

Uppdukat

Nr 2 april 2019 årgång 31



stryker

Hur är arbetsmiljön på ditt sjukhus?

**Framtidens
standard
för kirurgisk
avfallshantering**

Neptune® 3

System för hantering av vätskeavfall

- Ett konstant slutet mobilt sugsystem som skyddar operationspersonalen från exponering av potentiellt smittsamma vätskor.



Utgivare

Riksföreningen för operations-
sjukvård ISSN 1101-5624.

Upplaga

1900 exemplar. Tidningen
utkommer med fyra nummer
per år, till alla medlemmar
i riksföreningen och övriga
prenumeranter.

Prenumeration

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

Prenumeration via agentur
450 kr per kalenderår

Omslagsbild: *Kirsti Svensson
och Olga Carlqvist Wredendal,
Östersunds sjukhus.*

Foto: *Lasse Salomonsson*

Annonser

annonsansvarig@rfop.se

Redaktion

*Kristina Lockner
Inger Andersson
Yvonne Törnqvist
Malin Wahlström*

**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 2019 årgång 31

Redaktionens ord...**sid 4**

Porträttet...**sid 6**

Min operationsavdelning...**sid 8**

Ny arbetsgrupp tar fram väg-
ledning för operationskläder...**sid 10**

Operationssjuksköterskans roll
i Traumateamet...**sid 12**

Porträttet...**sid 14**

Vårdens kärnkompetenser från
ett pedagogiskt perspektiv...**sid 16**

Sårcentrum Södersjukhuset...**sid 18**

Operationssjuksköterskeutbildningen
kommer till Södersjukhuset ...**sid 20**

Svenska anestes- och operations-
sjuksköterskors arbetserfarenheter...**sid 22**

Levnadsvanor i samband med operation
– ett kunskapsseminarie...**sid 26**

Hygienfrågan...**sid 28**

Magentmodellen - kan det vara
någoting för svensk sjukvård?...**sid 30**

Årets först nätverksträff för chefer
och ledare...**sid 32**

Gästkrönika...**sid 34**

Föreningsnytt...**sid 36**

sid 12



sid 36



Välkommen att skicka in din artikel eller insändare till Uppdukat!

Några tips när du skriver:

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

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

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

Foto: Pco Sjöberg



I detta nummer har vi några nyheter, dels CHEF OCH LEDARE, under den rubriken kommer ni få ta del av nyheter från bland annat vårt Chefråd och chefnätverket och andra relaterade chef och ledarfrågor. Den andra nya ämnesrubriken är GÄSTKRÖNIKA, under den rubriken kommer vi att bjuda in personer att skriva vid ett eller flera tillfällen ur ett kåserande perspektiv. Har du önskemål om någon du vill ska vara gästkrönikör, hör av dig till oss på redaktionen med förslag. I detta nummer har vi Jennifer Båskman som gäst, Jennifer skriver om, Att gå från vårdcentral till operationsavdelning – utan att opereras. Vill du läsa och se mer av henne så kolla in hennes instagram, operationssjuksköterska.

Traumavård är inte enbart något för de stora sjukhusen i storstäder utan god traumavård behövs på alla sjukhus med akutmottagning. Om operationssjuksköterskans viktiga roll i traumateamet pratade Susanna Eriksson, traumakoordinator på Karolinska Universitetssjukhuset i Stockholm på NORNA kongressen i höstas och nu kan även du som ej var på plats där läsa om Operationssjuksköterskans roll i Traumateamet. Vi har även när ni får denna tidning genomfört den första Nivå 1 utbildningen i trauma-

vård, nästa tillfälle är 6 september och anmälan är öppen. Vi har även hunnit med att genomföra det första kunskapsseminariet om Levnadsvanor i samband med operation, de fyra hörnstenarna i samband med operation är tobaksbruk, alkoholbruk, matvanor och fysisk aktivitet. Du kan läsa mer om seminariet på sidan 26 och redan nu går det bra att anmäla sig till höstens seminarium, 26 - 27 september. Både kunskapsseminariet om Levnadsvanor i samband med operation och Traumatutbildningar är två nya konceptutbildningar som RFop har som intention att driva regelbundet precis som Hygienforum och Höstkongress, vi hoppas ni tar med er dessa när ni planerar er kompetensutveckling på avdelningarna.

Nu närmar vi oss våren och då även vårt Hygienforum. RFop har delat ut fyra stipendier, två studerandemedlemmar och två medlemmar som kommer att delta kostnadsfritt samt få resa och boende betalt. Vill du vara en av stipendiaterna till Höstkongressen? Det går bra att söka nu!

Vi efterlyser redan nu posters till Höstkongressens posterutställning, Kunskap och Inspiration! Postern ska handla om ett projekt eller utvecklingsarbete från operations-sjuksköterskans perspektiv, exempelvis utveckling av rutiner för säkrare vård, vårdmiljö, kvalitetsuppföljning, infektionsregistrering, dokumentation, handledning, utbildning, ledarskap, personcentrerad vård m fl områden. Det behöver inte vara avancerade forskningsprojekt som presenteras, kvalitetsarbeten och utvecklingsprojekt är varmt välkomna.

Vill du, eller har du förslag på vem, vilka du vill se som porträtt, min operationsavdelning? Skriv till rfop@rfop.se. Följ oss på FB, Riksföreningen för operationssjukvård och Instagram rfop.se.

Ha nu en riktigt bra läsning!

Nationellt kalendarium

För mer information och priser se rfop.se

2019

22 - 24 maj

Nivå 2 Traumatutbildning

Plats: KS, Solna *Inga platser kvar!*

23 - 24 maj

Hygienforum

Plats: Sheraton Stockholm Hotel

28 - 30 augusti

Nivå 2 Traumatutbildning

Plats: KS, Solna *Inga platser kvar!*

5 september

Chefnätverk

Plats: Stockholm Waterfront Congress Center

6 september

Nivå 1 Traumatutbildning

Plats: Sjuksköterskornas hus, Stockholm

26 - 27 september

Levnadsvanor i samband med kirurgi

Plats: Sjuksköterskornas hus, Stockholm

28 november

Chefnätverk

Plats: Stockholm Waterfront Congress Center

29 november

Chefkonferens

Plats: Stockholm Waterfront Congress Center

28 - 29 november

Höstkongress

Plats: Stockholm Waterfront Congress Center

2020

14 - 15 maj

Hygienforum

Plats: Sheraton Stockholm Hotel

25 - 27 november

Höstkongress

Plats: Stockholm Waterfront Congress Center





Ju mer du lägger till,
desto större värde får du

Truly customised laparoscopic solutions

Låt oss hjälpa dig att anpassa dina set för dina laparoskopiska ingrepp. Vi erbjuder ett brett sortiment av troakarer, preparatpåsar, sug- och spolset, kameraskydd, antifog, rökfilter och andra nödvändigheter som BARRIER® specialdesignade laparoskopidraperingar.

Spara ännu mer tid och pengar genom att se till att ditt Mölnlycke kundanpassade set är specialanpassat med allt du behöver.

Med allt samlat i ett set, kan du minska förberedelsetiden med upp till 40%¹. Du är säker på att du är helt förberedd och fokuserad på patientens resultat.

Referens: 1. Greiling, M. A multinational case study to evaluate and quantify time-saving by using custom procedure trays for operating room efficiency. Data presented at European Association of Hospital Managers, September 2010 (poster).

Läs mer på www.molnlycke.se

Mölnlycke Health Care AB, Box 13080, Gamlestadsvägen 3 C, 402 52 Göteborg. Tel. 031-722 30 00.
Namnet Mölnlycke Health Care och logotypen och BARRIER® är registrerade globalt och tillhör något av företagen inom Mölnlycke Health Care-koncernen. © 2017. Mölnlycke Health Care AB. Alla rättigheter förbehållna. SESU0271803



40%

av förberedelsetiden
går att spara


Mölnlycke®

Porträttet

Nathalie Bengtsson och Erika Björklund



I detta nummer har Yvonne Törnqvist intervjuat Erika Björklund, 30 år och Nathalie Bengtsson, 31 år, två operationssjuksköterskor som jobbar tillsammans på centraloperationsavdelningen vid Östersunds sjukhus, här är deras porträtt.

Vi har arbetat som färdiga specialist-sjuksköterskor i operationssjukvård i fem och ett halvt år och vi gick vår specialistutbildning ihop. Erika blev färdig sjuksköterska våren 2012 och jobbade ca sex månader på en medicinavdelning med specialinriktning mag-tarmsjukdomar innan hon började sin utbildning till operationssjuksköterska. Nathalie tidigare jobbat som sjuksköterska både på kirurgisk avdelning i sex månader och därefter på ortopedisk vårdavdelning.

På den tiden var det ingen brist på sjuksköterskor inom vården så det var väldigt svårt att få jobb. På ortopedavdelningen jobbade jag, Nathalie, i två år innan jag började studera till operationssjuksköterska. Anledningen till att jag, Erika, utbildade mig till operationssjuksköterska var bland annat att jag inte tyckte om att jobba på avdelningen på grund av arbetstiderna. Fast även att som operations-sjuksköterska få möjlighet att ta hand om en patient i taget lockade. Jag såg framför mig en spännande, annorlunda profession med möjlighet till stor variation. Nathalie, instämmer i missnöjet med arbetstiderna, jag var trött på att jobba tre skift, jag tyckte att arbetet på en operationsavdelning lät mer spännande och utmanande.

Vi gick vår utbildning på Mittuniversitetet, vilket innebar teori och praktik blandat mellan Östersund och Sundsvall. Vår utbildning tog ett år, vi gick specialistutbildningen mellan år 2012–2013, den var på 60 hp precis som nu. Första praktikperioden i termin ett var på fem veckor 7,5 hp och andra praktikperioden i termin två var 10 veckor 15hp. Vi reste mycket under utbildningen till Sundsvall för föreläsningar och jag, Nathalie, gjorde även min första praktik på centraloperation i Sundsvall och den andra i Östersund. Det var supernyttigt att göra sin praktik på olika ställen. Att

se hur de två operationsavdelningar fungerade och hur de jobbade, bara positivt. Jag, Erika hade all min praktik i Östersund.

Börja arbeta

När utbildningen var slut såg arbets-situationen lite olika ut för oss två. Jag, Nathalie, som haft min specialistutbildning betald hade ett kontrakt med centraloperation i Östersund och skulle jobba där de två första åren efter avslutad utbildning. Att vara kontrakterad kändes fantastiskt, det var en stor trygghet. Det hade även varit skönt att slippa ta studielån, kändes som ett viktigt och prioriterat jobb samtidigt som det var lite orosamt att det verkade vara svårt att rekrytera folk. Jag är mestadels på kirurgen.

För mig, Erika, var det annan situation, ingen ledig plats i Östersund utan flyttade till Luleå och jobbade där i fem år på Sunderby sjukhus. Centraloperation på Sunderby sjukhus består av ett flertal olika specialiteter vilket innebar rotation mellan ortopedi, kirurgi, gynekologi, urologi och öron-näsa-hals. Fast jag hade mest tid på ortopedi. Efter den tiden i Luleå flyttade jag tillbaka till Östersund och fick jobb på centraloperation. I Östersund är jag till största del på ortopedi fast roterar även in på de andra klinikerna.

Att jobba i Östersund

Jobbet på en centraloperation innebär att man under jourtid arbetar för alla sjukhusets kliniker vilket också inkluderar urologi och viss barnkirurgi samt gynekologi, ÖNH och ortopedi. Vi jobbar var 6:e helg här hos oss, dagtur kl. 07.30 – 16.30, kvällstur kl. 10.00 – 18.45. Vi jobbar ca 1 kväll/vecka till varannan vecka. Veckans kvällstur är kl. 10.45 – 18.45 eller kl. 08.30 – 17.30. Jobbar vi helg så är vi ensam operationssjuksköterska mellan kl. 07.30 – 10.00 samt ensam mellan kl. 16.30 – 18.30. Natten börjar kl. 18.30 – 08.00 och även då är man ensam som operationssjuksköterska.

Fortbildning

Efter specialistutbildningen har jag, Erika gått AO- grundkursen för frak-

turkirurgi och varit till Tyskland på en cementeringskurs. Jag, Nathalie, har inte deltagit i någon riktad kurs men varit på Riksföreningens Höstkongress. Att hålla sig uppdaterad i yrket är viktigt tycker vi. Olika sätt att göra det på förutom ovannämnda utbildningar och Riksföreningens Höstkongress är att delta i interna utbildningsdagar, utbildning från medicintekniska företag, läsa relevant information och fråga kollegor.

Det bästa med att jobba som operations-sjuksköterska är att jobbet alltid är intressant och att alla dagar är olika då det är stor variation mellan de olika specialiteterna och operationerna samt att man kan fokusera på en patient i taget tycker jag, Erika. Jag, Nathalie tycker om spänningen, att få vara i centrum med patienter när det händer. Att jobba i teamarbete med kollegor i operationssalen är tillfredsställande. Det finns också mycket som man kan arbeta med utanför operationssalen, jobba med frågor som man brinner för eller ta andra uppdrag som exempelvis huvudhandledare eller ta sektionsansvar. Saker som jag, Nathalie brinner för är trauma, robotkirurgi och hygien

Nackdelar enligt mig, Erika är att det ibland kan vara ganska tungt då man står mycket och länge, och ibland i väldigt konstiga positioner och att man av och till lyfter tungt. Därför känns det viktigt att man tar sig tid att träna för att orka. När det är långa operationer där det under vissa delar av operationen inte händer så mycket för oss operationssjuksköterskor det tycker jag, Nathalie att det är trist. Att man är ganska styrd i sitt arbete, exempelvis vad gäller när man skall äta lunch och att göra ett spontanbesök på toaletten

Våra rekommendationer till kollegor är att hoppa på all sorts utbildning som man kan få och blir erbjuden, samt om man har möjlighet att byta arbetsplats någon gång, nyttigt för att se hur andra jobbar, man får med sig mycket erfarenhet. •



Plastikkirurgiska operationsavdelningen, Karolinska Sjukhuset Solna

Jag heter Terttu Mustonen och har jobbat här på Karolinska sjukhuset i ca 15 år. Innan jag började på plastikoperation jobbade jag på Astrid Lindgrens barnoperation. Vår avdelning har inte flyttat till NKS utan är kvar på vår plats i gamla huvudbyggnaden som annars är rätt tom på verksamhet. Vi har sällskap häruppe på sex trappor av en annan operationsverksamhet som jobbar med att korta köer för verksamheter på NKS. Vi fick inte plats i det nybyggda NKS-huset men man insåg att det behövs plastikkirurgi för trauma, öron och ortopedpatienter.

Hösten 2020 är det planerat att vi skall flytta till nyrenoverade lokaler i anslutning till NKS, uppdaterade för dagens genomlysningsapparatur. Där blir det en dagkirurgisk samt elektiv enhet som inte enbart kommer att innehålla plastikkirurgi och bröstkirurgi. Nu opererar vi på fyra operationssalar, vi försöker att bemanna med två operations-sjuksköterskor och ett "pass" som vanligtvis är en undersköterska, för att öka patientsäkerheten. Vid start och avslutning försöker vi alltid vara tre personer och vi avlöser varandra när och om det passar under operation. Bärbara telefoner har vi för att nå de som är utanför salen. Viktigt då vi går med preparaten till Patologen eller preparatröntgen på mam-mografin för bröstcancerpatienterna under pågående operation och väntar på telefonsvar till salen. Vi skickar även färskt Sentinel node biopsi och övriga mindre preparat i rörposten. Vi använder rörposten mycket och har inte haft några incidenter. Medelålder på operationssjuksköterskorna är 48 år, vi har en stabil personalsituation och har inte haft några större omflyttningar.

Typ av operationer

Exempel är ansiktstrauma, brännskador, bukplastiker, hudtumörer bl.a. malignt melanom, malignt melanom med sentinel node, stora basaliom, skivepitelcancer m.m. Olika rekonstruktioner av bröst, fett från magen – lipofilling. Vi gör bröstrekonstruktioner med fria lambåer DIEP (deep interior epigastric perforant) två gånger i veckan tisdagar och torsdagar, nu gör vi en på en förmiddag, när vi började tog det en hel dag. Vid DIEP lambå använder man magen för att göra en kroppsegen bröstrekonstruktion. Stor kirurgi på sjuka patienter. Ibland görs bröstreduktionsplastiker på patienter med hög ASA-klass som inte kan göras på andra kliniker. En patientgrupp där kön är lång är könsbeträffande kirurgi. Vi kan genomföra två större operationer på samma dag. Det styrs inte bara av operationskapaciteten utan mer av avdelningen och vårdplatserna, eftersom de patienterna behöver ligga kvar längre på sjukhuset.

Rapportering och kontroller

Vi går inte regelmässigt och rapporterar patienterna till postop utan endast i speciella fall. Postop ligger i anslutning till avdelningen och bemannas av våra anestesissjuksköterskor, så vi har en bra kompetens och kommunikation. Det är aldrig omöjligt att svara på frågor eller hjälpa till. Vi hjälper varandra över "gränsen". Vi skriver naturligtvis omvårdnadsanteckningar i Take Care och registrerar i Orbit. Kontroll/nedräkningsrutiner sker enligt sjukhusets fastställda rutiner, före, under och efter.

Vi använder engångsmaterial för allt förutom arbetskläder till fast personal. Alla gäster får engångskläder. Karolinska är ISO-certifierat så naturligtvis källsorterar vi allt material.

"Det är roligt att jobba här"

Det bästa med vår avdelning är att alla är ansvarstagande, att vi har en bra ledning och att vi har roligt på jobbet. Det inkluderar även operatörerna, anestesilogerna, städerskan, studerande och besökande. På fredagarna har vi mötestid på morgonen 7.30 då försöker vi ha ställt iordning salarna innan för att alla ska kunna vara med. Vi har gemensamt fika och äter en macka. Det kan vara APT möte, avdelningsmöte, föreläsning, eller annan information. Ibland har vi delade möten för anestesi och operation när det gäller yrkesspecifika frågor. Det är högt i tak och alltid många som pratar.

Många kommer innan de börjar 7,30 för att ha salarna klara även om deras arbetstid inte startar före och det blir då plusflex vilket de flesta inte tycker är fel att ha. Inget krav från arbetsgivaren.

Vi arbetar dagtid, måndag-fredag men har enstaka kvällspass som fördelas jämt på all personal när vi har operationer som vi vet kommer att ta längre tid.

Utbildning och kompetens

Vi prioriterar de externa och interna utbildningar som är kompetenshöjande, så som regionala studiedagen, hygienforum, Mölnlycke dagen, höstkongressen, patientsäkerhetsdagen, dagkirurgiska kongressen m.m. Det brukar alltid vara 4–5 st. som går på distriktsmöten i Stockholm på kvällstid.

Arbetsväxling är ju något som diskuteras på många håll men det är inget som förekommer hos oss. Inga undersköterskor eller andra grupper som instrumenterar. Det har diskuterats i undersköterskegruppen att de gärna vill hjälpa till och vara med som hakhållare. Vilket de har varit under ledning av instrumenterande operations-sjuksköterska. Vi har jättebra erfarna undersköterskor här hos oss.

BUS-tjänst

Vi har en operationssjuksköterska som har en BUS-tjänst (BUS=Biträdande Universitetssjuksköterska, en roll i kompetensstegen) och ansvarar för att organisera de Perioperativa samtalen tillsammans men en anestesijuksköterska på vår avdelning. De ingår i en större grupp som innefattar sjuksköterskor från de andra specialiteerna på sjukhuset som alla gör Perioperativa samtal med patienter.

Jag och en annan kollega har BUS-tjänster inom mikrokirurgi vilket innebär att det är vi som till största delen är ansvariga för att utveckla och uppdatera PM, arbetssätt som hör till mikrokirurgin, inskolning av ny personal och coachar andra operationsenheter där plastikkirurgerna opererar.

Vi har också en operationssjuksköterska som har en 50 % BUS tjänst med inriktning mot kraniofacial kirurgi. Jag är studentansvarig men handledningen av de olika studenter vi har fördelas mellan alla. Vi har sjuksköterskestudenter från grundutbildning som går två veckor, specialistsjuksköterskestudenter som går 4–5 veckor och ibland undersköterskor. Kandidater och randande specialitläkare finns också här på avdelningen men handleds av kirurgerna. •



Ny arbetsgrupp tar fram vägledning för operationskläder

En ny arbetsgrupp tar fram vägledning för operationskläder i flergångsutförande – hela vägen från tillverkning, till tvätteri, transport och lagerhållning i sjukvården

Det råder osäkerhet kring hur man ska kunna leva upp till kommande reviderade europeiska krav gällande prestanda och mikrobiologisk renhet som ställs på operationskläder i flergångsutförande under hela livscykeln. Europastandarden EN 13795 Operationskläder och draperingsmaterial - Krav och testmetoder ställer krav på specialarbetsdräkt, operationsrock och draperingsmaterial

SIS standardiseringskommitté för operationstextilier (SIS/TK 333) har i samarbete med kommittén för sjukvårdstextilier (SIS/TK 332) startat en arbetsgrupp för att ta fram en vägledning som hanterar rutiner för tillverkare, leverantör/tvätteri och hantering i sjukvården.

Kraven i den nya utgåvan av europastandarden för operationstextilier EN 13795 (förväntad publikation mitten av april 2019) är tydliga när det gäller nyproduktion men det finns ingen vägledning kring hur man ska kunna säkerställa att kraven bibehålls och hur ofta plaggen ska kontrolleras under hela livscykeln.

På tillverkarsidan finns en problematik i variationen av de prover som skickas in till provningsinstitut, vilket



Sarah Sim

kan vara allt från dammiga tygrullar till kompletta plagg. Variationen i provurval ger inte ett tillförlitligt och jämförbart resultat trots att dessa provningar ligger till grund för CE-märkning av plaggen. På tvättersidan finns en osäkerhet kring vad som är en god balans mellan patientsäkerhet och kostnadseffektivitet gällande kontrollen av operationsplaggen under hela livscykeln. I vården finns inte alltid kunskapen om att operationskläder är medicintekniska produkter med funktion att skydda patient och personal från smitta. Därför hanteras inte alltid plaggen på ett sätt som bibehåller plaggens renhet och funktion, exempelvis avseende transport och förrådshantering.

Syftet med dokumentet är att ge vägledning, rekommendationer och exempel på hur operationsplagg kan kontrolleras och hanteras under hela livscykeln. Målet är att det ska bli tydligt för tillverkare vad som kan behövas för goda provningsresultat, hur tvätterier på ett patientsäkert men också kostnadseffektivt sätt kan kontrollera plaggen, samt att sjukvården får vägledning i hur operationsplaggen kan hanteras för att säkerställa renhet och funktion.

Målet är att ta fram handfasta vägledningar för:

- tillverkare (del 1): urval av prover, provtag samt provning efter standardiserad tvättprocess för validering av material och produkter,
- leverantörer/tvätterier (del 2): hantering och validering av plagg och processer under hela livscykeln,
- sjukvårdsinrättningar (del 3): bevara plaggens mikrobiologiska renhet och funktion under hantering, lagerhållning och transport (inklusive transport från användare till tvätteri).

Är du intresserad av att veta mer eller delta i arbetsgruppen, hör av dig till Sarah Sim, projektledare på SIS Vård och omsorg (sarah.sim@sis.se, 0707879145).

Kallelse till årsmöte

Riksföreningen för operationssjukvård håller årsmöte den 24 maj 2019

Plats: Sheraton Hotel Stockholm Tid: Kl. 08.00

Välkommen!





Dags för ett byte?¹

En del byter dem när de upptäcker ett hål, andra byter regelbundet.

Hur ofta byter du dina?

**Med Biogel Eclipse®
Indicator® System*
är du alltid rätt ute!**



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

1. Mason Ian. Time for a change?. Safe Hands 2019;1:3-4

Läs mer på www.molnlycke.se

Mölnlycke Health Care AB, Box 13080, 402 52 Göteborg. Tel 031-722 30 00. E-mail: info.se@molnlycke.com.
Mölnlycke och Biogel Indicator varumärken och logotyper är globalt registrerade av ett eller flera företag i Mölnlycke Health Care Group. ©2018 Mölnlycke Health Care AB. Med ensamrätt.


Mölnlycke®

Operationssjuksköterskans roll i Traumatteamet

Traumavård är inte enbart något för de stora sjukhusen i storstäder utan god traumavård behövs på alla sjukhus med akutmottagning. Om operationssjuksköterskans viktiga roll i traumatteamet pratade Susanna Eriksson, traumakoordinator på Karolinska Universitetssjukhuset i Stockholm på NORNA kongressen i höstas.

Susanna Eriksson (Sussie) är traumakoordinator på Trauma Center Karolinska (TKC) sedan april 2016. I arbetsuppgifterna ingår att tillsammans med övriga på TKC arbeta med traumaflödet på sjukhuset i stort. Det innebär bland annat att delta i olika arbetsgrupper inom Trauma och Katastrofverksamhet. Följa utvecklingen av traumavården inte bara i den egna regionen utan i Sverige som helhet. Hur skadepanorama ser ut och vilka som drabbas påverkar på vilken traumainivå vården behöver bedrivas och med det vilken utbildning som behövs hos medarbetarna. Aktuellt för Sussie nu är att gå en Traumatteam instruktörsutbildning tillsammans med läkare och sjuksköterskor från olika verksamheter inom traumaflödet på Karolinska US för att starta teamutbildning på sjukhuset. Sussie är även involverad i andra utbildningar inom trauma både internt och externt.

Traumautbildning i Sverige fram till idag har till stor del bestått i learning by doing på den egna enheten samt via amerikanska kurser TNCC, ATLS, DSTC. TNCC kom till Sverige i slutet på 90-talet först i enbart amerikansk version på originalspråk och har på senare år översatts till svenska men det är fortfarande utifrån ett amerikanskt perspektiv. ATLS står för Advanced Trauma Life Support och är för läkare. Den lär ut standardiserad handlingsplan för det initiala traumahandlingstagandet. Det är därifrån ABC principen kommer.



Foto: Peo Sjöberg

Susanna Eriksson

TNCC Trauma Nursing Core Course är för sjuksköterskor och bygger på samma principer som ATLS. Vilket innebär att alla som ingår i ett traumatteam bör ha gått någon sådan utbildning för att förstå språket och principen om hur man tar hand om traumapatienter initialt. Båda utbildningarna kommer från USA. I Sverige är det Riksföreningen för sjuksköterskor inom trauma som har avtal med ENA (Emergency Nurses Association) att driva kurserna. På Karolinska skall alla operationssjuksköterskor som ingår i traumatteamet gå TNCC. Även undersköterskorna från operation deltar som auskultanter.

Definitive Surgical Trauma Care (DSTC™) kurserna är för kirurger och innebär förutom teori, praktisk kirurgi på gris. Operationssjuksköterskorna på Karolinska som arbetar med trauma inbjöds att delta i de praktiska delarna och fick också ta del av föreläsningarna som gavs på engelska och riktades naturligtvis helt

till kirurger. Operationssjuksköterskorna på Karolinska Universitetssjukhuset i Solna ingår sedan 1996 i Traumatteamet. Traumatteamet i övrigt består av en kirurg tillika traumaledare, ortoped, undersköterska operation, anestesilog, anestesisjuksköterska, radiolog, röntgensjuksköterska, sjuksköterska och undersköterska från akuten.

Time Out

Operationssjuksköterskan leder Time Out innan patienten kommer till rummet. Därefter är deras funktion initialt under E för exposure, där de ansvarar för att ta av kläder och säkerställa värme. Därefter assistera det som eventuellt blir aktuellt; suturering, anläggande av thoraxdränage och andra interventioner som görs på ett akut rum såromläggningar, KAD sättning gipsning mm. Men det är framförallt när de kritiska patienterna kommer in som operationssjuksköterskan har en avgörande roll vid de omedelbara operationerna. Att operationssjuksköterskan är med från början kortar tiden från det patienten kommer till sjukhuset fram till operationsstart. Detta kan man se i Karolinskas traumaregister som är anslutet till SWETRAU. I och med att operations-sjuksköterskan är med från början så kan hen redan vid den prehospitla rapporten få en uppfattning om skador och vilka eventuella operationer som kan bli aktuella samt därmed börja planera för positionering, instrument mm. Också vilka svårigheter som kan uppstå vid kombinerade skador. Operationssjuksköterskan följer patienten från det den kommer in på sjuksjukhuset till dess att den lämnas av för vidare vård.

Traumautbildning för operationssjuksköterskor

Sussie har länge funderat länge på hur traumautbildning för operationssjuk-



sköterskor kan förbättras och riktas mot operationssjuksköterskans specifika roll i traumaomhändertagandet. Och den första kursen gavs maj 2017 i anslutning till en DSTC kurs. Kursen består av två dagar teori och en dag där halva dagen består av klinisk praktik tillsammans med kirurgerna som går DSTC och den andra delen av en workshop. Alla deltagare deltar i det praktiska i egenskap av sin egen profession. Beroende på deltagare/instruktör kan engelska bli det gemensamma språket. Den andra halvan av dagen är en workshop där innehållet har förändrats och utformats utifrån tidigare utvärderingar och de förutsättningar som funnits vid varje kurs-tillfälle. Workshopen och kursprogrammet i övrigt är på svenska och innehåller förutom opssk's speciella roll och ansvar i teamet, praktiska tips, stor blödning, omedelbar kirurgi, teori och praktik kring olika skadepanoraman.

Trauma nivå 1 "Basic trauma"

Utvärderingarna från utbildningarna har varit mycket positiva fast man har också sett att mer än hälften av deltagarna har en liten erfarenhet av trauma i praktiken. Därför finns behovet av mer utbildning och av den



anledningen startar nu Riksförening för operationssjukvård i samarbete med Susanna Eriksson en Trauma nivå 1 "Basic trauma" utbildning.

Innehållet är utarbetat av RFop Lasse Salomonsson, enhetschef centraloperation i Östersund och Riksföreningens representant i Säker Traumavård, Susanna Eriksson, samt Louise

Almström, operationssjuksköterska och projektledare för Trauma Center US Linköping. Kursen hålls för första gången den 22 mars i Stockholm och nästa tillfälle är den 6 september.

Tanken är att även en utbildningsnivå 3 ska utvecklas. Se mer information på rfop.se under utbildning och evenemang. •

"Vi fick hålla knivarna vassa"

År 1941. Nu hundraåriga Kerstin Jarl var färdig operationssjuksköterska under tiden för andra världskriget. Då kunde skalpeller vina genom luften och arbetspassen bli evighetslånga. Arbetsdagarna när Kerstin Jarl började som operationssjuksköterska kunde börja klockan sju på morgonen och sluta framåt midnatt, i värsta fall utan någon längre paus.

– Jag brukar säga att det är ett slavarbete som jag har haft, säger hon.

På den tiden sövdes patienterna med eter och öppen mask som sjuksköterskorna skötte. Det fanns inte uppvak eller intensivvårdsavdelning så patienterna var kvar inne på operation tills de hade vaknat. Engångsartiklar fanns inte.

– Vi kokade sprutor, sydde bukdukar och varje morgon slipade vi knivarna som skulle användas vid operationerna och gud nåde oss om de inte var vassa! Det fanns läkare som hade ett hemskt humör och kunde slänga slöa skalpeller tvärs genom rummet.

Trots att Kerstin växte upp i Luleå där hon föddes 1918 så var det till Göteborg hon flyttade 1938 för att utbilda sig till sjuksköterska. Utbildningen på sjuksköterskeskolan var både teoretisk och praktisk.

– Vi hade en svart pärm med oss där det stod vilka arbetsuppgifter som skulle utföras. Avdelningssköterskan fyllde i om man bara hade sett på, fått hjälp eller utfört en uppgift på egen hand. På det viset kunde man följa att en elev lärde sig alla olika arbetsuppgifter.

Som elev var Kerstin bara ledig var fjortonde dag. De blivande sjuksköterskorna gavs stort ansvar på egen hand. Det var ju brist på sjuksköterskor redan på den tiden. Att Kerstin blev just operationssjuksköterska var egentligen inte så mycket hennes eget val. När hon efter det första året på sjuksköterskeskolan skulle välja inriktning ville hon egentligen bli distriktssköterska. Men hon hade gjort

en praktikperiod på operation och där ville de ha tillbaka henne. Så det var bara att acceptera.

– Dessutom är jag lång. Det är bra att vara lång när man står inne på operation. Det gäller ju att ha koll på allt och se vad läkaren vill ha sekunden innan det sägs. Jag tror faktiskt att alla sjuksköterskor jag har jobbat med på operation har varit långa.

Kerstin blev färdig operationssjuksköterska i december 1941 efter tre och ett halvt års utbildning. Enligt reglerna var hon tvungen att vara kvar ett år på operation på Sahlgrenska där hon gått sin specialistutbildning. Lönen var 90 kronor i månaden och hon var ledig varannan söndag.

Efter det första året på Sahlgrenska blev det vikariat i Varberg, Vänersborg och Trollhättan innan hon flyttade tillbaka till Norrland där hon

arbetade som operationssjuksköterska i Piteå, Kalix och Boden. Under andra världskrigets slutskede arbetade hon som den enda operationssjuksköterskan i Kalix och hade jourvecka ut och vecka in.

– Tyskarna gjorde allt de kunde för att förstöra i Finland. De bombade allt, till och med jordbruksmaskiner. Våra svenska ambulansmän åkte på egen risk över gränsen in i Torneå för att hämta skadade och sårade till Sverige. Både civila samt finska och tyska soldater. Vi tog hand om alla. Jag minns särskilt en tysk soldat som simmade över Torne älv trots att han blivit skjuten i höften. En ung pojke hade blivit blind sedan han skottskadats i huvudet – men han klarade sig inte. Ja, usch vilka skador det var, man fick verkligen se vad kriget gjorde. Och fortsätter kriga gör de fortfarande i världen.



Sjuksköterskebroshen fick Kerstin Jarl 1941 när hon examinerades från Göteborgs sjuksköterskeskola. På baksidan står det: "Är det icke trohet, Herre, Dina ögon söka".

– Jag ville bli sjuksköterska redan som liten flicka. Jag lekte jämt sjukhus med mina dockor, bäddade ner dem och lindade om dem. Min mamma sa alltid att sjuksköterskegenerna hade jag från min farfar och farmor. Farfar läste medicin och farmor var ackuschörska, som barnmorska hette på den tiden, berättar Kerstin Jarl.



Varje dag tar hon en promenad med hunden Chip som hon är dagmatte till.

Något liv utanför arbetet hade Kerstin knappast

– Jag brukar tänka ibland att det är konstigt att man inte gick in i väggen, man var ju totalt kroppsligt uttröttad. Men vi hade en fantastisk sammanhållning och ett gott kamratskap och hjälpte alltid varandra. Det var det bästa med jobbet.

Hon berättar att på den tiden var det inte så vanligt att sjuksköterskor var gifta eftersom det helt enkelt inte gick att förena arbete och familj. De som skaffade familj slutade jobba.

– På så vis har det ju blivit bättre i dag, även om många fortfarande har det tufft med dubbla pass: först jobbet och sen ta hand om familjen hemma. Det vill till att de har män som är med och delar på arbetsbördan då.

Då som nu var det brist på sjuksköterskor och ständiga strider för bättre lön och villkor. I slutet av 40-talet var det en långdragen strid kring lönerna då flera hundra sjuksköterskorna protesterade genom att säga upp sig samtidigt. Politikerna blev oroad och hotade med att införa en lag om tjänsteplikt som skulle tvinga sjuksköterskorna att återgå i arbete om de gjorde allvar av sina uppsägningar.

– Då backade många sjuksköterskor och tyckte att vi måste tänka på patienterna. Men jag tycker att politikererna borde ha tänkt mer på patienterna. Om vi är så viktiga som de sade borde de ha kunnat ge oss högre lön och bättre arbetstider. Jag är övertygad om att om vi hade stått på oss bättre den gången så hade sjuksköterskors villkor sett bättre ut i dag.

Därför tycker hon att sjuksköterskor måste säga ifrån och ställa krav nu.
– Det är tydligen det som måste till. Vad gör arbetsgivarna och politikerna åt bristen på sjuksköterskor och vårdplatser? Ingenting, de bara snackar! De borde sätta sig ner och fundera över vad som är grunden till att de inte får personal.

Efter åren i Norrland flyttade Kerstin till Stockholm där hon arbetade på Svensk sjuksköterskeförenings arbetsförmedling en kort tid innan hon drog vidare till Norrköping där hon blev kvar i åtta år.

– Jag var husfru som det hette på den tiden och hade ansvaret för lasarettet, distriktssköterskorna och vårdcentralerna. Men dålig lön hade jag fortfarande! Trots att jag arbetat heltid i 42 år så är jag fattigpensionär i dag.

Så småningom hamnade Kerstin i Örebro där hon arbetade från 1967 fram till pensionen. Hon var anställd som första landstingsassistent, direkt underställd sjukvårdsdirektören med ansvar för distriktsläkarmottagningar, äldrevård, alla specialistläkar-

mottagningar utanför sjukhuset och all rehab.

En egen familj

En egen familj fick Kerstin först 1978 då hon träffade sin blivande man som var änklings med tre barn, varav ett fortfarande bodde hemma.

– Det är tack vare honom som jag ändå fick en stor familj med barn, barnbarn och barnbarnsbarn.

De fick 15 år tillsammans innan maken gick bort. De senaste 25 åren har Kerstin återigen levt ensam. Fast ensam är hon ändå sällan. Hon är dagmatte till en liten hund som hon tar promenader med varje dag och hon är aktiv i olika föreningar i Strängnäs där hon bor sedan många år.

Kerstin är rak i ryggen med ett minne bättre än de flesta. På torsdagar åker hon och storhandlar tillsammans med vänner, hon lagar mat själv varje dag och klarar sig fortfarande utan hemtjänst. Det går inte att låta bli att ställa frågan: hur har hon gjort för att bli en så pigg 100-åring?

– Jag lagar riktig mat, rör på mig varje dag och så tycker jag om att ha gäster. Jag har fortfarande middag då och då, fast numera är det sällan för mer än sex personer och då förbereder jag allting noga. Jag bjuder gärna på hjortstek eller rådjursadel. Och så känner jag två änkemän som jag brukar bjuda på middag ibland. Då blir det först sill och snaps och sedan rotmos och fläsklägg. •

Faktaruta

Sjuksköterskors arbetstider genom åren

1921: 66 timmar i veckan (innan dess var arbetstiden obegränsad)

1936: 54 timmar i veckan

1947: 48 timmar i veckan

1959: 45 timmar i veckan

1973: 40 timmars arbetsvecka lagstadgas i Sverige

Lönestrider förr

Första gången som Svensk sjuksköterskeförening ställde lönekrav var 1938. De begärde en höjning av lönen med en tredjedel för att komma i nivå med småskollärarinnorna. Det gick inte, men de kom en bit på väg. Den stora lönestriden stod mellan åren 1948 och 1951. Sjuksköterskorna hotade med massuppsägningar, vilket gjorde att riksdagen kallades samman mitt i sommaren och hotade med fängelse om det blev masstrejk. Efter lång strid lyckades de få igenom måttliga löneförhöjningar.

Källa: Sjuksköterskans historia av Barbro Holmdahl

Vårdens kärnkompetenser från ett pedagogiskt perspektiv

Vårdpedagogik, Vårdens kärnkompetenser från ett pedagogiskt perspektiv, är en uppföljning av boken Sjuksköterskans kärnkompetenser med samma författare. Innehållet i boken Vårdpedagogik fokuserar på kärnkompetenserna i ett pedagogiskt perspektiv. Tanken är att läsaren ska få tips om hur kärnkompetenserna kan implementeras och samt tillämpas i vården. Boken är egentligen avsedd som kurslitteratur för sjuksköterskestudenter på grundläggande och avancerad nivå men kan vara intressant för andra yrkesverksamma inom hälso- och sjukvården.

Medförfattare till boken är forskare både nationellt och internationellt vilket ger ett brett perspektiv på vårdens kärnkompetenser. Boken är intressant ur den synvinkeln att, den kan ge läsaren en kunskap om lärandeprocesser, patient- och studentundervisning samt handledning. Boken delas in i fyra delar. Första delen handlar om vårdpedagogik och människan, andra delen handlar om de sex kärnkompetenserna vilka blir basen för



Monica Kelvered

bokens pedagogiska perspektiv samt reflektioner omkring dessa. De sex kärnkompetenserna personcentrerad vård, evidensbaserad vård, förbättringskunskap, säker vård, informatik och samverkan i team belyses mycket intressant av olika författare som forskat inom området.

Den tredje delen i boken har fokus på tillämpning och förhållningssätt relaterat till kärnkompetenserna. I denna del erhåller läsaren information på implementering av ett kompetensutvecklingsprogram för vårdpersonal. Bokens läsare får kännedom om kärnkompetenserna, hur programmet genomfördes och att genom lärande och dialog utveckla kunskapen hos deltagarna programmet. Syftet var också bl.a att stödja lärande om kärnkompetenserna. Ett kapitel i den tredje delen av boken innehåller kunskap om barn och familjecentrerad vård. Författaren till kapitlet anger att barnet från att ha varit patient i nutid också blivit en delaktig person i behandling och vård. Det finns också utformat material som kan användas vid samtal med barn för att ge förståelse, tröst och trygghet.

Kapitlet, Möten med personer som är illitterata och med korts skolbakgrund, var intressant läsning ur den synvinkeln att den gav en mer förståelse för de som inte är läs- eller skrivkunniga. Författaren förklarar först vad litteracitet innebär för att senare avsluta med att belysa vad illitterat innebär. Det räcker inte bara med informationsblad på översatt på olika språk menar författaren utan inläst information översatt text till olika språk eftersöks i framtidens vård. I kapitlet ges dessutom tips om att välja rätt bilder och att skapa tydlig struktur anpassade för person som är illiterat. För att förhindra kränkningar i vården kan forumspel vara en del i kunskapsutvecklingen att bidra till att kränkningar av patienter förhindras. I kapitlet om forumspel blir läsaren bekant med hur forumspel kan vara en utbildningsinsats och bidra till att komplexitet kan bli hanterbar. I den sista fjärde delen diskuteras framtiden i vilken tankar ges om internationellt och globalt perspektiv relaterat till kärnkompetenserna.

Boken ger läsaren en intressant bild av hur vårdens yrkesutövare kan möta an framtidens krav och ge en god kvalitativ vård. Sammanfattningsvis har boken fokus på att sammankoppla kärnkompetenser och pedagogik, att ge kunskap för att stärka vårdpersonalens pedagogiska kompetens samt belysa förutsättningarna för både patientens och vårdpersonalens lärande. •

Vårdpedagogik

Vårdens kärnkompetenser från ett pedagogiskt perspektiv

MARGRET LEPP & JANETH LEKSELL (red.)

PERSONCENTRERAD VÅRD
SAMVERKAN I TEAM
EVIDENSBASERAD VÅRD
FÖRBÄTTRINGSKUNSKAP
SÄKER VÅRD
INFORMATIK
FRAMTIDEN

Liber

Fakta:

Titel: Vårdpedagogik. Vårdens kärnkompetenser från ett pedagogiskt perspektiv.

Författare: Lepp, Margret och Leksell Janet (red.).

Utgivet förslag: Stockholm: Liber, 2017.

TOGETHER WE CAN IMPROVE PATIENT OUTCOMES



LigaSure™ L-Hook Vessel-sealing Technology

- Precise Valleylab™ monopolar dissection.
- Atraumatic grasping.
- Cold cutting.
- Maryland-style blunt dissection.



Tri-Staple™ technology available now EEA™ circular stapler

Tri-Staple™ technology generates less stress on tissue during compression and clamping and may allow greater perfusion into the staple line.¹



INDERMIL® flexifuze™*

Topical tissue adhesive is a sterile, liquid topical tissue adhesive designed for your patient's comfort.



ProGrip™ self-gripping polyester mesh:

Specifically designed and approved for prophylactic placement.



1. EEA™ circular stapler with Tri-Staple™ technology [instructions for use]. North Haven, CT: Medtronic; 2017.

*Property of Conexicon Medical Ltd.

Sårcentrum Södersjukhuset

- En sårklinik med kirurgiska möjligheter

Sårcentrum på Södersjukhuset strävar efter att bedriva sårbehandling utifrån ett personcentrerat perspektiv med patienten och dennes närstående som delaktig samarbetspartner.

Vision:

"Patienter och deras närstående, såväl som personal ska se Sårcentrum som en resurs som erbjuder bästa möjliga sårbehandling".

Våren 2013 fick Dr Carin Ottosson, Verksamhetsområde Ortopedi, i uppdrag av sjukhusledningen på Södersjukhuset att skapa en projektgrupp och påbörja planeringsarbete för "Projekt Sårcentrum, Södersjukhuset". En projektgrupp med läkare, sjuksköterska, undersköterska samt fotterapeut skapades med representanter från fem involverade verksamheter där patienter med sår är en vanlig patientgrupp. Projektplaneringen fortgick under året med regelbundna möten och ett studiebesök på Bispebjergs hospital i Köpenhamn. I september 2013 stod projektrapporten färdigställd och presenterades inför Södersjukhusets ledningsgrupp. Definitivt beslut om verksamhetsstart togs i januari 2014 och ombyggnation av tillhandahållna lokaler på ortopedmottagningen startades i augusti 2014 vilka var färdigställda i oktober samma år. I december påbörjade den första anställda personalen sitt arbete med att förbereda lokaler och utrustning.

Den 7 januari 2015 öppnades dörarna till Stockholms första och enda specialistcentra för svårsläkt sår. Sedan dess har verksamhetens utvecklat till tio anställda som behandlar ungefär 5000 sårpatienter per år. Personalen består av tre heltidsanställda ortopedier, varav en av dem är verksamhetschef Carin Ottosson, fem sårspecialiserade sjuksköterskor, en podiatr samt en operationssjuksköterska och tillika froui-ansvarig sjuksköterska. Sårcentrum tillhör



Ann-Mari Fagerdahl

organisatoriskt Verksamhetsområdet Specialistvård på Södersjukhuset och är en självständig klinik med eget personalansvar, egen budget och egen verksamhetschef men delar stab och administrativa funktioner med övriga kliniker inom verksamhetsområdet. Detta att vara en självständig klinik och inte ingå i redan etablerade verksamheter ansågs av projektgruppen som en viktig aspekt för planering och genomförande av en framgångsrik organisation.

Sårcentrum tar emot patienter på remiss från Södersjukhuset upptagningsområde, vilket består av en population på ungefär 500 000 personer. Majoriteten av patienterna som behandlats har svårsläkt sår som till exempel venösa och arteriella bensår, fotsår hos diabetiker samt trycksår men alla typer av sår behandlas. En annan stor grupp patienter som behandlas har drabbats av postoperativa sårinfektioner eller andra typer av sårinfektioner som sepsis eller nekrotiserande myokardinfektion.

Lokalerna består av fyra behandlingsrum, en expedition samt en operationssal. På operationssalen kan ingrepp i lokalanestesi samt blockad genomföras, mestadels tåamputationer och större anestesi-krävande revideringar samt övriga ingrepp som kräver sterilitet. Antalet ingrepp som annars skulle genomförts på Södersjukhusets övriga operationsavdelningar har därmed minskat med ett mer effektivt resursutnyttjande som följd. De patientrelaterade fördelarna är att patienter som är i behov av ett kirurgiskt ingrepp kan få antingen ett akut ingrepp genomfört omgående utan fördröjning alternativt få en direkt inbokad operationstid där det finns möjlighet att ta hänsyn till patientens egna önskemål. För inläggande patienter minskar tiden med fasta inför operation och minskade vårdtider.

Utbildning, forskning och utveckling

Sårcentrum bedriver även konsultverksamhet med rådgivning och behandling av inläggande patienter med sår både på den egna mottagningen och på övriga avdelningar på sjukhuset.

Vid projekteringen och planeringen poängterades det tydligt att verksamheten skulle vila på tre ben, inte endast behandling utan även utbildning och forskning/utveckling skulle vara centrala delar. Sårcentrum strävar därför efter att vara ett resurscentrum för kompetensutveckling och utbildning inom sårområdet, både genom att kontinuerligt fortbilda och specialistutbilda den egna personalen men även genom riktade utbildningsinsatser bidra till kompetensutveckling av externa kollegor inom sår och sårbehandling. Vårterminen 2017 genomfördes för första gången uppdragsutbildningen "Klinisk sårbehandling i praktiken", 7.5hp på avancerad nivå för sjuksköterskor, i samarbete med



Operationssalen på Sårcentrum visas upp under invigningen. Undertrycksbehandling på ett demonstrationsben i silikon. Foto: Kristina Wetterdal

Karolinska Institutet, KI SÖS. Unikt för denna kurs är att det även finns verksamhetsintegrerade praktiska lärandemoment i form av fältstudier på Sårcentrum. Sårcentrum ansvarar för organisation, administration och examination av kursen. Kursen går nu under vårterminen 2019 fulltecknad för tredje året i rad.

Det pågår ständigt olika forskningsprojekt på Sårcentrum och under åren från Sårcentrums öppnande 2015 till i dag har det publicerats 13 vetenskapliga artiklar av Sårcentrums forskare. Kliniken strävar också efter att utveckla och förbättra vården kring patienten med sår på andra, kliniska sätt. Genomförda produkttester har publicerats ibland annat den sårspecifika populärvetenskapliga tidskriften Sårmagasinet för spridning av Sårcentrums erfarenheter av testade produkter till kollegor runt om i Sverige.

Framtidsperspektiv för Sårcentrums verksamhet handlar i nuläget framförallt om önskan att flytta in i nya lokaler. I och med nybyggnation av ett behandlingshus med vårdavdelningar och ett nytt operationshus på Södersjukhuset kommer lokaler



Södersjukhuset, hela livets sjukhus, nu med ett specialistcentrum för patienter med svårläkta sår. Foto: Fotogruppen, Södersjukhuset

förhoppningsvis kunna friställas och möjligheterna till expanderingsverksamheten öppnar sig. Ett mål är att kunna bedriva större kirurgi med möjlighet till generell anestesi samt att kunna öppna upp till att utvecklas till en regionklinik för mottagande av patienter från hela Stockholm, inte

bara från Södersjukhusets upptagningsområde. •

Fakta: Ann-Mari Fagerdahl, leg operationssjuksköterska, medicine doktor, biträdande lektor KI SÖS, Sårcentrum Södersjukhuset.

Operationssjuksköterskeutbildningen kommer till Södersjukhuset

Från och med vårterminen 2020 kommer Specialistsjuksköterskeprogrammet inom operationssjukvård vid Karolinska Institutet drivas av Institutionen för klinisk forskning och utbildning, Södersjukhuset. Institutionen driver sedan tidigare specialistsjuksköterskeprogrammet inom ambulanssjukvård samt kursen Medicinsk vetenskap och omvårdnad inom kirurgisk samt medicinsk akut-sjukvård som är en delkurs av specialistsjuksköterskeprogrammet inom kirurgiskt samt inom medicinsk vård, tillsammans med flera andra kurser inom omvårdnad. Organisatoriskt

programansvar för alla specialistsjuksköterskeutbildningarna ligger dock fortfarande kvar hos KI NVS som har huvudansvar inom Karolinska Institutet för sjuksköterskeutbildningarna.

Ansvarig för programmet vid KI SöS kommer Ann-Mari Fagerdahl att vara, disputerad operationssjuksköterska med pågående pedagogisk forskning inom operationssjukvård. Ann-Mari har tidigare varit ansvarig för operationssjuksköterskeutbildningen vid KI NVS under ett flertal år. Det kommer tyvärr bli ett uppehåll av antagning till utbildningen under

höstterminen 2019 för att institutionen ska kunna få tid för planering och strukturerings, se över behovet av anpassade lokaler och personal. Målet är att fortsätta KI NVS gedigna arbete med att utveckla utbildningen i samarbete med de övriga specialistsjuksköterskeutbildningarna med fokus på ett interprofessionellt och interdisciplinärt perspektiv.

Anmälan till Specialistprogrammet inom operationssjukvård vid KI SöS öppnar 15 augusti 2019. •



KEBOMED



AirSeal®iFS

Den intelligenta insufflatorn

AirSeal mode ger

Stabilt pneumoperitoneum

Konstant rökevakivering

Ventilfri access

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



Svenska anesthesi- och operations-sjuksköterskors arbetserfarenheter

Arbetet i en operationssal är komplext till sin natur och förutsätter att det perioperativa teamet upprätthåller en hög standard vad gäller patientvård. Viktiga aspekter är kommunikation och samarbete, vilket erfars främja och säkerställa en högkvalitativ vård. Kollaborativ ansats i operationssalen motverkar ineffektivitet, spänning och icke optimal vård av patienten. Syftet med studien var att undersöka anesthesi- och operationssjuksköterskors erfarenheter av arbetet på operationssalen. En kvalitativ design med en fenomenografisk ansats och tolv intervjuer utfördes. Fyra beskrivningskategorier identifierades: kollaborativ ansats, professionell medvetenhet, livslångt lärande och säkerhet och patientens intresse. Resultatet visar att sjuksköterskornas erfarenheter av arbetet på operationssalen är mångfasetterat och korrelerar med begrepp som kollaborativt förhållningssätt, säkerhet och kommunikation.

En operationssal är en högteknologisk och multiprofessionell miljö där personalen hanterar medicinsk teknik, tidspress och produktivitet. Samarbete och kommunikation mellan de involverade professionerna är av vikt för säkerställande av en säker vård under kirurgi.¹ Forskning^{2,3} har visat att personal som ofta arbetar tillsammans kommunicerar och samarbetar mer effektivt. Avsaknad av basal kommunikation och respektfullt bemötande mellan personalen i operationssalen påverkar förmågan att utveckla en likartad förståelse kring situationen, vilket är viktigt för att höja prestationen.³ Personalens ömsesidiga förtroende för varandra är betydelsefullt i utvecklingen av en gemensam process, för att uppnå professionellt samarbete och utföra högkvalitativ vård.⁴ Fyra faktorer är viktiga för effektivt samarbete; viljan att delta, tillit, kommunikation och ömsesidig respekt och förståelse.⁵ Lingard et al's⁶ studie visar



Foto: Peo Sjöberg

Anna Nordström

att personalen i operationssalen saknar insikt i varandras professionella roller och skyldigheter. Enligt Halverson et al⁷ har kommunikationsmissar märkbara effekter, såsom ineffektivitet, spänningar i teamet, förseningar och olägenheter för patienten. Enligt Silén-Lipponen et al⁸ drar perioperativ personal åt samma håll när varje deltagare upplever att hens arbete är en del av en helhet.

Metod

Studien har en fenomenografisk ansats som går ut på att identifiera och beskriva hur någon erfår och förstår ett fenomen.⁹ Olikheter i hur ett fenomen erfars beskrivs i ett utfallsrum som visar resultat i form av beskrivningskategorier.¹⁰

Deltagarnas arbetslivserfarenhet varierade från tre till 36 år i yrket. Tolv individer (tre män och nio kvinnor) accepterade inbjudan att delta och intervjuer (ca 40 till 80 minuter) genomfördes (oktober 2016-februari 2017) med sex anesthesi- och sex

operationssjuksköterskor. Samma öppningsfråga ställdes i alla intervjuerna: 'Hur uppfattar du ditt arbete på operationssalen? Kan du beskriva en arbetsdag från det att du kommer på morgonen till du går hem.' Följdfrågor som 'vad är din erfarenhet av...?', 'kan du utveckla...?', 'kan du klargöra...?', 'har du några andra exempel...?'. Deltagarna uppmanades att berätta om specifika händelser i relation till arbetet på operationssalen. De transkriberade intervjuerna analyserades i sju steg i linje med Dahlgren och Fallsberg¹¹. Fyra olika erfarenhetsområden med olika fokus identifierades, vilka beskrivs på en abstrakt kollektiv nivå i huvudkategorier. Subkategorier exemplifierar innebörden av en huvuderfarenhet och citat visar sammanhanget med ursprungsmaterialet, intervjuerna, på en individuell nivå.^{9,10,11}

Resultat

Under analysen identifierades fyra kvalitativt skilda kategorier med olika fokus på innebörder av erfarenheter och tio subkategorier som fångade sjuksköterskornas varierade erfarenhet på operationssalen. De fyra beskrivningskategorierna är: kollaborativ ansats, professionell medvetenhet, livslångt lärande, och säkerhet och patientens intresse. Kategorierna visar en helhetsbeskrivning av fenomenet sjuksköterskors erfarenheter av arbetet på operationssalen.

Kollaborativ ansats

Kategorin beskriver sjuksköterskornas erfarenheter med fokus på vikten av att arbeta tillsammans och att ha gemensamma mål på operationssalen. I beskrivningarna var kunskap om de andra professionernas kompetens viktig för samarbetet mellan personalen. Samarbetet förbättrades genom stöd av checklistan om den involverar all personal på operationssalen.



Samhörighet

Samhörighet innebär en känsla av gemensam delaktighet i arbetet med de andra i den perioperativa gruppen. Samhörighet innebär att ge och ta för att få arbetet att flyta, samt att bekräfta varandra i att alla är en betydelsefull deltagare i arbetet på operationssalen, och ett gemensamt erkännande av att varje profession är en värdefull del i gruppen.

“vi är duktiga, och vi har vår specialitet, man måste liksom visa att allas arbete är lika viktigt /.../ vi måste jobba tillsammans, för att vi klarar oss inte utan varandra” (op-ssk)

Öppenhet gentemot andra

Öppenhet innebär en förståelse för de olika professionerna och deras roller på operationssalen en öppenhet gentemot andra skapar en förtroendefull arbetsatmosfär. En öppenhet som inkluderar ett genuint intresse för andra.

En checklista för att stärka teamet

Samhörighet innebär en förmåga att läsa av och förutse varandra, vilket kunde förstärkas med bruk av checklistan. Checklistans betydelse relaterades till ifall kirurgen var positiv till användandet av checklistan.

Professionell medvetenhet

Kategorin innefattar sjuksköterskornas erfarenheter av insikt om ansvar. Ansvar över sin egna professionella expertis i samarbetet på operationssalen, samt medvetna om vad som hände i arbetsprocessen och vad som skiljer de olika professionernas specifika delar av arbetet. Arbetsprocess

och skilda ansvar tydliggjordes även med stöd av en checklista.

Känsla av ansvar

Ansvar innebär en medvetenhet om det egna arbetsområdets specifika insatser. Ansvar innebär även att påminna andra om deras ansvar att utföra sina professionsspecifika arbetsinsatser. Förmågan att säga ifrån om oklarheter om ansvar för en arbetsinsats och om felaktigheter uppstår efors som viktig.

“sen gäller det ju att ha lite skinn på näsan och kanske både som op-syrra och anestesisjuksköterska och höja rösten och säga /.../ att man vågar säga ifrån när någonting inte är bra” (an-ssk)

Checklista för förbättring och effektivitet

Användande av en checklista (NOTE) före och efter kirurgi innebar en grund som möjliggjorde att alla på operationssalen fick förståelse för varje del i proceduren, även delar som inte var direkt relaterade till deras egna arbetsinsatser. Checklistan gav trygghet och skapade grund för vetskap om patienten vilket erfors ge bättre förberedelse inför kritiska incidenter under ingreppet.

Livslångt lärande

Kategorin beskriver vikten av att vara förberedd samt att ha förmågan att anpassa sig och att vara professionell gentemot kirurger och anestesiologer. Undervisning av studenter och nya kollegor samt att stödja deras fortgående lärandeprocess erfors som central. Lärandeprocess relaterades till en öppenhet mot förändringar, genom

att läsa och lära om ny evidens, samt att kunna implementera och justera tillvägagångssätt om nödvändigt.

Individuell kunskap och färdighet

Arbetet på operationssalen innebär verksamhetsstrukturella möjligheter till förändring, vad gäller ny kunskap och nya färdigheter relaterat till en tekniskt utmanande och komplex miljö i ständig förändring. Färdighet innebär ett anpassningsbart förhållningssätt gentemot olika kirurger och anestesiologer.

“det kan vara bra att vara lite personkännare också, att kunna anpassa sig och jobba med olika doktorer, för att det ska gå bra /.../ det är väl viss yrkesskicklighet ändå att kunna operera med folk man aldrig har träffat tidigare, i akuta, en urakut operation och få det att flyta, det är väl kvitto på ens kunskap tycker jag” (op-ssk)

Uppmuntra kollegor och studenter

Lärande innebär tid för uppmuntran gentemot studenter och nya kollegor. Lärande är centralt i sjuksköterskans handledande ansvar. Uppmuntran i lärande vid handledning av studenter och nya kollegor, bidrar till en holistisk syn på arbetet i operationssalen.

Mottaglig för förändringar

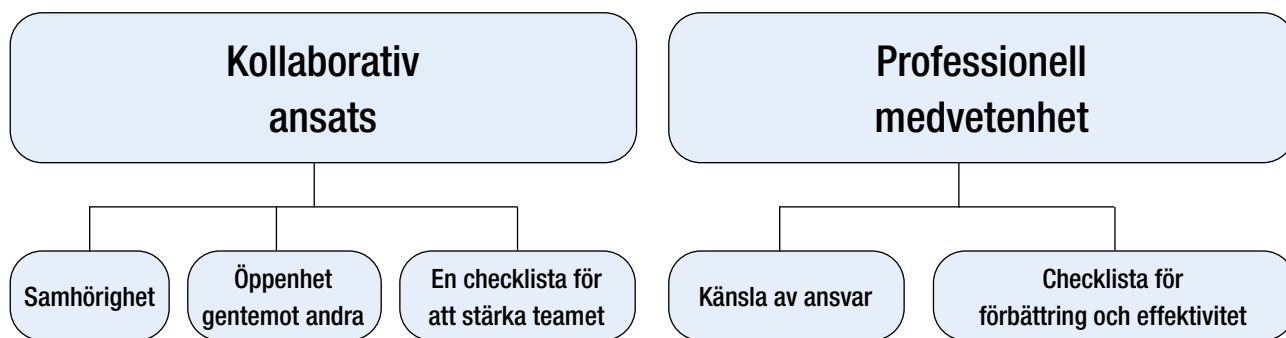
Öppenhet för förändringar, nya tillvägagångssätt, ny forskning erfors som viktig. Även förändringar som kunde vara utmanande för personalen, såsom nya rutiner och ny evidens. Beredskap inför oväntade händelser på operationssalen erfors som en viktig del och relaterades till vikten av att alla har professionsspecifika arbetsuppgifter inom en holistisk ansats.

Säkerhet och patientens intresse

Kategorin beskriver sjuksköterskornas erfarenheter av att vara medveten om patientens integritet och konfidentialitet. Säkerhet relateras till ett patientfokuserat arbetssätt på operationssalen. Patientsäkerheten skapas till exempel genom att använda en checklista.

Patientens företrädare

Patientens integritet och konfidentialitet erfors som viktiga aspekter i omvårdnaden, särskilt om patienten är vaken. Förståelse kring kirurgens och anestesiologens medicinska språk, erfors som viktigt av sjuksköterskan att tydliggöra för patienterna. Säkerhet innebär att patienter ska få samma kvalitet på behandling och vård.



Checklista för att förbättra patient-säkerheten

Fokus på patienten höjer säkerheten, vilket checklistan gav stöd för genom att minska risken för misstag under ingreppet. Patientsäkerheten ökar om checklistan används så som den är tänkt och att alla punkter checkas av.

”det känns säkrare, det känns bättre och det känns som att då har vi minimerat verkligen minimerat riskerna för att någonting ska ha missats, för det har ju hänt /.../ patienter har haft överfyllda blåsor till exempel, och då kanske man inte har tagit upp den punkten kanske, även om man har klickat i att man har haft checklistan för att man har presenterat sig och gått igenom ingreppet men man har inte tagit upp den biten på checklistan, så därför är det ju så himla viktigt att man verkligen går igenom den hela vägen” (an-ssk)

Diskussion

Forskning¹² visar att bristande öppenhet och förståelse för andra professioners kunskap och kompetens leder till minskat samarbete och sämre kommunikation. Traditionell utbildning inom omvårdnad och medicin är mestadels uni-professionell och fokuserar inte på kompetens och förmågor hos övriga professioner inom teamet enligt Seymore et al.¹³ Genom interprofessionell utbildning möts olika professioner inom vården i realistiska situationer och arbetar mot samma mål. Interprofessionell och kollaborativ ansats i den praktisknära verksamheten bör främjas, vilket förutsätter mer fokus på att utveckla tvärprofessionell kunskap och förståelse inom vårdrelaterade professionsutbildningar. Weller et al¹⁴ genomförde en intervention av en multidisciplinell simulering på operationssalen i syfte att förbättra teamarbetet mellan deltagarna. Studien visade att 73% av

deltagarna utvecklade sina färdigheter och förbättrade sin förmåga att kommunicera och att delge viktig information, ökade sin medvetenhet om övriga deltagares insatser samt ökad sitt självförtroende. I likhet med resultatet i vår studie indikeras att sjuksköterskor finner samhörighet, öppenhet och kunskap om varandras ansvarsområden som viktig. Enligt studiens resultat samt annan forskning framkommer vikten av ett medvetet samarbete och gemensamt ansvar. En mer riktad teamansats med stöd av en anpassad modell för arbetet på operationssalen får antas förbättra arbetet bland teammedlemmarna och ge effektivare samt säkrare vård. Flertalet studier har utgått från Världshälsoorganisationens (WHO:s) checklista och dess fördelar på operationssalen. Nilsson et al¹⁵ undersökte attityder gentemot en checklista och fann att 93% av deltagarna ansåg att en time-out checklista ökade patientsäkerheten. Vår studie indikerar en kvalitetsförhöjning som erfars som viktig, genom en medvetenhet om processen samt de olika professionernas arbetsinsatser, och i likhet med studier om WHO:s checklista, främjas sådan medvetenhet om en checklista ingår som ett viktigt redskap i samarbetet. Ett redskap som inte lämnar åt slumpen att stärka en teamansats i praktiken, eller att förstärka en känsla av professionell effektivitet, eller att främja en patientsäkerhet.

En studie av Sundqvist & Carlsson¹⁶ beskrev innebörden av begreppet ’patientens advokat’, i vår studie ’patientens företrädare’, inom anestesijukvård. Resultatet visade att anestesijukvårdspersonal, då patienten var vaken, att inte föra onödiga konversationer, vilket i vår studie erfors som vikten av att värna om patientens integritet och konfidentialitet. Adekvat tid för förberedelser och undervis-

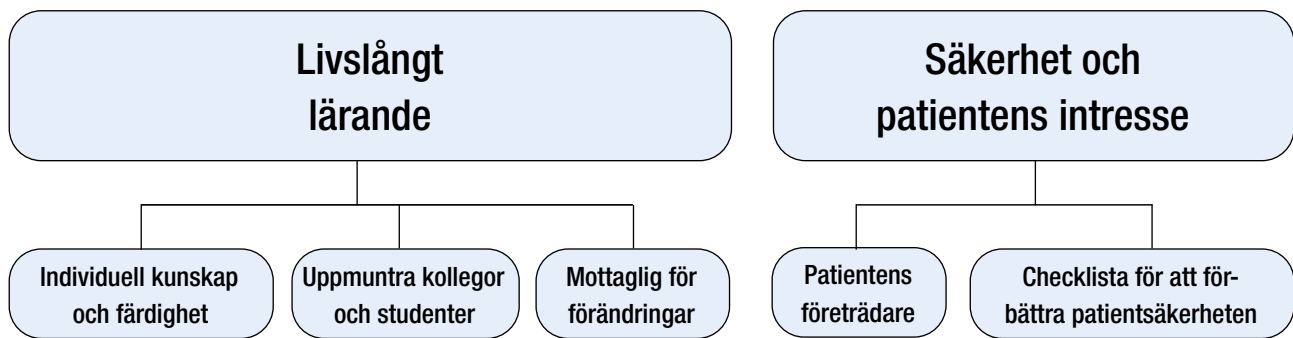
ning är viktigt för sjuksköterskorna i vår studie. Forskning¹⁷ framhåller vikten av att tillåta noviser utveckla sin kliniska kompetens och att stöd behövs i form av att övriga professioner delar med sig av information. Kunskap genereras genom klinisk erfarenhet och arbete inom olika specialiteter. Operationssjuksköterskor i en studie av Gillespie¹⁷ uttryckte att de behövde olika typer av kunskap för att bli kompetenta, samt att de behövde hålla sig uppdaterade med den senaste evidensbaserade kunskapen för att möta kraven på konstanta förändringar. Lärande erfors som en pågående och livslång process vilket framkom som en del i sjuksköterskornas förhållning i vår studie och främjades ifall professionerna delade med sig och gav support till varandra i en teamansats anda.

Sammanfattning

Anestesi- och operationssjuksköterskors erfarenheter av arbetet på operationssalen är av komplex natur. Erfarenhetsbaserade aspekter visar på vikten av kollaborativt samarbete och medvetenheten om andras arbetsinsatser på operationssalen. Sjuksköterskor erfår att samarbetet involverar att ta ansvar för allt som händer på operationssalen. Öppenhet för varandras kunskap och vetenskaplig utveckling angående operationsrelaterade ämnen är centrala aspekter som poängterades i studien. Därtill en systematisk användning av en checklista såsom WHO:s checklista, ger stöd åt deras arbete i operationssalen genom att öka förutsättningarna för kommunikation och patientsäkerhet.

NOTE

Vi vill förtydliga att studien inte omfattade en utvärdering av eller frågor om checklistan. Respondenterna nämnde däremot checklistan som ett tillägg i deras olika beskrivningar av arbetet på operationssalen, i relation till olika



innebörder. Hur frekvent checklistan användes varierade enligt sjuksköterskorna, samt även hur den användes. Många gånger upplevdes det höra ihop med om kirurgen var positiv till checklistan eller inte. Vissa kirurgen följde checklistan exemplariskt från punkt till punkt medan andra inte följde den alls eller bara delvis. •

Faktaruta

-Samarbetet, säkerheten och en högkvalitativ patientvård på operationssalen främjas av kommunikation.

-Genom att använda en fenomenografisk forskningsansats beskriver vi anestesi- och operationssjuksköterskors erfarenheter av arbetet på operationssalen och fann fyra beskrivningskategorier; kollaborativ ansats, professionell medvetenhet, livslångt lärande och säkerhet och patientens intresse.

-Resultatet indikerar att sjuksköterskors erfarenheter av arbetet på operationssalen är komplext och relaterar till samarbete som tydliggörs med kommunikation och ett intresse för patientsäkerheten.

-Sjuksköterskor ser en checklista som ett viktigt verktyg relaterat till samarbetet, såsom WHO:s checklista. Användandet av en checklista, baserat på sjuksköterskornas erfarenheter, får antas viktig för att öka kommunikationen och skapa en teamansats på operationssalen.

Författare: Anna Nordström, Specialistsjuksköterska i operationssjukvård, Operationsenheten Ängelholms sjukhus, Monne Wihlborg, PhD, Medicinska fakulteten, Intuitionen för hälsovetenskap, Lunds Universitet

Referenser

- Leonard M, Graham S, Bonacum D. The human factor: the critical importance of effective teamwork and communication in providing safe care. *Qual Saf Health Care*. 2004;13(suppl 1):i85-i90.
- Gillespie BM, Chaboyer W, Longbottom P, Wallis M. The impact of organisational and individual factors on team communication in surgery: a qualitative study. *Int J Nurs Stud*. 2010;47(6):732-741.
- Gillespie BM, Gwinner K, Chaboyer W, Fairweather N. Team communications in surgery – creating a culture of safety. *J Interprof Care*. 2013;27(5):387-393.
- Falk AL. *Interprofessional collaboration in health care: education and practice* [dissertation]. Linköping, Sweden: Linköping University; 2017.
- San Martín-Rodríguez L, Beaulieu MD, D'Amour D, Ferrada-Videla M. The determinants of successful collaboration: a review of theoretical and empirical studies. *J Interprof Care*. 2005;19(suppl 1):132-147.
- Lingard L, Reznick R, DeVito I, Espin S. Forming professional identities on the health care team: discursive constructions of the 'other' in the operating room. *Med Educ*. 2002;36(8):728-734.
- Halverson AL, Casey JT, Anderson J, et al. Communication failure in the operating room. *Surgery*. 2011;149(3):305-310.
- Silén-Lipponen M, Turunen H, Tossavainen K. Collaboration in the operating room: the nurses' perspective. *J Nurs Adm*. 2002;32(1):16-19.
- Marton F, Booth S. *Learning and Awareness*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, Inc; 1997.
- Marton F. Phenomenography – describing conceptions of the world around us. *Instr Sci*. 1981;10(2):177-200.
- Dahlgren LO, Fallsberg M. Phenomenography as a qualitative approach in social pharmacy research. *J Soc Adm Pharm*. 1991;8(4):150-156.
- Wilson AJ, Palmer L, Levett-Jones T, Gilligan C, Outram S. Interprofessional collaborative practice for medication safety: nursing, pharmacy, and medical graduates' experiences and perspectives. *J Interprof Care*. 2016;30(5):649-654.
- Seymour NE, Cooper JB, Farley DR, et al. Best practices in interprofessional education and training in surgery: experiences from American College of Surgeons-Accredited Education Institutes. *Surgery*. 2013;154(1):1-12.
- Weller J, Civil I, Torrie J, et al. Can team training make surgery safer? Lessons for national implementation of a simulation-based programme. *N Z Med J*. 2016;129(1443):9-17.
- Nilsson L, Lindberget O, Gupta A, Vegfors M. Implementing a pre-operative checklist to increase patient safety: a 1-year follow-up of personnel attitudes. *Acta Anaesthesiol Scand*. 2010;54(2):176-182.
- Sundqvist AS, Carlsson AA. Holding the patient's life in my hands: Swedish registered nurse anaesthetists' perspective of advocacy. *Scand J Caring Sci*. 2014;28(2):281-288.
- Gillespie BM, Chaboyer W, Wallis M, Chang HYA, Werder H. Operating theatre nurses' perceptions of competence: a focus group study. *J Adv Nurs*. 2009;65(5):1019-1028.

Levnadsvanor i samband med operation – ett kunskapsseminarie

Patientens påverkan på resultatet av en operation är känt sedan tidigare. För snart tio år sedan gav Socialstyrelsen ut nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder. RFop har sedan 2015 arbetat tillsammans med Svensk sjuksköterskeförening i projektet Stark för kirurgi- Stark för livet för att lyfta ämnet och kunna hjälpa patienter att tänka preventivt och få information om vad som händer postoperativt. De fyra hörnstenarna i samband med operation är tobaksbruk, alkoholbruk, matvanor och fysisk aktivitet.

I Sverige har flera startat arbetet med implementeringen av information till patienter om levnadsvanornas betydelse för att öka patientsäkerheten inför, under och efter ett kirurgiskt ingrepp, men många har också en bit kvar. Som en fortsättning av projektet erbjuds nu kunskapsseminarier för att vi ska få ökad kunskap om levnadsvanornas betydelse för personer som ska genomgå en operation.

Det första seminariet var 7 – 8 februari och vi deltagare, från olika delar av landet, känner efter två dagars utbildning att vi fått kunskapen hur vi kan ge våra patienter information om bättre förberedelser inför operation. RFop:s eldsjäl för ämnet, Anna Ekepil introducerade oss i ämnet och efterföljande föreläsningar om alkohol och tobakens påverkan på vår kropp och hälsa var mycket intressanta. Fysisk aktivitet och FaR, fysisk aktivitet på recept är exempel på aktiviteter för våra patienter och information inför operation om kost är ett bra tillfälle för ändringar av levnadsvanor.

Två mycket bra dagar som vi rekommenderar flera att delta i. Vi alla olika personalkategorier: mottagningspersonal, operation- anestesi-personal m.fl. som finns runt patienten ska ha kunskap, hjälpas åt och arbeta tillsammans för att operationsresultatet ska bli optimalt. Nästa tillfälle är 26 – 27 september.

RFop har tagit fram två skrifter, **Samtal om levnadsvanor inför kirurgi – operationssjuksköterskans roll** som är ett kunskapsunderlag för den perioperativa sjuksköterskan den ska göra oss medvetna om risker och konsekvenser - hälsofrämjande- och sjukdomsförebyggande arbete. Den andra skriften, **Levnadsvanor inför operation** är en information till de personer som ska genomgå kirurgi och den kan exempelvis lämnas när läkare och person kommit överens om att en operation ska ske. Informationen kan även lämnas till våra akut opererade patienter vid hemgång från sjukhuset för att upplysa om levnadsvanornas påverkan för exempelvis återhämtning och sårhäkning.

Läs mer på rfop.se under utbildning och evenemang, du hittar även stöd, verktyg och inspiration till det hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbetet på socialstyrelsen.se/nationell-riktlinjer/prevention-och-behandling-vid-ohalsosammalevnadsvanor/stodiarbetet-med-levnadsvanor. •



Intresserade deltagare



Lena Lund, en av föreläsarna

AOTrauma Fortsättningskurs Frakturkirurgi för operationssjuksköterskor

24–26 september, 2019 Stockholm

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

Sista anmälningsdag: 1 september, 2019

För frågor: stina.winqvist@aocourses.org

Save the
DATE!



AOTrauma Europe and Southern Africa
Utbildningsbidrag från DePuy Synthes

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

Det går att göra mer.

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

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

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

Referenser
Wang ZX, Jiang CP, Cao Y, Ding YT. Systematic review and meta-analysis of triclosan-coated sutures for prevention of surgical-site infection. 2013;100:465-474. Edmiston CE, Daoud FC, Leaper D. Is there an evidence-based argument for embracing an antimicrobial (triclosan)-coated suture technology to reduce the risk for surgical-site infections? A meta-analysis. 2013;154: 89-100 de Jonge SW, Ateama JJ, Solomkin JS, Boormeester MA. Meta-analysis and trial sequential analysis of triclosan-coated sutures for the prevention of surgical-site infection. Br J Surg. 2017 Jan;104(2):e118-e133.

Skriv till: hygien@rfop.se

Fråga: Vi har en diskussion angående huruvida man ska sopsortera vid uppdukning. Att dra isär folie och papper är en het fråga, hur mycket det dammar att dra isär hela paketet. Eller ska vi bara öppna halva för att kunna plocka ut sterilt och separera påsarna senare utanför sal/ uppdukningsrum? Städavdelningen förordar golv-torkning enbart med vatten efter torr-moppning och punktdesinfektion med Ytdesinfektion Plus. Kan man göra så på en operationssal?

Svar: Alla luftrörelser i operationsrum eller uppdukningsrum har betydelse därför kan sorteringsaktivitet med fördel ske utanför dessa rum. Torr-moppning lämpar sig inte i operationsrum. Städning behöver utföras med rätt mängd kemikalier för att lösa upp smuts från ytor. För att få den mekaniska effekten vid rengöringen har moppens struktur/beskaffenhet också betydelse.

Fråga: Vem ansvarar för att hygienmätningar blir utförda på operationsavdelningarna op-salarna? Är det fastighetsavdelningen som ansvarar för sjukhusets lokaler, är det vårdhygien som har övergripande ansvaret för lokalerna på alla operationsenheterna inom regionen eller är det respektive verksamhetschef som ansvarar för att "sina" operationssalar har optimal operationsmiljö?

Svar: Varje enskild region har organiserat sig olika. Respektive verksamhetschef ansvarar för att operationsrumsmiljön är optimal. Fastighetsavdelningen ska tillhandahålla lokaler som följer nationella riktlinjer och för själva driften av luftkvalité ska driftenheten ansvara för att den är säkerställd. Vårdhygienheterna har en rådgivande roll i samverkan med verksamheterna.

Fråga: Vad är rekommendationen vid läckage från operationsförband på postop? Förstärkning av förbandet eller byte av det läckande förbandet, åsikterna är delade. Om förbandsbyte, kan detta ske på postop av sjuksköterska?

Svar: Se lokala rutiner för respektive Region. Principen är att byta förbandet när det är mättat. Då ska det ske enligt sterilmotod och under kontrollerade former. Operationssjuksköterska borde vara första hands alternativ att byta förband efter ordination av respektive kirurg.

Foto: Peo Sjöberg



Karin Falk-Brynhildsen

Nästa fråga har vi bätt Karin Falk-Brynhildsen, Lektor, Operations-sjuksköterska, med doktor, Örebro Universitet och medlem i RFop:s vetenskapliga råd att svara på.

Fråga: Vi ska göra en upphandling på kundanpassade set som ska användas både vid planerade och akuta kejsarsnitt. Under en längre tid har vi använt kundanpassade set för kejsarsnitt och den har en incisionsduk med jod (Ioban). Nu funderar vi om det finns evidens för att det är bättre att använda sig av incisionduk med jod eller en incisionsduk utan jod. Vad ska vi skriva i våra specifika produktkrav vid upphandling av kundanpassat kejsarsnitt sett när det gäller incisionsfilmen?

Svar: Det är toppen att ni efterfrågar evidens för de produkter som används inom operationssjukvården.

Tyvärr finns det inte några nationella riktlinjer och rekommendationer för användning av incisionsfilm att utgå ifrån. Incisionsfilmer utvecklades och började att användas inom operationssjukvården under 1950–1960 talet av praktiska skäl – tyghandukar och tyglakan var svåra att drapera på ett tillfredsställande sätt med handduksklämmare och en incisionfilm "fixerade" draperingen och den sterila arbetsytan runt incisionen kunde därmed upprätthållas på ett säkrare sätt. Det andra syftet men incisionsfilmen var att man hoppades att hudbakteriernas kontaminering av såret skulle begränsas och på så sätt minska risken för en postoperativ sårinfektion.

Incisionsfilmer, framförallt inom infektionskänslig kirurgi, har använts rutinmässigt sedan de introducerades i operationssjukvården, både som singelpackade, integrerade i draperingsset eller impregnerade med jodoform. Incisionsfilmens effekt och nytta har under åren varit lite beforskat. De RCT studier som undersökt effekten av incisionsfilm har sammanställts i en Cochrane Review som visat att användandet av incisionsfilmen inte minskar antalet infektioner utan att den till och med kan öka risken för att patienten drabbas av en postoperativ sårinfektion jämfört med de patienter som inte har haft incisionsfilm på huden (1) Bakterieförekomst i operationssåret minskade inte när incisionsfilm användes under hjärtkirurgi (2). Incisionsfilm som är impregnerad med jod visar heller inga tydliga bevis på att antalet postoperativa infektioner minskar vid användandet (1,3,4). Internationella guidelines som vi kan del av är Världshälsoorganisationen (WHO) (5,6) och Center for Disease Control and Prevention (CDC) som nyligen reviderat sina evidensbaserade riktlinjer för förebyggandet av SSI. I deras guidelines anser man inte att incisionfilm med eller utan jod impregnering behöver användas i syfte att förebygga postoperativa sårinfektioner (7).

Med utgångspunkt från den evidens som finns angående incisionsfilm rekommenderar jag att ni diskuterar utifrån de artiklar som jag hänvisar till och de internationella riktlinjerna. Fundera även på vilken bakterie som i huvudsak orsakar postoperativa infektioner efter kejsarsnittet? Är det normalfloras hudbakterier som ligger till grund för infektionen eller är det gramnegativa bakterier? Står nyttan med incisionsfilmen i relation till kostnaden? Är det skillnad mellan de patienter som genomgår elektiva kejsarsnitt mot de akuta där det kan vara svårt att hinna utföra en optimal huddesinfektion? I den historiska tillbakablicken beskrev jag också den praktiska fördelen av att fixera draperingen på ett säkert sätt, hur tänker ni där?

Det är viktigt att ha en dialog med verksamhetschefen eftersom det är denne som utfärdar lokala riktlinjer. Det är bra med tydlighet om hur ni ska förhålla er i frågan så att ni därefter kan ställa era specifika produktkrav vid upphandlingen.

Har ni ytterligare funderingar hör gärna av er, Karin.falk-brynhildsen@oru.se.

1. Webster, J., & Alghamdi, A. (2015). Use of plastic adhesive drapes during surgery for preventing surgical site infection. Cochrane database of systematic reviews.
2. Falk-Brynhildsen, K., Söderquist, B., Friberg, Ö., & Nilsson, U. G. (2013). Bacterial recolonization of the skin and wound contamination during cardiac surgery: a randomized controlled trial of the use of plastic adhesive drape compared with bare skin. *Journal of Hospital Infection*, 84(2), 151-158.
3. Swenson, B. R., Camp, T. R., Mulloy, D. P., & Sawyer, R. G. (2008). Antimicrobial-impregnated surgical incise drapes in the prevention of mesh infection after ventral hernia repair. *Surgical Infections*, 9(1), 23-32.
4. Edwards, P., Lipp, A., & Holmes, A. (2004). Preoperative skin antiseptics for preventing surgical wound in-

fections after clean surgery. Cochrane Database of Systematic Reviews

5. Allegranzi, B., Zayed, B., Bischoff, P., Kubilay, N. Z., de Jonge, S., de Vries, F., ... & Abbas, M. (2016). New WHO recommendations on intraoperative and postoperative measures for surgical site infection prevention: an evidence-based global perspective. *The Lancet Infectious Diseases*, 16(12), e288-e303.
6. Mockford, K., & O'Grady, H. (2017). Prevention of surgical site infections. *Surgery (Oxford)*, 35(9), 495-499.
7. Berríos-Torres, S. I., Umscheid, C. A., Bratzler, D. W., Leas, B., Stone, E. C., Kelz, R. R., ... & Dellinger, E. P. (2017). Centers for disease control and prevention guideline for the prevention of surgical site infection, 2017. *JAMA surgery*, 152(8), 784-791.

Fakta: Gunnar Hagström, Hygijensjuksköterska, Universitetssjukhuset Örebro.

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

Vårt erbjudande till landets operationssalar: Ingenting.



Vi har byggt och monterat hundratals ventilationssystem i operationssalar runt om i landet. Och då har vi märkt en sak. Många nöjer sig med 10-20 cfu/m³. Ibland ännu mer. Det är alldeles för högt. Med rätt lösning och rätt rutiner kan du uppnå noll cfu/m³. Det har vi lyckats med i åtskilliga installationer. Det är kanske därför vi idag jobbar med många av Sveriges ledande sjukhus och kliniker.

Läs mer på www.crcmed.com

KUNSKAP IN. BAKTERIER UT.

Magentmodellen - kan det vara någonting för svensk sjukvård?

Magnet® Recognition är ett internationellt accrediteringsprogram för hög omvårdnads kvalitet som utges av American Nurses Association (ANCC). Modellen utvecklades i USA under 1980-talet som ett resultat av flera vetenskapliga studier av ANCC. Studierna, som baseras på 160 sjukhus, undersökte sjukhusens förmåga att både rekrytera och behålla sjuksköterskor. Av dessa 160 sjukhus visade 41 ha betydligt färre vakanser, lägre personalrörlighet och högre kompetens hos sjuksköterskor. Gemensamt för sjukhusen var en tydlig Chief Nurse Officer (CNO), sjuksköterskor med hög kompetensnivå, tillgång till kontinuerlig yrkesutveckling, ömsesidig respekt mellan läkare och vårdpersonal på alla nivåer och möjlighet för kliniskt verksamma sjuksköterskor att delta i beslut om vården. En evidensbaserad modell utvecklades där de framgångsrika sjukhusen benämndes Magnet hospitals.

Det finns ca 600 sjukhus med Magnet status världen över, inklusive ledande akademiska sjukhus i USA. Magnet-sjukhus finns också i Belgien och två Universitetssjukhus i Finland kommer att ansöka ackreditering 2019–2020. I Storbritannien pågår arbete i flera Universitetssjukhusen med att införa modellen i arbetet med systematisk kvalitetsutveckling där det slutgiltiga målet är att söka ackreditering. Bakgrund för införande av modellen på dessa sjukhus är brist på sjuksköterskor, hög omsättning av personal och stängda vårdplatser. Det finns vetenskapligt evidens för att arbeta med systematiken i Magentmodellen påvisar ett positivt samband för vårdresultat för patienten, rekrytering, bibehållande av sjuksköterskor samt arbetstillfredsställelse.

Kvalitetsmärkningen (Magnet® Recognition) erhålls efter att sjukhuset



Oili Dahl

utvärderats mot mål inom olika områden i det systematiska vårdkvalitetsarbetet som berör sjuksköterskors kunskapsområde och arbetsmiljö. Ackreditering som Magnetsjukhus förutsätter kontinuerligt förbättringsarbete och redovisning av resultat. En ansökningsprocess tar i normalfallet ca 3–8 och efter ackrediteringen följs resultaten upp vart fjärde år vid re-certifiering. Detta innebär att det systematiska kvalitetsarbetet med kvar på redovisning av resultat pågår kontinuerligt i sjukhusen och extern granskas regelbundet. Det systematiska kvalitetsarbetet skall inkluderas i sjukhusets övergripande ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet.

Magentmodellen

Magentmodellen innehåller fem områden som syftar till att skapa en hållbar organisation och en kultur som stödjer all personal att göra vad som är rätt för patienten och fokusera på vårdens

kvalitet, förbyggande av vårdskador och ökad patientmedverkan.

Områden ingår i en helhet där varje område bygger på varandra för att nå bästa resultat. Resultat kan inte garanteras om fokus endast riktas mot någon av modellens områden.

De fem områden i korthet är:

Utvecklande ledarskap, som syftar till att Hälso- och sjukvårdsorganisationer skall inte bara lösa problem och klara dagen utan också utveckla organisationer för att möta framtiden. Detta kräver visioner, inflytande, klinisk kunskap och expertis för omvårdnad. För att lyckas rekrytera och behålla sjuksköterskor behöver chefer och ledare på alla nivåer engagera sig i kvalitetsutveckling av omvårdnad.

Strukturer för personlig utveckling och auktoritet för sjuksköterskor, handlar om att skapa förutsättningar för hög omvårdnads kvalitet men också att efterfråga resultat samt skapa stöd och möjlighet till utvecklingsarbete och forskning. Detta främjar en arbetsmiljö där klinisk praktik utvecklas och stödjer värde för patienten. För att nå dit behöver organisationen en strategisk plan, struktur, policy och program.

Excellent utfört omvårdnadsarbete är central för magnetsjukhusen. Sjuksköterskor ansvarar för sin egen yrkesutövning och bidrar i samordning av vården, och förväntas att göra det. Tillämpning av olika modeller, t.ex. personcentrerad vård, nursing practice modeller, processorienterad och kontextanpassad omvårdnad baserad på avancerade systematiska bedömningar, ställningstagande och beslutsfattande. Sjuksköterskor ansvarar för att utveckla och använda kvalitetsindikatorer för omvårdnad och att leda, implementera ny kunskap och tillämpa kärnkompetenser. Arbetet med

att införa ny kunskap i vården och arbete med ständiga förbättringar.

Ny kunskap, innovationer & förbättringar, magnetsjukhusen ansvar för att bidra med ny kunskap, innovationer och utveckling av vården för patienten och för professionen. Nuvarande system, organisation och klinisk praktik behöver omformas så att mål för omvårdnad och vården definieras för att bli framgångsrika. Detta innefattar användning och utveckling av nya vårdmodeller, implementering av evidens, stöd för forskning och bidrag till vårdvetenskapen.

Central för magnetmodellen är **verksamhetens resultat är mätbara**. Att det finns strukturer och processer för att mäta kvalitet och förbättra omhändertagande av patienter. Resultat är mätbara och synliga och organisationen använder kvalitetsdata, vårdkvalitetsindikatorer, för att mäta utfall och påvisa lösningar på problem i hälso- och sjukvårdssystem. Mätningar avser struktur-, process- och resultatkriterier för omvårdnad. Mätningar följer resultat över tid, och jämförs med andra liknande sjukhus nationellt och internationellt. Olika metoder används för att utvärdera och återkoppla vårdprocesser och resultat för alla medarbetare på såväl individ-, grupp-, som enhetsnivå. Teamarbete och interdisciplinärt samarbete är centralt i det systematiska kvalitetsarbetet

Fjorton kvalitetskriterier är kopplade till varje område vilket tydliggör vad som skall fokuseras att åstadkomma i verksamheten.

Magnetsjukhus har visat goda resultat för patienter jmf med icke certifierade sjukhus

- 32% lägre risk för sjukhusförvärvade trycksår (HAPU)
- 8,3% färre antal patienter med fallskada
- Lägre risk för "failure to rescue" för patienter som genomgår operation
- Minskad risk för dödlighet efter operation och för komplikationer
- Färre antal inställda operationer
- Ökat patienttillfredsställelse

Forskningen visar goda resultat för patienter i Magenetsjukhusen.

Att rekrytera och behålla

Idag har de flesta verksamheter i Sverige svårigheter att rekrytera och behålla sjuksköterskor, betydande brist på specialistsjuksköterskor, stängda vårdplatser och operationssalar samt avsaknad av kontinuerlig fortbildning, faktorer som ofta leder till dålig vårdkvalitet och bristande patientsäkerhet. Behovet att integrera vårduppdrag med utveckling av vården och livslångt lärande är nödvändigt för att skapa förutsättning för en god och säker vård, för patientens bästa. För att vända den rådande situationen krävs strategiska förändringar som ger förutsättningar för en omvårdnad av hög kvalitet och möjlighet till professionell utveckling.

Svensk sjukvård behöver ta lärdom av magnetmodellen, en modell som anses vara "bäst practis" för att komma i bukt med gällande vårdkrisen. Magnetsjukhus har en hållbar organisation där sjuksköterskors ledarskap och kompetens tas tillvara, personaltäteten är relevant för uppdraget och teamarbetet fungerar. Magnetsjukhusen kännetecknas av att vara attraktiva arbetsgivare för sjuksköterskor vilket leder till att både attrahera sjuksköterskor, och öka kvarstannande, minska sjukfrånvaro. Det finns ingen motsättning mellan Magnetmodellen och teamsamverkan utan i allt utvecklingsarbete som involverar andra kompetenser deltar berörda professioner.

Generellt är styrkan i magnetmodellen en tydlig utveckling för sjuksköterskor och omvårdnad som är autonom, har stolthet och tar ansvar för vårdens utveckling och kvalitet. Omvårdnad leds av starka ledare som har kunskap om omvårdnad. Ledarna har tydliga beslutsvägar och möjlighet att resurssätta utvecklingsarbetet och efterfrågar och driver vårdkvalitetsarbete. Vidare är sjuksköterskor representerade på alla ledningsnivåer och medverkar för att lösa problem i vården.

Vi behöver som profession ta ansvar för vårdkvalitet, men också tillsammans med patienten utveckla verktyg för att öka patientmedverkan och ta tillvara patienternas erfarenheter i vården. Sjuksköterskor kan i större omfattning arbeta konsultativt med specialistkunskap och driva utveckling av multiprofessionell vård- och

omvårdnadsforskningsprogram.

Vidare behöver vi utveckla roller för sjuksköterskor med specialistkunskap och påvisa resultat för vården samt utöka möjlighet till förenade tjänster mellan universitet och verksamhet för att stärka handledning och akademisk utveckling.

Sjuksköterskor i Sverige har hög utbildningsnivå men program för livslångt lärande och fortbildning av specialister saknas i flera verksamheter. Flera sjukhus har kompetensmodeller för sjuksköterskor där utveckling i profession är tydligt, men för att implementera modellerna behöver sjuksköterskor stöd och resurser från ledningen. Och, vi behöver sjuksköterskor i alla ledningsnivåer!

Om du vill läsa mera om modellens fem områden och tillhörande 14 kvalitetskriterier, se skrift "Ledarskap för omvårdnad och Magnetmodellen", www.swenurse.se •

Fakta: Olli Dahl, Leg. sjuksköterska, Specialistsjuksköterska inom intensivvård, utbildningschef omvårdnad Perioperativ Medicin och Intensivvård (PMI) Karolinska Universitetssjukhuset Vice-ordförande, Svensk sjuksköterskeföreningen, olli.dahl@sl.se



Årets första nätverksträff för chefer och ledare

Årets först nätverksträff var ett, lunch till lunch, möte 14 – 15 mars med temat, Organisationens påverkan - grupp, individ och ledare.

Vi var 17 chefer som deltog från nästan hela Sverige. Tillsammans med Stina Hansson från Gotlandsakademien funderade vi tillsammans på hur vi påverkas av organisationen vi verkar i? Det var många givande dialoger och reflektioner och som någon sa "man är inte ensam i sina upplevelser". Nätverksträffarna är ett sätt att samtala kring vårt gemensamma uppdrag som chef och ledare inom

operationsverksamheter. Ett värdefullt sätt att utvecklas i rollen.

Dagens sjukvårdsorganisationer ställer höga krav på chefers kompetens att hantera individer, grupper och inte minst sig själva. Att vara en del av ett nätverk ger möjlighet att få perspektiv, diskutera, får tips och råd från andra i samma situation. Nästa gång vi ses är den 5 september, håll utkik efter inbjudan eller anmäl dig redan nu på rfop.se under utbildning och evenemang.

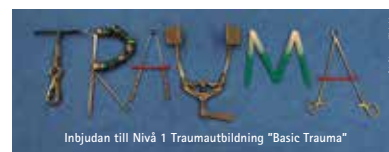
Vi ses väl?

Foto: Peo Sjöberg



Fakta: Chefnätverket för chefer på Sveriges operationsavdelningar, CSO, är öppet för alla chefer och ledare inom operationsverksamheter i Sverige, offentliga och privata. Du behöver inte vara medlem i Riksföreningen för att delta i nätverkets möten. Det är Riksföreningen för operationssjukvårds Chefsråd, som planerar och genomför nätverksträffarna. Rådets medlemmar är fr.v. Karin Hansson, Göteborg, Kati Liljebäck, Stockholm, Lisbeth Håkansson, Lund och Hanna Eskelinen, Visby.

Kati Liljebäck är sammankallande, du kontaktar henne på cs0@rfop.se



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

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

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

Tid
Fredag 6 september, kl. 08.30 – 15.30

Plats
Svensk sjuksköterskeförening, Baldersgatan 1, Stockholm

Kostnad
1 900 kr ex moms

Mer information och anmälan: rfop.se

BERNER

Medical

DUBBLA HANDSKAR. SÄTT PÅ. KLART.

GAMMEX® PI GLOVE-IN-GLOVE SYSTEM

Förmonterad underhandske-i-överhandske. Redo för användning av dubbla handskar

Två handskar
– **ALLT-I-ETT** –

klar för påtagning och
förpackade i en
ytterförpackning och
en innerförpackning

Snabbare påtagning:

**SPARAR
CA 30 SEK.**

per påtagning

Lättare påtagning:
EN PÅTAGNING
så är det
KLART!



Finns i
SMART Pack™



50 %
mindre innerförpackning
**MINDRE
MILJÖPÅVERKAN**

**SPARAR
HYLLPLATS**
i operationssalen

Enklare användning
av dubbla handskar
ÖKAR EFTERLEVNADEN
och bidrar till
SÄKRARE OPERATIONER

Storlek - Artikelnummer

5,5	340084055
6,0	340084060

6,5	340084065
7,0	340084070

7,5	340084075
8,0	340084080

8,5	340084085
9,0	340084090

Know the DIFFERENCE

Learn more about your non-latex options
on www.ansellnonlatex.com

Ansell

Att gå från vårdcentral till operationsavdelning - utan att opereras

De flesta som går den vägen brukar ha ett behov av kirurgisk hjälp, främst patienter. Mindre vanligt verkar det vara med sjuksköterskor som vandrat den vägen i sin karriär utan att ha arbetat på sjukhuset. Jag är dock en av dessa och jag köpte grisen i säcken vill jag påstå. På grundutbildningen hade jag endast varit någon enstaka dag på operation. Jag fick en halv kvadratmeter att stå på och om jag skulle svimma så var jag tvungen att göra det inom detta område. Jag fick inte nysa. Inte heller gå ut från salen om jag blev kissnödig. Nej, jag var inte imponerad.

Åren gick ute i primärvården och jag började fundera på en specialistutbildning. Jag tyckte det var superspännande med de få operativa ingrepp som förekom, kanske framförallt på jourtid. Plötsligt, och med uppenbart sviktande minne från tidigare erfarenhet, slog det mig att jag kunde arbeta inom kirurgi som sjuksköterska. Jag hade en föreställning om att det innebar att få arbeta i lag nära andra yrkesgrupper och att tillsammans försöka lösa en uppgift. Jag var redan på det klara med vilken sida av huvudlakanet jag skulle vilja stå på trots att det verkade nästintill omöjligt att förstå vad yrket gick ut på i övrigt för en oinvid. Jag började läsa på och förutom kompetensbeskrivningen för specialistsjuksköterska inom operationssjukvård, googlade jag allt jag kunde hitta om operationssjuksköterskor som bloggar, artiklar, inlägg och så vidare men utbudet är litet. Bästa sättet att få veta var helt enkelt att söka utbildningen.

Lite drygt halvvägs igenom 60 högskolepoäng har säcken, om än en udda liknelse, iallafall visat sig innehålla något rosa. Samarbetet med de andra yrkesgrupperna är ännu mer utpräglat än vad jag hade vågat hoppas på och den intraoperativa



Jennifer Båskman

vården är extremt patientfokuserad. Problemlösning står högt på varje ingrepps agenda och kirurgi verkar ha den tillfredsställande effekten att lösningen ger direkt återkoppling. So far so good. Det jag fortfarande försöker komma underfund med är helhetsbegreppet perioperativ omvårdnad. Jag har svårt att se hur alla delar inom konceptet skulle kunna tillämpas utifrån min, något begränsade, roll på en operationsavdelning. Mer om det längre fram. Säcken verkar

ju som sagt med stor sannolikhet, ändå innehålla det efterfrågade, jag ser därför mycket fram emot att bli operationssjuksköterska. Med ökad förmåga att lyfta blicken växer dessutom nyfikenheten för den potential som finns i yrket och jag hoppas på att få vara en liten del i utvecklingen av den perioperativa sjuksköterskans framtida roll.

På återseende, Jennifer - blivande kollega. •



För minimalt fibersläpp – använd SMS.

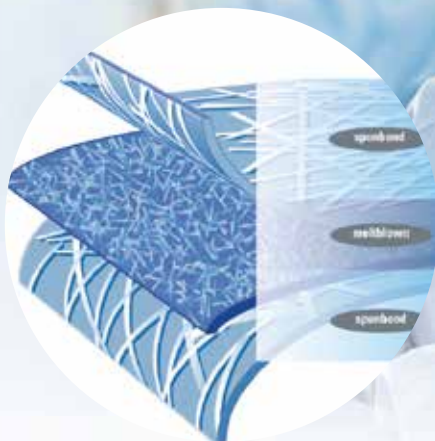
Halyards patenterade SMS- och POWERGUARD-teknologi bidrar aktivt till att förhindra spridning av smittämnen.

SMS (Spunbond – Meltblown – Spunbond) kombinerar två ytterlager med långa fibrer med ett mellanlager med korta fibrer av polypropylen. Ytterlagrens fiberstruktur ger hög slitstyrka och lågt fibersläpp, vilket minskar risken för kontamination i operationssalen.

Mellanlagrets struktur bildar en effektiv barriär mot väta och bakterier. I packskydden och munskydd är lagret även laddat med negativa elektroner (POWERGUARD) som fångar in eventuella bakterier.

SMS-teknologin används i Halyards kompletta sortiment av operationstextilier (draperingar och rockar). Materialet är andningsaktivt och komfortabelt att bära.

Kontakta oss gärna för mer information.



08-583 593 00 | info@vingmed.se | vingmed.se

VINGMED
nära dig.



Postgraduatekurs för Specialistsjuksköterskor inom Operationssjukvård

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

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

Preliminärt datum för första tillfället är den 13 september 2019.

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 datum för anmälan är 31 maj, 2019. Deltagarantalet är begränsat. Intagningsbesked samt schema skickas ut efter sista anmälningsdag.

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

Tove Nyqvist, kursansvarig, tove.nyqvist@regionostergotland.se

Ida Markström, kursansvarig, ida.markstrom@regionostergotland.se



Nätverksträffar



Vi var några tappra som träffades i alla fall, i år var vi på Universitets-sjukhuset i Malmö, tack till ORK som vi fick låna konferensrum av. Tanken är ju att nätverka, skapa kontakter och utbyta erfarenhet.

Som distriktssamordnare är en av uppgifterna att informera om vad som händer och sker i Riksföreningen, den uppgiften utfördes med hjälp av power point. Berättade från höstkongress/ NORNA kongressen, hösten 2018 och vad som är planerat under 2019.

En kollega till oss, Pamela Jönsson har arbetat som volontär för Operation Smile och berättade för oss hur man går tillväga när man söker som volontär, vilka utbildningar som behövs innan ansökan, som t.ex. olika HLR kurser och vad som är bra att tänka på. Pamela berättade också om sin upplevelse av arbetet på plats tillsammans med andra volontärer. Alla som varit iväg på olika uppdrag vet att det är helt andra förhållande att arbeta och leva i än vad det är "här hemma", vi andra kan bara föreställa oss. Det är fantastisk i alla fall, tycker jag, med alla eldsjälarna som arbetar världen över för att hjälpa andra, i olika utsatta situationer.

Halland 15 januari 2019

Text: Laila Lyckeskär, distriktssamordnare Halland

Så var det åter igen dags att samlas på Hallands sjukhus Varbergs för en Nätverksträff.

En skara nyfikna operationssjuksköterska som alla arbetar i Varberg som ville lära sig sy och veta mer om suturer. Medtronic representeranter hade förberett för "symötet" Tusen tack Marie och Marie för att ni kom och delar med er av er kunskap. Vi fick sy ta upp och göra om men till sist var vi nog rätt nöjda med vårt resultat och fått ta del av ny kunskap.

En fråga som kom upp under kvällen var, varför de var mest är de erfarna operationssjuksköterskorna som kommer på nätverksträffarna och ingen ur den yngre generationen? Har kunskapen fallit bort varför vi har RFop som bidrar till vår specifika yrkeskunskap?

Frågan är hur ska vi locka fler intresserade medlemmar till våra träffar? RFop är mer än bara Hygienforum och Höstmöte.

Foto: Peo Sjöberg



Laila Lyckeskär

Det var ju inte bara kunskap som vi fick denna trevliga kväll utan även god mat och lite godis så klart. Tror de eller ej, men jag kom ihåg att fotografera denna gång! Hoppas vi kan bli fler till nästa träff.

Skåne SUS Lund och Malmö 14 februari 2019

Text: Eva-Lena Isaksson, distrikts-samordnare SUS Lund - Malmö

Årets nätverksträff för medlemmar i Riksföreningen för operationssjukvård gick av stapeln torsdag 14/2, alla hjärtans dag. Blev inte världens bästa val, avseende dag. Kan vara något att tänka på till nästa gång, tänker jag.



Anna och Irinia

Poster till Höstkongressen

Varmt välkommen att delta med en poster vid Höstkongressens posterutställning Kunskap och Inspiration! Postern ska handla om ett projekt eller utvecklingsarbete från operationssjuksköterskans perspektiv, exempelvis utveckling av rutiner för säkrare vård, vårdmiljö, kvalitetsuppföljning, infektionsregistrering, dokumentation, handledning, utbildning, ledarskap, personcentrerad vård m fl områden. Observera att det inte behöver vara avancerade forskningsprojekt som presenteras, kvalitetsarbeten och utvecklingsprojekt är varmt välkomna.

Om du/ni vill delta, börja med att skriva ett abstrakt (med bakgrund, syfte, metod, resultat & slutsats om max 400 ord) som beskriver arbetet du/ni vill presentera.

Abstrakt mailas till Vetenskapliga rådet, på rfop@rfop.se senast den 20 augusti. Vetenskapliga rådet granskar därefter alla inkomna abstrakt och meddelar när ni kan gå vidare och utforma postern. De postrar som ingår i posterutställningen presenteras muntligen av författaren/-na vid en postervandring och tid avsätts i kongressprogrammet för detta. En kongressdeltagare/poster som presenterar sin poster vid Höstkongressen betalar reducerad anmälningsavgift. Pris för bästa poster kommer att utses.



Hem-o-lok ligating clips

– icke absorberande polymerclips för
öppen och endoskopisk kirurgi

MEDI PLAST



Hem-o-lok polymerclips är en unik produkt med en enastående design som garanterar en nästan 100 % säker placering och tillslutning av vävnad/cirkulation. **Hem-o-lok** kan användas vid alla slags operationer, allmän kirurgi, urologi, gynekologi, kärl, thorax- och neurokirurgi. Clipsen är icke absorberande och skador från en absorptionsprocess förekommer inte. Clipsen kan inte ses på röntgenbilder eller vid scanning.

Teleflex®

Kunskap gör skillnad – kontakta oss för mer information!

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

Välkommen att söka

Riksföreningen för operationssjukvårds eget stipendium för operations- sjuksköterskor för deltagande på vår 55:e Höstkongress i Stockholm 2019!

Stipendierna erbjuder en möjlighet till ny kunskap, erfarenhetsutbyte, nya tankar och idéer som kan stimulera till fortsatt utvecklingsarbete och personlig utveckling.

Under 2019 kommer vi att dela ut:

Två stipendier, till medlemmar, som avser resa, en hotellnatt och kongressavgift för deltagande vid Höstkongressen i Stockholm den 28 – 29 november 2019.

Förutsättningar: Stipendiet kan sökas av dig som är operationssjuksköterska och medlem i Riksföreningen för operationssjukvård sedan minst två år tillbaka. Du får inte ha mottagit något av Riksföreningens stipendier de senaste fyra åren.

Sista ansökningsdag: 1 september 2019 och stipendierna meddelas v 38, 2019.

Två stipendier, till studenter, som avser resa, en hotellnatt och kongressavgift för deltagande vid Höstkongressen i Stockholm den 28 – 29 november 2019.

Förutsättningar: Stipendiet kan sökas av dig som är student och antagen vid specialistsjuksköterskeprogram med inriktning mot operationssjukvård och är studerandemedlem i Riksföreningen för operationssjukvård.

Sista ansökningsdag: 1 september 2019 och stipendierna meddelas v 38, 2019.

Ansökan

Skriv en ansökan och motivera varför just du vill delta på kongressen.

Ansökan ska vara anonym vilket innebär att den inte får innehålla några personuppgifter eller uppgifter om arbetsplats.

Skriv dina personuppgifter och e-postadress separat, lägg i ett slutet kuvert utan text, som bifogas ansökan.

Skicka din ansökan till:

Marie Afzelius
Erik Dahlbergs gata 26
254 38 Helsingborg

Vid frågor kontakta:

marie.afzelius@rfop.se



Höstkongress i Stockholm 2019!



HYGIENFORUM

23 – 24 maj 2019



Riksföreningen för operationssjukvård inbjuder till det 12:e Hygienforumet i Stockholm

Hygienforum, forumet där viktiga och aktuella frågor inom det vårdhygieniska området står i fokus! Hygienforum är mötet för Dig med intresse för hygienfrågor. Forumet är öppet för alla med intresse för vårdrelaterade hygienfrågor fast vänder sig främst till Dig som arbetar inom operationssjukvård och vårdhygien.

Syftet med Hygienforum

Att förebygga VRI – en angelägenhet för alla, genom kunskapsförmedling och dialog. Arbetet med att förebygga vårdrelaterade infektioner (VRI) är mycket viktigt, VRI är den vanligaste och dyraste undvikbara vårdskadan och postoperativa infektioner är den vanligaste typen av VRI inom kirurgisk vård (SKL 2017). Vårdrelaterade infektioner (VRI) förlänger vårdtiden, orsakar lidande för patienten och påverkar även både patientens och samhällets ekonomi.

Tid: Torsdag och fredag den 23 – 24 maj, 2019 • Plats: Sheraton Stockholm Hotel • Kostnad: 4 175 kr ex moms

Preliminärt program

- ✓ STRAMA – antibiotikaanvändningen och resistensläge – Stephan Stenmark
- ✓ Presentation av Svensk förening för vårdhygien SFVH
- ✓ Förebygga postoperativa infektioner – Birgitta Lytsy
- ✓ Städning i sjukvård – Eva Edberg
- ✓ Endoskoprengöring och -förvaring – Aino Kempe
- ✓ Sterilteknik i modern tid – Birte Oskarsson
- ✓ Hygienforum Panel

Mer information och anmälan på rfop.se

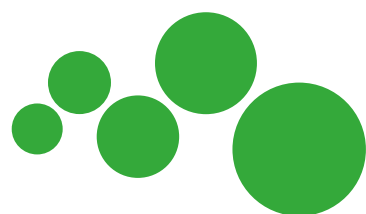


Riksföreningen för
operationssjukvård



POSTTIDNING B

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



Mölnlycke®



MEDI PLAST

KEBOMED

Medtronic
Further, Together

CRC
medical

stryker

B | BRAUN
SHARING EXPERTISE

BERNER
Medical

VINGMED

Johnson & Johnson MEDICAL
DEVICES
COMPANIES