationssjuksköterska, Vårdpedagog, Med.dr. FoUU AnOlva-kliniken, Karolinska universitetssjukhuset Huddinge. Ankn. Institutionen CLINTEC, Karolinska Institutet

Foto: Peo Sjöberg



Harriet Söderström



SPECIALISTCENTER SCANDINAVIA

Specialistcenter Scandinavia i Eskilstuna söker

OPERATIONSSJUKSKÖTERSKA

Specialistcenter är en ortopedisk specialistklinik som drivs i privat regi. Kliniken ligger centralt i Eskilstuna, där vi har egen mottagningsenhet och operationsavdelning. Vi bedriver högspecialiserad ortopedisk operationssjukvård inom artroskopisk kirurgi samt större öppen fotkirurgi.

Som operationssjuksköterska hos oss kommer du arbeta som renodlad operationssjuksköterska, där telefonrådgivning samt mottagningsarbete till viss del ingår i arbetsuppgifterna.

Vi söker dig som är legitimerad sjuksköterska med vidareutbildning inom operationssjukvård. Du tar initiativ och ansvarar för egna arbetsuppgifter men även för helheten.

Tjänsten är tillsvidare anställning, 100 % med tillträde enligt överenskommelse. Urval och intervjuer kommer ske löpande under ansökningstiden. Fast månadslön. Tjänsten omfattar dagtid måndag – fredag.

Hoppas vi lyckats väcka ditt intresse.

Din ansökan vill vi ha senast den 23 maj 2016 i form av CV och ett personligt brev.

Ansökan mailas till carina@specialistcenter.nu alternativt skickas till Carina Ekholm. Specialistcenter Scandinavia AB, Drottninggatan 16 A, 632 20 Eskilstuna
För mer info ring: 0723-54 21 55

Partnering for meaningful solutions

For more than 80 years, Ethicon has been a trusted partner, committed to address our customers' needs and deliver what is best for the health and welfare of the patients we serve. Our combined efforts and the high ethical standards by which we operate, define the quality and value of the comprehensive set of products and solutions we bring to market.

We offer you a wide range of surgical equipment and a very comprehensive portfolio of healthcare solutions in the Nordic countries.

Contact your local Nordic representative to learn more how our innovative products and services can help you to improve patient care.



HARMONIC ACE®+7 Shears with Advanced Hemostasis

The most intelligent and advanced HARMONIC® device ever introduced²



ECHELON FLEX™ GST System with Gripping Surface Technology

4x less tissue slippage during firing compared to Endo GIA™ Reloads with TriStaple™ technology for unsurpassed staple formation¹



ECHELON FLEX™ Powered Vascular Stapler with Advanced Placement Tip

Enables precise placement and enhances stability on fragile vessels (e.g. 83% reduction in tip movement³)



SURGIFLO™ WITH THROMBIN Haemostatic Matrix Kit

SURGIFLO™ remains flowable throughout complex and lengthy procedures

Plus Antibacterial Sutures

Inhibit bacterial colonization of the suture for 7 days or more⁴⁻⁶



¹ Benchtop testing in porcine stomach tissue. Mean tissue movement from after clamping on tissue to after firing ECHELON FLEX™ Powered Plus Stapler (PSE60A) and ECHELON Reload with GST vs ENDO GIA™ ULTRA Handle (EGIAUSTND) and Endo GIA™ Reload with TriStaple™ Technology at 3.3 and 4.0mm tissue thicknesses (3.3mm: GST60T 0642mm vs EGIA60AMT 4.806mm p<0.001; 4.0mm: GST60T 0654mm vs EGIA60AAXT 5116mm p<0.001). EMEA-14-1061.

² As compared to previously introduced HARMONIC devices without Adaptive Tissue Technology and Advanced Hemostasis mode.

³ Benchtop testing on porcine carotid arteries. Surgeons (n=24) fired each instrument / reload once: PSE45A / ECR45W and EGIAUSTND / EGIA45AM. Distal tip motion measurement during the firing cycle showed a median reduction of 83% and a range of reduction of 53% to 96% in tip movement of PSE45A / ECR45W vs. EGIAUSTND / EGIA45AM.

⁴ Ming X, Rothenburger S, Yang D. In vitro antibacterial efficacy of Monocryl Plus Antibacterial Suture (poliglecaprone 25 with triclosan). Surg Infect (Larchmt). 2007;8(2):201-207.

⁵ Rothenburger S, Spangler D, Bhende S, Burkley D. In vitro antimicrobial evaluation of coated Vicryl Plus Antibacterial Suture (coated polyglactin 910 with triclosan) using zone of inhibition assays. Surg Infect (Larchmt). 2002;3 (suppl):S79-S87.

⁶ Ming X, Rothenburger S, Nichols MM. In vivo and in vitro antibacterial efficacy of PDS Plus (polydioxanone with triclosan) suture. Surg Infect (Larchmt). 2008;9(4):451-457.

ETHICON

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

For more information please visit www.ethicon.com

DK, FI, NO, SE:

Johnson & Johnson AB Staffans väg 2, SE-191 84 Sollentuna, Phone +46 8 626 22 00

Så här gjorde vi

Integrationsprojekt T-Doc och Orbit 5 Operating Room Management (ORM)

Att integrera operationsplanerings- och spårbarhetssystemet för den sterila utrustningen är bara början på alla nödvändiga fusioner, för att säkerställa en högkvalitativ och patientsäker vård i framtiden. Att med hjälp av en streckkodskanner snabbt och säkert kunna föra in information i patientjournalen och i samma sekund uppdatera lagerstatusen i förrådet är ett vinstgivande arbetssätt ur ett arbetsmiljöperspektiv.

Den 12 juni 2012 sattes operationsplaneringssystemet Orbit 5, i skarp drift på Södertälje Sjukhus AB. Detta projekt hade föranletts av ett mycket fokuserat och målinriktat arbete i den lokala projektgruppen, för att möjliggöra en driftstart i enlighet med satt deadline. Det var ett projekt som medförde omfattande förändringar i både arbetssätt och miljö, då operationsjournalen tidigare fördes i pappersform och det elektiva dagsprogrammet och akutlistan hölls uppdaterad på en whiteboard i operationskorridoren. Detta är bakgrunden till det vidareutvecklingsprojekt som nu pågår för att sammanlänka aktuellt operationsplaneringssystem med det steriltekniska spårbarhetssystemet.

Operationskortet

En oersättlig variabel i operationsplaneringen är operationskortet, som innehåller information om hur lång tid behandlingen beräknas ta samt vilka resurser som är nödvändiga. Det var i arbetet med att skapa dessa operationskort som det noterades hur mycket dubbelarbete som genomfördes avseende den sterila utrustningen på operationsavdelningen. Lagerplatser, lagersaldo, inventeringar, beställningsunderlag, artikelnummer m.m. fanns utspridda i pärmar, mappar på

datorer, på anslagstavlor samt i huvudet på förrådsansvariga.

I operationskortet samlades nu all steril utrustning oavsett om den är av engångs- eller flergångstyp. Programmet artikellista blev en samlingsplats för all utrustning som är relevant för kirurgen. Men flergångsutrustningen har sitt ursprung i lagermodulen i T-DOCs spårbarhetssystem och den sterila engångsutrustningen fanns

summerad i egenskapade Word-, Excellistor och pärmar.

En integrationsmodul mellan T-DOC och Orbit finns redan, men för en tidigare generation av Orbit, än den Södertälje sjukhus arbetar med. Idén om att integrera dessa system är lysande, det möjliggör att all hantering av steril utrustning samlas i en avancerad lagermodul med möjlighet att sätta gränsvärden för lagerhåll-



Susann Nordström, Veronica Dahlgren, Anna-Karin Siblén-Jonsson och Ida-Linnéa Böregård

ningen. Vilket betyder att när en förbrukningsvara av engångstyp används under en kirurgisk behandling, uppdateras lagerstatusen omgående och när lagervaror når ett kritiskt gränsvärde larmar systemet och en beställningslista kan skrivas ut.

Själva operationsmodulen i systemet möjliggör att personalen på operations-salen kan skanna streckkoder intraoperativt, direkt in i journalen och därmed komma ifrån en tidsödande manuell registrering. Risker för felregistrering av implantat, storlekar, antal och långa batch-/lot-nummer är mycket större vid manuell registrering och blir då förödande för möjligheten att spåra utrustning om behovet skall uppstå.

En ny operationsavdelning

Möjligheten att integrera dessa system kändes i sammanhanget att Södertälje för fullt planerade för en ny operations-avdelning som en naturlig IT-utveckling. En omfattande förstudie genomfördes och finansieringen säkrades med hjälp av projektpengar för nybyggnationen. Progressen i projektet har sedan start rört sig framåt i varierad hastighet. Eftersom det är ett utvecklingsprojekt med många olika beroenden, krävs en stor dos flexibilitet och tålamod. Viljan finns och de flesta kan se behovet och fördelarna med en integration, men att det tar tid är tålamodsprövande både inom projektgruppen och ute på arbetsplatserna.

Det första steget som var riktigt påtagligt på arbetsplatserna var att utrusta alla förråd med T-DOC skannare för att få kontroll på var sterilgodset befinner sig. Detta är ett arbetssätt som den steriltekniska arbetsgruppen arbetar med dagligen, däremot innebär det ett nytt arbetssätt för personalen på operation. Förutom att skanna in utrustningen i respektive förråd, ska nu personalen skanna ut artikeln till den specifika operationssalen. Då förråd och utrustning i etapper flyttas till den steriltekniska enheten kommer förråden på operation alltmer minska och bli mer anpassade till den akuta verksamheten på jourtid. Steriltekniska personalen iordningställer utrustningen inför varje elektivt kirurgiskt ingrepp på vagnar, som transporteras till operation. Dessa vagnar innehåller en plocklista som är patientbunden, plocklistorna hämtas ur operationsplaneringssystemet och skapas utifrån det operationskort som kirurgen valt inför behandlingen.

Identifierade problem

Problemen som projektgruppen tampats med har varit varierande och för att ge några exempel på det: fördröjningar i inköp och leveranser av hårdvaror pga. restorder, upphandlingsprocesser, inköpsstopp och resursbrister hos leverantör. Förutom det består projektgruppen av medarbetare som är verksamma på operation och steriltekniska enheten vilka periodvis är underbemännade pga. sjukdom, personalbrist och föräldraledigheter.

I den senast uppdaterade tidsplanen är målbilden att komma igång med en pilottestning av skanning på operationssal under sommaren 2016. Men fram tills detta är möjligt är det en hel del anpassningar av artiklar, organisationstillhörigheter och operationskort som måste genomföras manuellt. En del av charmen med ett projekt av detta slag, är att utvecklingen sker under arbetets gång, ibland är det leverantörerna som måste finna lösningar på problemen som uppstår och ibland är det medarbetarna i verksamheten som sitter på lösningarna. De medarbetare som arbetar med detta projekt

kommer från steriltekniska enheten, operationsavdelningen, IT-avdelningen, systemförvaltare samt två skilda systemleverantörer. En stor utmaning i detta komplexa projekt-jonglerande är att försöka synkronisera alla olika medarbetares steg i projektarbetet så att alla är i fas.

Förenkla, förbättra och kvalitetssäkra

Syftet med hela projektet är att förenkla, förbättra och kvalitetssäkra arbetet på operations- och steriltekniska avdelningarna så att patienterna ska få en trygg och säker vård samt medarbetarna den bästa möjliga arbetsmiljön. Att ständigt påminna sig om syftet är nödvändigt då projekt, som så påtagligt syftar till att lära ny och förbättrade arbetssätt inledningsvis, skapar ett merarbete för alla involverade. •

Fakta: Ida-Linnéa Böregård, Operations-sjuksköterska och Vårdutvecklingsledare, Projektledare Integrationsprojekt T-DOC och Orbit 5 ORM, Södertälje Sjukhus AB.

Vi är Västra Götalandsregionen

**Varje dag får ca 7 500 personer
vård på något av våra sjukhus.**



Just nu söker vi:

Bemannings-sjuksköterska inom operation

Sahlgrenska Universitetssjukhuset, Bemanningservice

Ref.nr: 2016/1883

Sista ansökningsdag: 2016-05-31

Upplysningar:

Enhetschef,
Maude Andersson,
031-343 29 03



Britta-Maja Larsson,
operationssjuksköterska, NU-sjukvården.
En av våra cirka 50 000 medarbetare.

Mer information och fler jobb hittar du på:
www.vgregion.se/jobb



Ofrivillig hypotermi under den perioperativa processen

Hypotermi inträffar då kroppstemperaturen sjunker under 36 °C. En vanlig förekommande komplikation under den perioperativa processen är ofrivillig hypotermi som bland annat kan leda till intraoperativ blödning, shivering och smärta. Av de patienter som genomgår kirurgi drabbas 50-90 % av ofrivillig hypotermi. Hypotermi orsakar onödigt lidande för patienten, men även konsekvenser för samhället i form av längre vårdtid och därmed ökade kostnader. Inom vetenskapen finns sedan länge kunskap om ofrivillig hypotermi som en känd komplikation vilken kan orsaka allvarliga konsekvenser och onödigt lidande för patienten såväl fysiskt, psykiskt samt ekonomiskt (Berg & Hagen, 2013; Lindahl & Selldén, 2005).

Genom att beskriva omvårdnadsåtgärder som minimerar risken för utveckling av ofrivillig hypotermi under den perioperativa processen vill författarna till denna litteraturstudie bidra till ökad insikt och förståelse i ämnet. Kunskapen som beskrivs syftar till att öka patientsäkerheten och säkerställa god omvårdnad under den perioperativa processen.

Normotermi

Kroppens normala temperatur är 37 °C, +/- 0,5 °C. Över dygnet varierar temperaturen med 0,5-1 °C. Kärntemperaturen, temperaturen i kroppens centrala organ, växlar med +/- 0,2 °C. Kompenserande mekanismer träder in om temperaturen sjunker eller stiger. Olika faktorer såsom signalsubstanser, hormoner, hälsotillstånd, ålder samt olika farmakologiska substanser påverkar den normala temperaturregleringen (Lindahl & Selldén, 2005; Sand et al., 2004).

Ämnesomsättningen i cellerna skapar värme. Kroppen måste avge värme annars stiger temperaturen med ca

2,5 °C per timme hos en person i rörelse (Sand et al., 2004). Normotermi upprätthålls genom värmeproduktion och värmeavgivning. Av värmeproduktionen sker 10 % genom basalmetabolism, 90 % genom muskelaktivitet. Genom muskelskälvningsar, så kallad shivering, kan kroppens värmeproduktion öka 4-6 gånger (Berg & Hagen, 2013). Ökad värmeavgivning regleras genom ett ökat blodflöde till huden. Antalet impulser i sympatiska nervtrådar avtar, blodkärlen vidgas, därmed leds en ökad blodmängd till huden och temperaturen sänks. Motsatt åtgärd leder till en minskning av värmeavgivning genom att arteriolerna dras samman, vilket leder till ett minskat blodflöde i huden och temperaturen ökar (Sessler, 2010).

Hypotermi

Hypotermi innebär en sänkning av kroppstemperaturen under 36 °C på grund av att värmeförlusten är större än värmealstringen. Hypotermi beräknas med utgångspunkt från kroppens kärntemperatur och delas in i tre olika svårighetsgrader: mild hypotermi: 36-34 °C; måttlig hypotermi: 34-30 °C samt svår hypotermi: < 30 °C (Berg & Hagen, 2013).

Anestesiinducerad hypotermi

Kroppens normala tröskelvärde för respons på nedkylning inträder vid en sänkning av temperaturen med 0,2 °C. Under anestesi sker en fördröjning av korrigering mot normotermi på grund av att tröskelvärdet sänks med ca 2,5 °C (Berg & Hagen, 2013; Lindahl & Selldén, 2005). Alla former av regional och generell anestesi påverkar kroppens förmåga till korrigering av kroppstemperaturen. Främst sker detta genom en generell vidgning av blodkärl som leder till minskad förmåga att omfördela värme till den centrala kärnan i kroppen (Vanni et al., 2007).

Komplikationer relaterade till hypotermi

Hypotermi kan leda till en rad olika komplikationer. Koagulationsförmågan kan påverkas, med en försämrad trombocytfunktion som följd. Detta i sin tur kan leda till en ökad blodförlust med hög risk för behov av blodtransfusion. Hypotermi försämrar kroppens förmåga att transportera syre till vävnader. Även kroppens immunförsvar försämras av hypotermi. Dessa faktorer tillsammans kan leda till sårinfektioner i operationsområdet som ökar risken för morbiditet (Sessler, 2010).

Ytterligare en komplikation till hypotermi är shivering, ofrivillig muskelsammandragning. Denna komplikation ökar syrgaskonsumtionen. Muskelsammandragningarna leder till ett ökat hjärtmuskelarbeta med ett förhöjt blodtryck som följd. Den ökade syrgaskonsumtionen kan leda till cirkulatorisk instabilitet med kardiella komplikationer som följd. Störst risk att utveckla shivering har unga patienter som perioperativt haft en låg kärntemperatur (Sessler, 2010). Risken för shivering kvarstår upp till 24 timmar efter avslutad kirurgi (Lynch, 2010; Okeke 2007).

Intraoperativ hypotermi som kvarstår postoperativt kan öka risken för förhöjt blodtryck, ökad hjärtfrekvens samt ökad koncentration av katekolaminer. Dessa faktorer påverkar hjärtats funktion med tre gånger så hög risk för morbiditet. Även kroppens förmåga att eliminera och utsöndra läkemedel försämras (Sessler, 2010). Vidare beskriver Sessler (2010) att patienten kan uppleva obehag av att frysa så starkt att det upplevs som ett större problem än den förväntade smärtan från sårområdet. Burns, Wojnakowski, Piotrowski & Caraffa (2010), anser även att de psykolo-



Jenny Kidler och Sofia Egeryd

giska effekterna såsom smärta, stress och kognitiv förmåga påverkas av hypotermi. Pu et al. (2014) anser att hypotermiinducerade komplikationer som intraoperativ blödning, postoperativt ileus, anastomosblödning och läckage, shivering och smärta kan förhindras om normotermi bibehålls.

Resultat

Resultatet till föreliggande litteraturstudie baseras på tio vetenskapliga artiklar, publicerade mellan 2004-2014, samtliga med kvantitativ ansats. Artiklarna var från olika delar av världen. Länder som representerades var Kanada, USA, Tyskland, Nigeria, Kina, Brasilien och Storbritannien. Efter bedömning och bearbetning av artiklarna framkom två huvudkategorier.

Aktiv förvärmning

Värmerock

I en studie av Benson et al. (2012) studerades om aktiv förvärmning med hjälp av en särskild värmerock påverkade den perioperativa temperaturen. Resultatet visade att aktiv förvärmning gav en högre kärntemperatur

perioperativt hos 93 % av deltagarna. Trettio minuter efter ankomst till den postoperativa enheten hade samtliga deltagare en kärntemperatur över 36 °C. Risken för komplikationer reducerades också.

Värmemadrass

Värmning med hjälp av värmemadrass två timmar före och två timmar efter operation påvisades ge en signifikant högre kärntemperatur. Studien påvisade också en minskning av blodförlusten med 50 %, även komplikationsfrekvensen var signifikant lägre. Aktiv förvärmning ansågs av författarna till studien påverka samhälleliga vårdkostnader samt patientens välbefinnande positivt (Wong et al., 2007).

Luftvärmätäck

Horn et al. (2012) påvisade att förvärmning med luftvärmätäck minskade risken för utveckling av postoperativ hypotermi. Av dem som inte fick någon förvärmning utvecklade 69 % postoperativ hypotermi, dessa patienter krävde längre behandlingstid för att återfå normotermi postoperativt. Studien av Vanni et

al. (2007) påvisade liknande resultat. Luftvärmätäck som metod för aktiv förvärmning, ansågs minimera risken för hypotermi. Tiden för att återfå normotermi postoperativt var väsentligen kortare för de som erhållit luftvärmätäck preoperativt.

Aktiv intraoperativ värmning

Varma infusions- och spolvätskor

Värmda spolvätskor under den intraoperativa processen ansågs reducera förekomsten av hypotermi, därmed minskade risken för komplikationer relaterade till hypotermi (Lynch et al., 2010; Okeke, 2007). Värmda intravenösa vätskor intraoperativt visade att kroppstemperaturen steg. Det kunde också påvisas att värmning intraoperativt förkortade den postoperativa tiden för återhämtningen (Long et al., 2013; Okeke, 2007; Wong et al., 2007).

Luftvärmätäck

Genom att använda aktiva luftvärmätäcken som intraoperativ uppvärmningsmetod på både överkropp och ben påverkades temperaturen positivt vid öppen såväl som vid laparoskopisk kirurgi, kärntempera-



Idag har vi fått till i vårt arbetssätt att elektiva plastiker (höft/knä) får en aktivt självvärmande filt direkt efter morgonduschen.

Jenny Kidler, ligger ned på bordet och Sofia Egeryd, står bakom bristen.

turen peroperativt ökade (Burns et al., 2010; Hoda & Popken, 2008; Pu et al., 2014). Även Lynch et al. (2010) redovisade i sin studie att användandet av aktivt luftvärmätäck som uppvärmningsmetod i samband med laparoskopisk kirurgi påverkade förekomsten av postoperativ hypotermi. Inom femton minuter hade 75 % av deltagarna uppnått 36 °C eller mer. Long et al. (2013) ansåg däremot att aktivt luftvärmätäck ej kunde förhindra, men väl reducera risken för utvecklingen av hypotermi.

Resultatdiskussion

Vid sammanställning av resultatet framkom att preoperativ förvärmning av patienten visade på goda resultat för reduktion av hypotermi perioperativt. Vanni et al. (2007) menade att endast en kort stund av förvärmning är bättre än att inte förvärmas alls. Denna åsikt delas av författarna till aktuell litteraturstudie. Förvärmning av patienter borde vara en vedertagen omvårdnadsåtgärd, detta ger i motsats till hypotermi samhällsekonomiska vinster med förkortad vårdtid och minskat lidande för den enskilde patienten. I studien av Horn et al. (2012) redovisades en så hög incidens av hypotermi som 69 % då ingen förvärmning initierades.

En viktig faktor vad gäller förvärmning anser författarna till denna litteraturstudie vara tidsåtgången preoperativt. Den varma rocken bars i 30 minuter, de som förvärmades på madrassen låg på den två timmar innan operation. Vanni et al. (2007) använde sig av förvärmning med luftvärmätäck som metod, de ansåg att endast 10 minuter var tillräckligt. Längre tider för förvärmning har visat sig vara svårt att implementera i det preoperativa arbetet. Denna relativt korta tidsperiod av aktiv förvärmning anser författarna till föreliggande litteraturstudie borde främja implementeringen av denna omvårdnadsåtgärd i den kliniska dagliga verksamheten.

Värmning med aktiva luftvärmätäcken intraoperativt beskrevs vara den mest effektiva metoden för förebyggandet av ofrivillig hypotermi. Metoden ansågs fungera lika bra vid öppen såväl som vid laparoskopisk kirurgi (Hoda & Popken, 2008; Pu et al., 2014). Luftvärmätäcken som metod anser författarna, utifrån egna yrkeserfarenheter, vara en relativt enkel och effektiv åtgärd för att motverka ofrivillig hypotermi.

Värmda spol- och/eller intravenösa vätskor visade sig ha effekt på temperaturen, detta påvisades i studierna av Okeke (2007) och Long et al. (2013).

I studien av Long et al. (2013) erhöll patienterna endast värmda intravenösa vätskor. Andelen hypoterma patienter i studien var trots det hög. I artikeln av Okeke (2007) redovisades att patienterna som fick en kombination av värmda spol- och intravenösa vätskor bibehöll normotermi under ingreppet samt att ingen av dem upplevde sig kalla eller visade symptom på shivering. Utifrån författarnas egen erfarenhet bekräftar dessa resultat att värmda intravenösa vätskor som enskild åtgärd för att förhindra hypotermi ej kan anses vara tillräckligt. En kombination av flera omvårdnadsåtgärder ger bäst resultat.

Enligt författarnas erfarenhet används i stor utsträckning konventionella bomullsfiltar inom dagens sjukvård som enda uppvärmning av patienten, vilket kan ifrågasättas, om detta är en tillräcklig omvårdnadsåtgärd. I flera artiklar användes konventionella bomullsfiltar, som jämförande metod, i studiernas kontrollgrupper. Resultatet visade en tydlig korrelation mellan passiv uppvärmning och hypotermi. Bomullsfiltar kunde varken värma eller bibehålla kroppstemperaturen. Studiernas kontrollgrupper visade en högre förekomst av hypotermi under den intraoperativa processen, högre incidens av komplikationer, förlängd postoperativ vårdtid samt ökade



Under operationen ligger den kvar i sängen och värmer den. Under operation får så gott som alla patienter aktiv värmning med luftvärmetycke.

samhällskostnader som följd (Horn et al., 2012; Lynch et al., 2010; Pu et al., 2013; Vanni et al., 2007).

Samhälleliga vinster

Genom att arbeta med förebyggande omvårdnadsåtgärder för motverkandet av ofrivillig hypotermi anser författarna att resultatet främjar patienten i form av minskade komplikationer, snabbare tillfrisknande och ett ökat välbefinnande. Detta i sin tur leder till kortare vårdtider med samhällsekonomisk vinst som följd. En av vinsterna av motverkandet av ofrivillig hypotermi ansågs av flera författare till de olika studierna vara minskat lidande och förkortade vårdtider och detta bidrog till samhällsekonomiska vinster (Hoda & Popken, 2008; Okeke, 2007; Pu et al., 2014). Som exempel kan nämnas att Okeke (2007) i sin studie visade att vårdtiderna kunde förkortas från 13 till 3 timmar för de patienter som fick värmda vätskor intraoperativt och därmed ej var hypoterma.

Slutsats

Hypotermi definieras som en temperatur under 36 °C. Endast en sänkning av 0,5 °C kan leda till allvarliga komplikationer såsom kardiell påverkan, förändringar i koagulationen, ökad risk för infek-

tioner men även förlängd vårdtid och ökade kostnader. En viktig faktor i arbetet med förebyggande omvårdnadsåtgärder mot hypotermi är att det perioperativa teamet har kunskap och medvetenhet om hypotermi och dess risker. Teamet skall utifrån sin profession och kompetens initiera till omvårdnadsåtgärder som leder till att bevara patientens normotermi under den perioperativa processen. Genom att motverka hypotermi ökar patientens välbefinnande och behovet av smärtstillande läkemedel under den postoperativa tiden kan reduceras. Aktiv förvärmning i minst 10 minuter, men gärna upp till 30 minuter har positiv effekt på patientens kärntemperatur. Likaså är av största vikt att värma patienten under det kirurgiska ingreppet. De metoder som i studierna gav bäst resultat var aktiv uppvärmning via luftvärmetycken samt varma spol- och intravenösa vätskor.

För att bibehålla patientens normotermi och därmed undvika ofrivillig hypotermi har anestesisjuksköterskans arbete med förebyggande omvårdnadsåtgärder stor betydelse. Det är av största vikt att delge övriga kollegor kunskap om ämnet hypotermi. Författarna till aktuell litteraturstudie anser sig kunna beskriva effekten av ofrivillig hypotermi, förklara vikten av risker med hypotermi samt beskriva

omvårdnadsåtgärder för att bibehålla patientens normotermi.

För att förändra eller skapa riktlinjer på en arbetsplats är det viktigt att personalen har god kännedom och kunskap om ett problem. En förändring är möjlig först då personalen är övertygade om bevisen, att det finns ett ömsesidigt ansvarstagande samt att ledningen stödjer en förändring eller införande av riktlinjer. En förändring eller riktlinje är ett teamarbete, vetskapen av att åtgärder bidrar till en mer effektiv och säker vård anses vara mer välgörande (Willman et al., 2011).

Läs examensarbetet i sin helhet: Omvårdnadsåtgärder för motverkande av ofrivillig hypotermi under den perioperativa processen – en litteraturstudie. Nursing interventions to prevent inadvertent hypothermia during the peri-operative process – A Literature Review. •

Fakta: Jenny Kidler och Sofia Egeryd, anestesisjuksköterskor, Anestesi-IVA kliniken, Lindesbergs Lasarett. Omvårdnadsvetenskap C, Examensarbete 15hp, Örebro universitet, Institutionen för hälsovetenskap och medicin.

Skriv till: hygien@rfop.se

Från och med detta nummer ersätter Gunnar Hagström Inga Zetterkvist i denna frågespalt. Vi vill tacka Inga för hennes engagemang, många svar och råd vi fått de senaste åren. Gunnar jobbar till vardags som Hygiensjuk-sköterska inom Region Örebro Län och har sin bakgrund inom Anestesi och operationssjukvård.



Inga Zetterkvist

Fråga: Hur länge håller öppnad Natriumkloridflaska på operation. Förr var det 12 timmar på operation och 24 timmar på vårdavdelning. Vad är det som gäller nu?

Svar: Det finns en teoretisk risk att innehållet kan bli osterilt. Efter öppnande rekommenderas därför att öppnad förpackning används till en patient inom operationsenhet. Vid renrutin på vårdavdelning bör lösningen förbrukas inom 24 timmar (Svensk Läkemedelsstandard 2016).

Fråga: Hur viktigt är det med minimering av dörröppningar när man har LAF tak?

Svar: LAF-tak ger en viss skyddsverkan. Luftflödet störs av hängande apparatur och armaturer och luften blir då ändå omblandande. Principen för luftflöde i operationsrum är att det finns ett övertryck gentemot kringliggande lokal. Eftersom det registreras en ökning av antalet partiklar i luft i samband med dörröppning ska de begränsas till ett absolut minimum för att minska risken att bakteriebärande

partiklar faller ner på uppdukat material (SIS TS 39:2015).

Fråga: På AO-kurs i september var det föreläsning om att efter hud-förslutningen torka av huden kring hudsnittet med klorhexidinsprit 5 mg/ml, där jag arbetar är traditionen att använda M-sprit p.g.a risk för att klorhexidin skulle ta sig in i vävnader genom snittet. Finns det evidens för något av dessa preparat eller är det lokala traditioner som styr. Tacksam för svar.

Svar: Det finns endast lokala rutiner för desinfektion av sårkanter inför förbandsläggning. Som praxis i Sverige rekommenderas att patient preoperativt duschar med klorhexidinpreparat som fäster till underliggande hudlager vilket ger en kvardröjande effekt. Om sårkanter desinfekteras efter förslutning finns risk att alkohol tränger in och torkar ut vävnaden i såret.

Fakta: Gunnar Hagström, Hygiensjuk-sköterska, Universitetssjukhuset Örebro svarar på frågor.

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

ANMÄL DIG NU!

9:e Hygienforum

26 – 27 maj 2016, Stockholm Sheraton

www.rfop.se





Avancerad
diatermiutrustning och
rökevakuering med
KLS Martin och SafeAir



maxium®

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



Vi har
utrustningen
ni behöver!

KEBOMED



Visby lasarett



Vad heter du? Åsa Eneqvist

Vilken operationsavdelning jobbar du på? Operationsavdelningen på Visby Lasarett

Hur länge har du jobbat på avdelningen? Började med min uppdragsutbildning, januari år 2009. Utbildningen var då på deltid och resterande tid arbetade jag på avdelningen.

Hur länge har operationsavdelningen funnits till? I dessa lokaler sedan 1994.

Hur många operationssjuksköterskor jobbar på din arbetsplats? 17

Vilka yrkeskategorier har ni på din operationsavdelning? Operations-sjuksköterskor, anestesisjuksköterskor och undersköterskor.

Hur många operationssalar har ni på avdelningen? Fem stycken på C-operation och två stycken på dagkirurgen.

Vilka opererande kliniker är representerade på operationsavdelningen? Kvinno-, Kirurgi-, Ortopedi-, Urologi- och Öron-Näsa-Halskliniken.

Använder ni WHO:s checklista för säker kirurgi? Ja, men vi kan bli bättre.

Praktiserar ni fika- och lunchavlösning under pågående operation? Endast för matuppehåll.

Har ni nedskrivna rutiner för nedräkning av framtaget material? Ja, ett PM som är skrivet efter Riksförningens "Anser och Rekomenderar"

Brukar ni som rutin följa med och rapportera patienten till postopera-

tiva avdelningen? Tyvärr inte alla, men vi blir fler och fler som gör det.

Vad är det bästa med din operationsavdelning? Mångfalden på operationerna, då vi har många olika kliniker som opererar hos oss. Den ena dagen är inte den andra lik. En liten avdelning med stor kompetens inom många olika områden. •

4th NORNA Congress Copenhagen, Denmark

October 27 – 28, 2016



Peri-operative nurses in education and practice

Dear Nordic peri-operative nurses

NORNA, Nordic Operating Room Nurses Association, would like to invite you to come to Copenhagen 27-28 October 2016.

FS SASMO, the Danish association of operating room nurses is proud to be hosting the 4th NORNA congress. Peri-operative nurses in education and practice. The aim of the conference is to share initiatives in peri-operative nurse's education and practice, caring for the peri-operative patient.

Visit our website www.norna2016.dk and don't hesitate to contact us for further information.

Vi ser fram emot att träffa er under välkomstmottagningen som inleder kongressen onsdagen den 26 oktober kl. 19.00 – 20.00 i Köpenhamns rådhus, City Hall of Copenhagen.

Anne-Marie Nilsson och Catarina Augustsson
Svenska representer i NORNA



Tack för stipendiet!

Jag arbetar som operationssjuksköterska och sektionsledare inom ÖNH på Helsingborgs lasarett och jag vill tacka Riksföreningen för operationssjukvård för stipendiet som jag fick till Höstkongressen 2015!



Jag fick information om möjligheten att söka stipendiet på ett distriktsmöte i Lund förra året och läste även om det i Uppdukat.

Det var två lärorika dagar med intressant program och det var trevligt att träffa kollegor från andra sjukhus. Många bra föreläsningar, de som intresserade mig mest var den om



Birgitta Axelsson-Knutsson

cochlea implantat och hur detta ingrepp har utvecklats, samt den om omvårdnadsarbetet vid ovarialcancer-ingrepp som hölls av kollegor från Lund.

Två av mina kollegor som också arbetar i Helsingborg fanns på plats och vi besökte utställningen tillsammans. Lite nyheter fick vi med oss hem och har infört dessa på avdelningen.

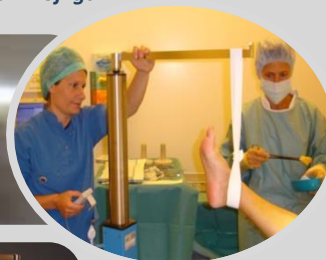
Även om jag närmar mig pensionen kommer jag att fortsätta vara medlem i Riksföreningen för operationssjukvård då tidningen är mycket läsvärd och jag vill stödja ert arbete för operationssjuksköterskor. •

LÅT ER PERSONAL SLIPPA TUNGA OCH ONÖDIGA LYFT VID PREOPERATIV TVÄTT AV OPERATIONSOMRÅDET

Med en elektrisk arm & benlyft minskas belastningen på personalen samtidigt som en säker och metodisk tvättning av operationsområdet kan genomföras.

De tillhörande lyftbanden ger ett handhavande som är enkelt och säkert.

Bilateral lyft samt lyft av ben med patient i bukläge är möjligt.



www.ossano.se

Tel: 08-665 10 18

Mail: info@ossano.se

Att operera i mobila operationssalar

– en annorlunda lösning på Karlskoga Lasarett



När Karlskoga lasarett behövde bygga om sin operationsavdelning beslöt Region Örebro län att hyra in modulärt byggda och flyttbara operationssalar under ombyggnaden. Det är tre mobila operationssalar samt en modul med Sterilcentral som kommer att användas under minst två år. Detta är första gången operationssalar byggs modulärt i Norden och det är ett nytt koncept i Sverige. Bibehållen kvalitet och utökande med en operationsdag per vecka för att bibehålla operationskapaciteten under ombyggnationen, gjorde att valet föll på denna lösning.

I inledningen av projektet tittade man på platsbyggda alternativ som konkurrens, men insåg snabbt fördelarna med flyttbara, modulära operationssalar som snabbt var i drift och sedan kunde flyttas istället för att rivas efter ombyggnaden, var att föredra. Krav på hög kvalitet på ventilation och driftsäkerhet var också en avgörande faktor.

Vid Karlskoga lasarett fanns innan ombyggnationens start fem operationssalar plus en sal för akutooperationer och akuta sectio och man opererade planerade operationer måndag till torsdag. Modullösningen innebär att det blir en sal mindre, fyra operationssalar plus en sal för akuta sectio. För att behålla operationskapaciteten har nu sjukhuset utökat med planerade operationer även på fredagar. Sammanlagt ska ca 3200 operationer utföras i de tillfälliga lokalerna. Under slutet av oktober 2015 kom modulerna, de lyftes på plats och placerades på en innergård mellan ambulansintaget och sjukhusbyggnaden. Varje modul väger 30 ton och hela paketet innehåller åtta moduler. Fyra moduler är för operationssalarna och de resterande fyra är för ventilationen.



Högt teknikinnehåll

De modulära operationssalarna, som precis tagits i bruk, ger en inblick i framtidens operationsmiljö då projekt också omfattar en installation av en helt ny ventilationsteknik, den

s.k. utspädningsprincipen. Tekniken är baserad på forskning från 2008. Forskningsresultaten kring utspädningsprincipen bygger på att det ska vara lika rent i hela operationssalen jämfört med dagens dominerande

metod, som bygger på en kontaminationsfri zon runt patienten med hjälp av laminära luftflöden. Utspädningsprincipen möjliggörs av ett stort antal superkänsliga luftfilter med utsug i rummets fyra hörn.

Operationssalarna och förberedelserummen har en hög standard, något som finns i de senaste operationssjukhusen i Sverige idag och man kan inte se att operationssalarna är byggda i modulform. De har det senaste inom medicinsk teknik och modulerna ger anpassning till pendlar, bildskärmar etc. Utöver det har salarna individuell mätning av luftkvaliteten, både i varje operationsrum samt utanför i förberedelserummen.

De första operationerna i de tillfälliga lokalerna gjordes den 14 december 2015 och nu efter tre månader konstaterar vi att operationsdagarna är som tidigare, men i större och modernare "mobila lokaler". Samtidigt arbetar snickare och montörer med vår nya operationsenhet i andra delar av sjukhusbyggnaderna. •

Stark för kirurgi – stark för livet

– Levnadsvanor i samband med operation

Foto: Ninna Ekstrand



Sölvi Vejby



Roger Olsson



Ann Post



Johanna Jaran

Socialstyrelsen ska på regeringens uppdrag genomföra insatser för att förbättra vården för personer med kroniska sjukdomar. I uppdraget ingår bl.a. att fördela medel, till organisationer som på nationell nivå företräder professionerna, som främjar arbetet med sjukdomsförebyggande metoder inom hälso- och sjukvården, och för insatser som syftar till att implementera de nationella riktlinjerna för sjukdomsförebyggande metoder.

Bakgrund

Hälsofrämjande omvårdnad

God omvårdnad kräver ett hälsofrämjande och personcentrerat förhållningssätt och att vården planeras utifrån personens behov och följs upp relaterat till målet för aktuell vård.

- 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

Socialstyrelsens Nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder ger rekommendationer om hur sjukdom kan förebyggas; hälso- och sjukvården bör genom särskilda metoder

stödja patienter att förändra en ohälsosam levnadsvana. De levnadsvanor riktlinjerna tar upp är:

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

Projektet

Då operations- och anestesijuksköterskornas, dvs. den perioperativa sjuksköterskans roll inte har varit tydlig och inte heller identifierad i detta arbete blev vi i styrelsen för Riksförbundet för operationssjukvård glada och inspirerade när Svensk sjuksköterskeförening erbjöd oss medverkan i ett projekt om levnadsvanor. Tanken från Svensk sjuksköterskeförening var att:

Projektet ska öka patientsäkerheten vid operation huvudsakligen genom att förbättra livsstilen före och efter operation, samt en bibehållen god livsstil efter operation. Detta ska ske genom att sammanställa evidens och bidra till utvecklande av vårdprogram. En manual för lokalt komplikationsförebyggande levnadsvanearbete inför kirurgiska ingrepp skall upprättas. Spridning kan ske genom att skapa nätverk mellan vårdgivare och erbjuda målinriktad utbildning. Vårdkedjan kring det operativa ingreppet involverar professionella yrkespersoner som representerar olika specialiteter. Tanken är att engagera interpro-

fessionella team där de professionella (läkare, sjuksköterskor, fysioterapeuter, barnmorskor, arbetsterapeuter och dietister), har utbildning och erfarenhet inom levnadsvanearbete, för att säkra arbetet med levnadsvanor i samband med en operation.

En projektorganisation tillsattes

Projektiden var maj – december 2015, och därför gällde det att snabbt komma igång. Vi tillsatte en projektorganisation. Kristina Lockner och Birgitta Å. Gustafsson tillsammans med Inger Torpenberg och Åsa Andersson från Svensk Sjuksköterskeförening, startade upp arbetet.

Projektets huvudsyfte blev att:

- Ta reda på vad den perioperativa sjuksköterskan vet idag om goda levnadsvanor i samband med operation
- Att öka den perioperativa sjuksköterskans kunskap och aktivitet för att implementera riktlinjerna i sitt ordinarie arbete
- Definiera och formulera den perioperativa sjuksköterskans roll i det interprofessionella teamets arbete med att förbättra patienternas levnadsvanor i samband med operation

Målet var att öka patientsäkerheten inför och under operationen samt under återhämtningstiden, för att stödja personen att uppnå målet med sin operation.

Workshop

Då det var en kort projekttid bestämde vi oss för att genomföra en workshop, då vi ansåg att det var ett bra arbetssätt för en effektiv uppstart. Huvudsyftet med workshopen var att ge möjlighet till dialog utifrån färdiga frågeställningar inom de fyra givna riktlinjerna för levnadsvanorna. För

att ge deltagarna möjlighet till detta bjöds föreläsare med kunskap inom ämnet in för att ge en bild av vad detta med levnadsvanor i samband med operation handlade om från olika aspekter. Det tillsattes en arbetsgrupp på sju personer, operationssjuksköterskor med olika funktioner i vården, som träffades fysiskt vid ett tillfälle innan workshopen och en gång efter workshopen. Arbetsgruppen fick till uppgift att föreslå deltagare till workshopen som skulle ge olika perspektiv på frågeställningarna, förbereda frågeställningar samt att fyra av dem skulle vara gruppledare under workshopen.

Vad innebär samtal om levnadsvanor inför operation?

Tobak

Rökstopp inför operation minskar risken för komplikationer som postoperativa sårinfektioner, sår-läkningsstörning, cirkulationsstörningar och blodpropp med 50 %. Rökare drabbas av dubbelt så många komplikationer efter operation jämfört med icke-rökare. Riskerna efter operation beror till stor del på rökgaserna som minskar syrehalten i blodet och vävnaderna. Syre är nödvändigt för att kroppens vävnader ska kunna läka.

Alkohol

Med ett alkoholuppehåll fyra veckor före operationen kan risken för postoperativa sårinfektioner, akuta hjärtproblem och blödningar minska.

Fysisk aktivitet

Studier visar att fysisk aktivitet kan underlätta rehabilitering och sår-läkning efter operation. Med otillräcklig fysisk aktivitet avses att man inte uppnår rekommendationen om att vara fysiskt aktiv varje dag i sammanlagt minst 30 minuter.

Matvanor

Näringsrik kost och goda matvanor ger bättre sår-läkning och mindre risk för postoperativa sårinfektioner.

Den Perioperativa sjuksköterskan roll

Specialistsjuksköterskor inom operation och anestesi, perioperativa sjuksköterskor, har en självklar plats för att informera och undervisa patienter och närstående om levnadsvanornas betydelse för att nå målet med det kirurgiska ingreppet. Hur ges personen idag möjlighet att få kunskap om levnadsvanors påverkan inför operationen och under återhämtningstiden?

Mot bakgrund av att en sund livsstil i tiden kring det kirurgiska ingreppet i bemärkelsen regelbunden fysisk aktivitet, goda kostvanor, sparsamt med alkohol och framför allt ingen rökning samt god hygien minskar risken för komplikationer.

Operationssjuksköterskan är den enda kliniska experten på hygiensäkert vårdande för bevarad hälsa i samband med kirurgiska ingrepp. Vi vet idag att vårdskador i form av postoperativ infektion orsakar personen lidande, och att de ekonomiska kostnaderna på grund av infektionen i första hand drabbar personen men även vården och samhället. Operations- och anestesijuksköterskans information och undervisning samt uppföljning kring levnadsvanor perioperativt medverkar till att stärka ett gott operationsresultat, minskar komplikationer och bidrar till kontinuitet i vårdens hälsofrämjande arbete.

Resultat av projektet som helhet

Workshop genomfördes 16 oktober. Deltagarna var, operationssjuksköterskor med olika funktioner inom vården: operationssjuksköterska på operationsavdelning i patientnära vårdande, lärare, forskare, chef, och administration. Deltagarnas sammanställning representerade hela Sverige. Dagen blev mycket lyckad och andades nyfikenhet samt en vilja att jobba vidare med dessa frågor. Då infektionsprevention och förebyggandet trycksador och andra vårdskador är i fokus för den perioperativa sjuksköterskan arbete är kunskapen om dessa levnadsvanor av stor vikt.

Frågorna som vi ville att workshoppen skulle besvara var:

- Vad finns det för kunskap hos den perioperativa sjuksköterskan om de nationella riktlinjerna för sjukdomsförebyggande metoder?
- Kunde deltagarna se sin roll för medveten medverkan i arbetet för goda levnadsvanor?

Svaren blev:

- Deltagarna hade en kunskapsbrist om dess existens.
- Deltagarna hade en kunskapsbrist i de enskilda riktlinjernas betydelse för personens resultat av genomförd operation.

Deltagarna var överens om att riktlinjer för goda levnadsvanor är en viktig kunskap som bör ingå i specialistutbildningen, skrivas artiklar om i medlemstidningarna, anordna utbildningsseminarium om samt vara med som tema på de årliga kongresserna för att göra det tillgängligt för så många som möjligt.

Kunskapsstöd behövs

Kunskapen om vikten av goda levnadsvanor sprids alltmer i samhället. Fortfarande finns dock ingen modell för hur den perioperativa sjuksköterskan ska arbeta med dessa frågor. Det behövs implementering av nya arbetssätt samt ett brett och specifikt kunskapsstöd om hälsofrämjande metoder för att ge patienterna möjlighet till att bli stark för kirurgi och stark för livet. För den perioperativa sjuksköterskan är fördjupad kunskap för att motivera och förstå anledningen till riktlinjerna för de fyra levnadsvanor viktig för patientundervisningen. Vi ser även att det behövs en certifieringsutbildning i vårdhygien för den personal som ska informera och undervisa personen inför operation. Detta är av mycket stor vikt då vi i framtiden inte vet om antibiotika fortfarande ger effekt och möjliggör avancerad kirurgi.

Ny ansökan för 2016

Svensk sjuksköterskeförening har nu i samverkan med oss i Riksföreningen för operationssjukvård precis i dagarna lämnat in en ny ansökan om en fortsättning på det vi startat upp. När detta skrivs har vi inte fått besked om det blir av. Om det blir så har vi riktat in oss på att:

- Sammanställa kunskapsunderlag som är väsentlig vid operation och levnadsvanor
- Identifiera och sammanställa det specifika bidraget som perioperativa sjuksköterskor kan tillföra vården utveckling genom information till patienter som ska genomgå en operation
- Registrering och uppföljning av patienternas förändrade levnadsvanor samt inrapportering av data kan förbättras genom att frågor om levnadsvanor läggs till på WHO:s checklista för säker kirurgi

1. SoS-rapport 2006; Att förebygga vårdrelaterade infektioner i vården – ett kunskapsunderlag.
2. Kirkland et al. Infect Control Hosp Epidemiol. 1999;20:725.

<http://gpcc.gu.se/om-gpcc/person/centrerad-varld>

Arbetsgrupp

Veronica Dahlgren, operations-sjuksköterska, nätverksansvarig CSO, Riksföreningen för operations-sjukvård och chefsjuksköterska VO Anestesi operationsenheten Södertäljesjukhus

Lotta Olsson, operationssjuksköterska Karlstad och kontaktperson för distriktssamordnarna i Riksföreningen för operationssjukvård

Charlotta Olivecrona, operationssjuksköterska, Med Dr, RN, PhDAKA, Studentansvarig ortopedoperation Södersjukhuset

Catrine Björn, Operationssjuksköterska, PhD centrum för Forskning och Utveckling, Uppsala, universitet/Region Gävleborg,

Annika Sandelin, operationssjuksköterska, klinisk adjunkt, vårdutvecklingsledare FOUU-enheten, AnOpIVA-kliniken, Karolinska universitetssjukhuset, Huddinge

Karin Falk Brynhildsen, Enhetschef Enheten för Omvårdnad, Operations-sjuksköterska, Medicine doktor, Lektor, Institutionen för hälsovetenskap och medicin Örebro universitet.

Deltagare i workshopen

Kriterierna för deltagarna var geografisk spridning samt att de skulle representera olika uppdrag i operationssjukvården. Det blev till slut 24 deltagare och de representerade:

- Styrelsen för Riksföreningen för operationssjukvård
- Riksföreningen för operations-sjukvårds distriktssamordnare (lokala representanter)
- Riksföreningen för operations-sjukvårds Vetenskapliga råd
- Riksföreningen för operations-sjukvårds Kvalitetsråd
- Chefer på operationsavdelningar

- Specialistlärare i operationssjukvård

Föreläsare

Inger Torpenberg, Sakkunnig i etik, folkhälsa och vårdutvecklingsfrågor vid svensk Sjuksköterskeförening

Johanna Jaran, leg. sjukgymnast och projektmedarbetare Levnadsvanor och operation i Skåne

Sölvi Vejby, sjuksköterska och samordnare för levnadsvanefrågor, riskbruk av alkohol och otillräcklig fysisk aktivitet, Uppsala

Ann Post, vice ordförande Sjuksköterskor mot Tobak, tobaksbruk

Roger Olsson, överläkare inom ortopedi och Delprojektledare Stark för kirurgi – stark för livet för Svenska Läkarsällskapet

Fakta: Kristina Lockner, ordförande i Riksföreningen för operationssjukvård och Birgitta Å Gustafsson, Operations-sjuksköterska, Vårdpedagog, Med.dr. FoUU AnOpIva-kliniken, Karolinska universitetssjukhuset Huddinge & Karolinska Institutet, CLINTEC.

Kom ihåg att boka in Den 52:e Höstkongressen,
1 – 2 december 2016, på Stockholm Waterfront.



**Skonsam snabb
Effektiv desinfektion**

Bacillol® 30 Tissues

Färdig att använda,
alkoholbaserad snabb
desinfektion verksamt
mot MNV.

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



BODE Chemie GmbH

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





Chefsnätverk för chefer på Sveriges operationsavdelningar

Vi började dagen med att lyssna på Petrus Laestadius, Vice VD på Swedish Medtech (branschföretag för medicinska företag). Han berättade om en utbildning som genomförs i samarbete med Riksföreningen för operationssjukvård för att produktspecialister som är ute på operationsavdelningar ska veta vilka regler och lagar som gäller och även vilken roll de har inne på operationsalen. Första kursen var i november 2015.

Vi hade en hel del frågor och diskussioner angående detta. Det ser lite olika ut i Sverige hur det går till när en produktspecialist anmäler sin ankomst till operation. Många operationsavdelningar har blivit hårda, för att komma in måste produktspecialisten meddela en utsedd person på operation annars får de vända i dörren. Vi fick också lära oss att produktspecialisterna inte är en arbetskraft utan bara ska vara där för sin produkt. Vi diskuterade hur tystnadsplikten såg ut för produktspecialisterna, det gäller samma regler för dem som för oss. En annan synpunkt som kom upp var försäkring, om en produktspecialist står med och assisterar och sticker sig vem blir ansvarig för uppföljning? En annan viktig fråga som kom upp var om en produktspecialist varit i ett annat land och varit med inne på en operation, tas det då MRSA-prov



Anna Essemö, Marika Törnblom, Gun Löfgren och Christina Gerdin

innan han/hon åker till ett svenskt sjukhus. Denna fråga skickade vi med Petrus som skulle ta den vidare. Sprid till era produktspecialister att denna utbildning finns och att de ska gå den, då kan vi få ett bättre samarbete.

Stark för Kirurgi - stark för livet

Sedan kom Kristina Lockner (ordförande Riksföreningen för operationssjukvård) och hon berättade om projektet Stark för Kirurgi - stark för livet - levnadsvanor i samband med operation. Det har gjorts en kartläggning vad den Perioperativa sjuksköterskan kan idag om goda levnadsvanor i samband

med operation. Diskussionen kom att handla mycket om hur vi skulle kunna föra ut vår kunskap om levnadsvanor, rökstopp, matvanor, alkoholvanor och motion till patienterna. Vi såg möjligheter att kanske komma ut och vara med på inskrivningsmottagningen, vi har mycket att tillföra där och kan förklara hur rökning, övervikt m.m. påverkar hela operationen och efterförloppet. Något viktigt som kom fram är att ingen tvingar någon att sluta, utan bara ha ett ordentligt uppehåll före och efter operationen.

Efter lunch hade vi olika diskussionsämnen

Hur ser organisationen ut på operationsavdelningar i Sverige. Det ser lite olika ut, vissa av oss chefer har upp till 80 medarbetare vilket är för mycket för att hinna med alla samtal. Ett tips vi fick från Sunderby sjukhus var att ha grupp-medarbetarsamtal, framförallt angående frågor kring samarbete och värderingar. På många avdelningar har cheferna delat ansvar och har delat upp olika uppgifter såsom schema och koordination av operationsplaneringen. De flesta av oss hade någon sort av



Carola Wallstål



Hanna Eskelinen



Anita Kerrén

dagligkoordinator (flöde på operation under dagen, personalen lunch, hemgång). Det såg lite annorlunda ut med den långsiktiga planeringen, vissa hade en person som höll i det och samarbetade med operationskoordinatorerna från avdelningarna. Vi fick höra lite om nya NKS (Nya Karolinska Sjukhuset), det låter väldigt spännande, men med ett nytt sjukhus och en ny organisation samtidigt verkar lite väl tufft. Vi diskuterade rekryteringen och hur vi ska behålla de operationssjuksköterskor vi har. Vi återkom då till det vi pratade om angående projektet Stark för kirurgi, operationssjuksköterskor kanske också som anestesijuksköterskor behöver ha andra arbetsuppgifter, t.ex. vara med på inskrivningsmottagningen och kanske också arbeta på postop. Här såg vi också en möjlighet att kunna se till att de som är gravida kan få möjlighet till annat arbete och även om man är sjukskriven på grund av en operation kan arbeta men inte som stående operationssjuksköterska. Detta kanske är ett sätt att locka tillbaka operationssjuksköterskor som lämnat yrket och behålla operations-sjuksköterskor.

Tack för en trevlig och lärorik dag med många bra diskussioner och en hel del skratt.

Glöm inte chefkongressen 1-2 december i samband med Höstkongressen. •

Fakta

Nätverket för chefer inom Sveriges operationsavdelningar, CSO Nätverket är en mötesplats för chefer och ledare inom operationsverksamheter runt om i landet, oavsett medlemskap i Riksföreningen för operationssjukvård. Syftet med nätverket är att skapa forum för dialog och ge möjligheter till kollegialt utbyte och stöd genom att ta tillvara den samlade kompetensen och erfarenheterna bland dess medlemmar.

Vidare ska nätverket bidra till att utveckla ledarskap och verksamheter genom att fokusera aktuella och intressanta frågor och föreläsningar vid nätverksträffarna. Nätverket träffas två gånger per år i Stockholm. På våren torsdag i vecka 11 och under hösten i anslutning till Höstkongressen vecka 48 är det chefkongressen.

Kontaktperson och ansvarig för nätverket är: Veronica Dahlgren chefssjuksköterska VO Anestesi operationsenheten.

veronica.dahlgren@sodertaljesjukhus.se

Vad är det bästa med att vara operationssjuksköterska?



Namn: Helene Asplund

Arbetsplats: C-op

Ort: Hudiksvall

Att samarbeta i ett team tillsammans med olika yrkeskategorier. Att få fokusera på en patient i taget. Fokus här och nu.



Namn: Ida Kippersund

Arbetsplats: Södersjukhuset

Ort: Stockholm

Det är varierande arbete, arbetar i team, många arbetsgrupper på en patient och det ger mycket glädje.



Namn: Maria Hestad, Sara Sjungargård

Arbetsplats: Operationsavdelningen, Karlskoga Lasarett

Ort: Karlskoga

Spännande och varierat arbete. Problemlösning.

Ny President EORNA och ny vice President EORNA



Text: Annika Sandelin och Marie Afzelius, EORNA-representanter

Vid höstens styrelsemöte i Glasgow tog May Karam, UNIABODE, Frankrike över som EORNAs President och samtidigt tog Jana Wichsová, CZORNA, Tjeckien över som vice President. Vi önskar dem lycka till med deras uppdrag.



May Karam och Jana Wichsová



Distriktsmöten

Skåne SUS 15 februari 2016

Text: Eva-Lena Isaksson, distrikts-
samordnare

Distriktsmöte i Skåne SUS, dvs. Lund och Malmö hölls i år, på den perioperativa sjuksköterskans dag, i Lund i arbetsavdelningens konferensrum. Medlemmar i distriktet inbjöds via nätverkspersoner på de olika operationsavdelningarna och på Riksföreningen för operationssjukvårds hemsida.

Tidigare på dagen uppmärksammade vi den perioperativa sjuksköterskans dag genom att ta upp det i WHO's checklista. Det var säkert olika hur man valde att uppmärksamma dagen på våra olika operationsavdelningar i distriktet.

På kvällen var det dags för distriktsmöte, ca 20 personer var anmälda till mötet. Innan alla var samlade fanns det tid att prata med varandra och att äta en sallad.

Kvällen inleddes med att Cornelia Kellner berättade om och visade bilder från EORNA kongressen i Rom 2015, varför hon valde att åka dit, hur resa, boende och kongressavgift finansierades. Cornelia uppmuntrade oss att söka stipendium och ställer upp med sin hjälp till de som är intresserade av att söka olika stipendium. Cornelia berättade en del från de föreläsningar hon varit på och att det är skillnad på hur vårt arbete utförs i olika länder och att man i vissa länder blir upplärd på sin operationsavdelning för att arbeta som operations-sjuksköterska. Cornelia hade valt att göra studiebesök på ett sjukhus i Rom, det var ett statligt sjukhus där det bl.a. bedrevs ortopedi på operationsavdelningen. Vi fick se några bilder därifrån, bl.a. personalklädsel och hur mössan bärs, t.ex. att det görs ett hål så att hårsvansen kan hänga

utanför, att dörrar in till operations-salen är öppna. Logistik i avdelningens steriltförråd fanns det nog mer att önska av. Alltid intressant att höra och se hur olika vårt arbete utförs beroende på var i världen vi finns, det känns inte alltid bra att det är sådana skillnader tycker jag.

Förra året fick vi höra om Emma Ols-sons och Rebecka Samuelssons planer inför en resa till Tanzania, på mötet då, bestämde vi att vi ville höra hur det blev. För precis ett år sedan gick resan till ett sjukhus i Tanzania, det blev inte det sjukhus som var bestämt hemifrån utan ett annat. Vi fick se många bilder från sjukhuset de arbetade på och en fantastisk natur i det område de befann sig. De arbetade mest på en kvinnlig vårdavdelning

där alla specialiteter var samlade, t.ex. låg det patienter med infekterade sår vid sidan om en patient som var nyo-pererad. De berättade att det t.ex. var ont om smärtstillande läkemedel så när sår skulle rengöras och läggas om fick patienterna ingen smärtlindring. Operationsavdelningen storsäddades en dag i veckan. Tvätt, både personalkläder, sängkläder och bukdukar tvättades tillsammans och hängdes upp på tork på sjukhusets gård. Operationsborden var klädda i galon, inte helt lätt att rengöra.





På operationsavdelningen fanns en cylinder med en peang som "var steril" det var den det plockades t.ex. dukar med, Emma och Rebecka visste inte riktigt hur ofta den steriliserades. På förlossningsavdelningen var det inte ovanligt att mammorna fick dela säng.

Vi som lyssnade undrade hur de bearbetade det som de fick se och arbeta med på ett sätt som skiljer sig mycket från det som vi är utbildade till. De pratade mycket med varandra och var inte på sjukhuset för att utbilda de som arbetar där. De som arbetar där gjorde så gott de kunde med de medel som finns där. Emma och Rebecka upplevde att de som nu utbildar sig är de som de kunde förmedla sin kunskap till. Det går såklart inte att återge deras upplevelser till er, men vi upplevde deras berättelse som intressant. Resan avslutades med att bestiga Kilimanjaro – häftigt, om jag minns rätt tog det sex dagar.

Som sista punkt var det dags för lite information om och från vår Riksförening. Marie Afzelius var till god hjälp. Jag berättade från den senaste arbetsdagen som vi distriktssamordnare hade i höstas. Informerade om vad som händer i år, när nästa EORNA kongress är och påminde om att söka stipendium och att när vi ändrar arbetsplats och adress ska det meddelas. Vi pratade om vilka, "Riksföreningen anser och rekommenderar" som finns och vad som är på gång. Tog också upp om certifieringsutbildningen som finns för företagens representanter som är anslutna till Swedish Medtech.

Som vanligt går tiden fort och ett av Skånes distriktsmöten var slut. Tack för denna gång! •



Göteborg 1 och 2 21 januari 2016

Text: Ann-Sofie Karlsson, distrikts-samordnare

Torsdag den 21 januari samlades operationssjuksköterskor från hela Göteborg till distriktsmöte på Angereds Närsjukhus. Där bjöds vi på sallad och en mycket intressant beskrivning av hur det är att starta upp ett sjukhus från grunden av Eva Lindblad, projektledare och Catharina Johansson sektionsledare operation.

Från början fanns ingenting. Bara ett beslut! Det skall byggas ett nytt sjukhus. Eva Lindblad och Börje Blomster skapade tillsammans med en arkitekt en helt ny operationsavdelning från grunden. Ingenting fanns, inte ens väggar! Här måste allt tänkas på: flödet, ingångar i förhållande till andra enheter, hygien, ventilation, smidighet, ergonomi osv. Sen när bygget väl var ritat startade inköp av all utrustning från lampor i taket, förrådshyllor, röntgenapparater, annan medicinsk teknisk utrustning, instrument, kanyler... ALLT måste tänkas på och finnas på plats när verksamheten väl sätter igång. Att tänka på vid en nystart är att allt måste planeras låååångt innan allt ska starta. Sen skall allt packas ihop, monteras ihop och installeras.

Samtidigt som allt detta pågår skall personalen rekryteras. Många intervjuer blir det! Det är viktigt att tänka på att dynamiken i arbetsgruppen blir jämn och harmonisk. Nästan all personal kommer från olika arbetsplatser tidigare och har olika arbetsmetoder med sig, vilka måste jämkas ihop. Så att en rutin i arbetet, "så här gör vi på Angered!" kan formas. Men SÅ bra det blev och en sådan fantastiskt snygg avdelning som ni har skapat! Grattis Angered och Göteborg!

En annan verklighet

Katarina Blomdahl, Operationssjuksköterska på Alingsås Lasarett, rapporterade om en annan verklighet, om att bygga upp ett camp från grunden i öknen i Mali, dit inga stora flygplan kunde flyga, utan allt måste fraktas med bilar över öknen från Dakar till Mali. Campen heter Camp Nobel och ligger i den stora Supercampen i Tombouctou och är som en egen liten svensk-värld i den stora campen. När de började att bygga campen fanns verkligen ingenting, bara öknen. Innan personalen ens fick gå och titta på området var det tvunget att minröjaområdet.

Ingenting av det vi tar för givet fanns klart utan allt behövdes byggas från grunden. De började med att bygga toaletter, duschar och matplatser. Allt avfall brände personalen själva (EHO Environment Health Officer), en gång per dag, på ett bra avstånd från campen. Det var sand överallt! Inget finlir, "man tager vad man haver". Trälärarna som utrustningen transporterades i fick bli byggmaterial Ett stort fokus var på säkerheten. Bland annat var muren runt campen hög och mycket starkt byggd. Vakhållning fanns också runt muren, allt för att hålla farliga djur borta från campen och för att erhålla bra säkerhet.

Katarina arbetade som sjuksköterska där och hon berättade att de övade mycket! Oftast var det för att göra patienterna transportabla, för att sedan så fort sjukdomstillståndet tillät förflyttas hem till Sverige för vidare vård. När det gällde att sterilisera de kirurgiska instrumenten så kokade man dessa. Autoklav fanns naturligtvis inte. Maten var ingen gourmetmat. Katarina åt påsmat i tre månader. Maten värmdes ute i solen under dagen till perfekt temperatur och sen blandades den med vatten. Nyårsmiddagen var den första gången de fick äta riktig mat, helstekt get med tillbehör.



Att arbeta i 35-gradig hetta

Värmen är en av människans farligaste fiender i öknen och eftersom det krävs relativt heltäckande kläder för att skydda sig mot insektsbett blir det väldigt varmt. Det tar flera månader att vänja sig vid att arbeta i 35-gradig hetta och det går åt stora mängder vatten. De tre månaderna Katarina var där drack de bara flaskvatten. Campen ligger som tur är på en stor vattenreserv och efter några veckor kom normmännen till Tombouctou och borrade brunnar som kom att användas när campen blev färdigbyggd. Innan brunnen fick flaskvattnet transporterats dit från Sverige.



Katarina Blomdahl

Katarina åkte tillbaka till Mali i november 2015 och nu ett år senare var det helt annorlunda. Nu hade alla delar kommit fram och sjukhuset såg ut som ett riktigt sjukhus, där det fanns både diskmaskin och autoklav. Katarina hälsar att om man är intresserad att arbeta inom försvarsmakten kan man kontakta Göteborgs garnison som ligger vid Karingberget i Göteborg. Där har Sjukhuskompaniet inom försvaret sin verksamhet och håller utbildningar. Är du intresserad av att prova på har de en prova på helg "48H" där man kan få testa hur det är att arbeta med sjukvård i försvarsmakten.

Efter de båda föreläsningarna gick vi en rundvandring i de fina lokalerna på Angereds Närsjukhus och inspirerades.

Tack kära kollegor för att ni kom och tack Operation Angereds Närsjukhus för fantastiskt värdskap denna trevliga kväll. Ses igen! •



Anna-Karin Andersson och Inger Andersson

Perioperativa sjuksköterskans dag

Text: Inger Andersson, redaktionen

Den 15 februari uppmärksammades återigen Perioperative Nursing Day. Syftet med dagen är att belysa oss, perioperativa sjuksköterskan, med avancerade omvårdnadskunskaper i en högteknologisk vårdmiljö där patientsäkerheten och hygien alltid står i fokus.

Vi på Operationsavdelningen, Karl-skoga Lasarett tog i år igen tillfället att vara på plats i Lasarettets entré för att informera besökare, patienter och anhöriga om vår verksamhet. Förutom att uppmärksamma vår dag och vår verksamhet tog vi tillfället i akt att prata om bristen på specialist-sjuksköterskor och det svåra arbetet med rekrytering till vårt yrke.

Vi berättade om operationsmetoder, instrument, hygien, teknik och omvårdnad. Besökarna tittade på instrument och implantat. Det mest populära att se var som tidigare implantaten för höft- och knäproteser samt de laparoskopiska instrumenten. Vi delade ut informationsblad med fakta om hur många vi är som arbetar på operationsavdelningen, personal-kategorier, antal utförda operationer/år m.m.

Det var återigen en uppskattad visning och vi fick flera hejarröp att ha detta som en årlig återkommande aktivitet för att uppmärksamma "oss på operation". •

Vad är det bästa med Chefnätverket?

Namn: Lisbeth Rosdahl

Arbetsplats: SuS

Ort: Lund



Att träffa andra chefer, utbyta erfarenheter. Diskutera problem. Se andra lösningar/möjligheter.

Namn: Johanna Kehn

Arbetsplats: SöS

Ort: Stockholm



Att träffa andra chefer och byta tips och erfarenheter



Väljer du våra kit finns risk att det går åt fler

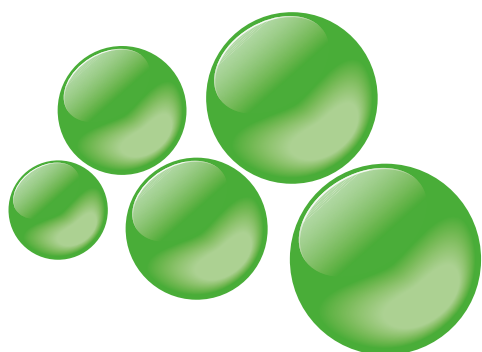
Välj fritt bland ett stort antal kvalitetskomponenter så förpackar vi dem till praktiska kit för olika behov. När du väljer evercare® kan du känna dig trygg med att varje del håller hög kvalitet så att det blir säkert och bekvämt för både dig och patienten. Dessutom spar du en slant på varje kit, vilket gör att det blir mer pengar till själva vården och förhoppningsvis fler ingrepp varje dag på svenska sjukhus, som då kanske behöver fler kit. Ett klokt val, med andra ord.

www.onemed.se

POSTTIDNING B

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

GULDKONGRESSPONSORER



MÖLNLYCKE
HEALTH CARE

SILVERKONGRESSPONSORER

KEBOMED

Johnson & Johnson
Nordic



COVIDIEN

positive results for life™

B | BRAUN
SHARING EXPERTISE

BERNER

Medical



ONEMED
Sverige AB