

Uppdukat

Nr 1 februari 2014 årgång 26



HÄNG MED PÅ VÅRT JUBILEUMSÅR!

1964-2014



Riksföreningen för
operationssjukvård

Ett inspirerande och lärorikt besök i instrumenttillverkningens Mekka – Tuttlingen



Instrumentvårds- och kvalitetsutbildning

för operations- och sterilpersonal

I en tid då säkerhet och ekonomi är viktigt spelar kunskande om instrumentvård och handhavande en avgörande roll. Men rätt kunskap om hur kirurgiska instrument bör hanteras förlängs livslängden på instrumenten avsevärt, samtidigt som patientsäkerheten tryggas.

Utbildningen ger fördjupad kunskap inom en rad områden såsom instrumentvård och granskning, reparationer samt materiallära. Under vistelsen i Tuttlingen ingår ett besök i B. Brauns fabrik där du får uppleva det genuina hantverk som ligger till grund för ett instrument av högsta kvalitet.

Information

Kurstillfällen

Under 2014 erbjuder vi två kurstillfällen:

- 8–9 maj
- 13–14 november

För mer information, program eller anmälan kontakta oss på telefon **08-634 34 00** eller via e-post maria.schillstrom@bbraun.com.

Deltagaravgift

6 400 kronor (exklusive moms). I kursavgiften ingår studiematerial, mat och dryck, boende för två nätter, flyg från och till Stockholm, Göteborg eller Köpenhamn.



Aesculap Academy, B. Brauns eget utbildningsnätverk, grundades 1995 och har kommit att bli ett ledande forum för professionell utveckling och utbildning inom det medicinska området. Förra året hölls över 800 utbildningar med mer än 32 000 nöjda deltagare.

B | BRAUN
SHARING EXPERTISE

Utgivare

Riksföreningen för operations-
sjukvård ISSN 1101-5624.

Upplaga

2 100 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@seorna.com

Prenumeration via agentur
450 kr per kalenderår

Omslagsbild

Nora Kollin, höstkongressen

Foto:

Annika Sandelin

Annonser

annonsansvarig@seorna.com

Redaktion

*Monica Kelvered
Kristina Lockner
Ingela Pirttilä
Inger Andersson
Marie Afzelius*

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

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

Innehåll

Uppdukat nr 1 2014 årgång 26

Redaktionens ord...sid 4

Hygienfrågan...sid 6

Jubileumssidor...sid 8

Operationssjuksköterskans mod -
att våga skydda patienten...sid 14

Boktips...sid 17

Förlängd hållbarhetstid...sid 18

Resestipendium...sid 21

Porträttet...sid 26

Redaktionen tipsar...sid 28

Omvårdnadsseminarium utvecklar
vården inom Kärl-Thorax...sid 30

Första sjuksköterska i SERGS...sid 32

Föreningsnytt...sid 34

Krönika, del tre...sid 46

sid 8

sid 26



sid 32



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@seorna.com 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



50 år! Riksföreningen för operations-sjukvård jubilerar och fyller 50 år i år 2014. Det är fantastiskt! Att vår förening har fyllt och fyller en funktion i operationssjuksköterskans vardag och inom operationssjukvården i Sverige råder det inget tvivel om.

1964-2014



Riksföreningen för operationssjukvård

Däremot, precis som med mycket annat, har funktionen varierat genom åren, det som dock ständigt är i fokus är utveckling och utbildning för den enskilda operationssjuksköterskan.

Där fyller Uppdukat en plats och vår ambition är att varje nummer ska tillföra en del i den kontinuerliga utvecklingen. Just under 2014 kommer vi att se tillbaka och publicera redan tidigare publicerade artiklar som en påminnelse av vår historia. Det är lätt att under ett jubileumsår "fastna" i historien och glömma att den finns för att vi ska se framåt och planera våra nästa 50 år. Styrelsen har bestämt att årets Höstkongress, som även är vårt officiella firande, ska fokusera på framtid. En återblick för att förstå nuet och ta med erfarenheter in i framtiden, så kommer årets kongress att läggas upp.

Men det ska hinnas mycket innan dess. Fyra nummer av Uppdukat, Hygienforum med årsmöte, EORNAS styrelsemöte (Sverige är värdland), DS-möten, arbetena i våra två råd – kvalitetsrådet och vetenskapliga rådet, i de nationella projekten mm, sen avslutar vi i november med Höstkongress och jubileumsmiddag!

I årets första nummer har vi som vanligt en blandning av populär-vetenskapliga texter, hygienfrågor, föreningsrapporter och mycket annat. Porträttet i detta nummer är en intervju med Ragnhild Alfvén som var föreningens ordförande under 29 år.

Vårt mål med Uppdukat är att du som läsare ska få den senaste forskningen, de senaste utvecklingsprojekten, en omvärldsbild (i alla fall Sverigebild) inom vårt område. Har du något speciellt du vill läsa om? Eller har du något du vill dela med dig av till andra? Skriv till oss i redaktionen, vi vill gärna ha kontakt.

Nu önskar jag er alla en härlig lässtund!

Hygienforum

22 - 23 maj 2014

är det Hygienforum på Sheraton, Stockholm.

Kom och hör om det senaste inom vårdhygien.



Årsmöte

Kallelse till årsmöte

Riksföreningen för operationssjukvård

håller årsmöte
den 23 maj 2014.

Kl. 08.00 på

Sheraton hotel,
Stockholm.

Välkommen!





För dig som vill **säkra ditt beslut!**



Nu lanserar vi SteriStay – den nya generationen sterilbord

SteriStay är ett **unik** sterilbord som med ultraren luft **säkrar sterildukningen** av dina instrument och utrustning, både **under uppdukning och hela operationstiden**.

SteriStay är lika smidigt att använda som ditt nuvarande instrumentbord!

SteriStay
– säkra ditt beslut

Se filmen om luftburen smitta
i operationssalen - och hur du
skyddar din sterildukning:



www.steristay.se

Effektivt* • Tystgående • Flexibelt
<5 cfu/m³ luft*

* Sterilbordet SteriStay skapar en ultraren luftmiljö kring dina sterildukade instrument som motsvarar de nya kraven på mikrobiologisk renhet i operationssalen (SIS-TS 39:2012)



Toul Meditech AB • Tunbytorpsgratan 31 • 721 37 Västerås
Tel: 021-13 50 00 • info@toulmeditech.com • www.steristay.se

toul
meditech

Skriv till: hygien@seorna.com

Fråga: Vad har ni för regler kring piercing i ansiktet (näsa, ögonbryn etc.) på era arbetsplatser? På Riksföreningen för operationssjukvårds hemsida kan man inte se några rekommendationer vad jag kan se.

Svar: Det som finns skrivet om piercing i nationella riktlinjer är det som står i vårdhandboken och gäller inte specifikt operationssjukvård; "Örhängen och andra smycken i läkta, piercade hål kan användas om de inte hänger ner i arbetsfältet. Ett läkt piercinghål, oavsett var det sitter, utgör ingen påvisad smittrisk. Om hålet är infekterat kan smitta spridas via vårdpersonalens händer." Om piercing används inom operations-sjukvård ska piercing i öron och ögonbryn täckas av hårskyddet. Piercing genom slemhinna (näsa, mun) brukar uppfattas som en större risk för smittöverföring eftersom bakteriemängden anses högre. Viktigt är att ta reda på vilka riktlinjer som gäller lokalt eftersom det kan skilja sig åt mellan landsting/regioner.

Fråga: Undrar om någon vet om det är ok att lägga värme på operations-sårtsåret ovanpå förbandet som smärtlindring efter kejsarsnitt. Det görs på BB-avdelning postoperativt. Har för mig att det inte är bra, men barnmorskorna säger att det går.

Tänker på infektionsrisk och att inte lägga värme på ett operationssår. Vad tror ni?

Svar: Det är en fråga som är svår att ge ett enkelt och bra svar på utan att gå igenom eventuell litteratur på området. Men om värmedynan inte appliceras direkt på huden och hanteras hygieniskt så borde risken att själva värmen i sig ökar infektionsrisken vara liten. Men som sagt detta är en fråga som kräver en litteraturnomgång.

Fråga: Undrar om det finns möjlighet till en nationell regel eller en rekommendation från SMI som säger hur många timmar instrument får ligga uppdukade och täckta? Olika antal timmar beroende på ventilationen där instrumenten står?

Svar: Tyvärr kan inte SMI ge ut en sådan nationell regel. Det SMI gör är att ta fram kunskapsunderlag inom aktuella områden som kan ligga till grund för landstingen när de ska utarbeta rekommendationer. Det finns inte någon generell tidsangivelse idag däremot finns det operationsavdelningar som genomfört riskanalyser tillsammans med vårdhygien och utifrån det satt en gräns för uppdukat material. Bifogar en länk till SBU där de tagit fram studier som

belyser denna fråga. <http://www.sbu.se/sv/Publicerat/Upplysningstjanst/Infektionsrisk-och-tidpunkt-for-uppdukning-av-instrument-pa-operationssal/>

För information kommer Smittskyddsinstitutet att från och med den 1 januari 2014 gå samman med Folkhälsoinstitutet och en liten del av Socialstyrelsen och bilda en ny myndighet med namnet Folkhälsomyndigheten.

Fakta: Inga Zetterqvist, rikshygienisköterska, Smittskyddsinstitutet, ansvarig för Uppdukats hygienfrågespalt, svarar på frågor.

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

Det är frågorna och svaren från de senaste fem åren som kommer att finnas där.

Inger Andersson redaktionen

Infektionsregistrering – inga reflektioner

I Uppdukat nr 3 2013 i samband med artikeln "Operationssår och postoperativa infektioner – tar vi vårt ansvar" önskade vi i redaktionen respons från Er som arbetar med infektionsregistrering och uppföljande statistik.

Tyvärr har vi inte fått någon respons från någon operationsavdelning i landet. Är det kanske så att vi operations-sjuksköterskor är mer eller mindre medvetna om antalet postoperativa sårinfektioner på våra arbetsplatser? Får vi på operationsavdelningarna kontinuerligt information och återrapportering från klinikernas mottagningar eller dylikt om hur många av våra patienter som drabbas av postoperativa sårinfektioner?

Skriv gärna och berätta hur ni får information om antal och vilka ev. patienter som drabbats av postoperativa sårinfektioner och hur ni följer upp detta.

Skriv till mig: inger@seorna.com

1964-2014



Riksföreningen för operationssjukvård

Då vår förening firar 50-år i år, har vi bestämt att ha jubileumssidor i varje nr av Uppdukat under året. Denna gång publicerar vi en historisk artikel av Barbro Fribergs: **"Operationshygien en viktig omvårdnadsfråga för operationssjuksköterskan Basbegreppen"** från Uppdukat nr 1 1992, sid 18 – 22.

Barbro Friberg var den första operationssjuksköterska i Sverige som disputerade inom operationssjukvård/perioperativ omvårdnad. Hennes forskning, som bedrevs i Umeå, handlade om luften i operationssalen och Barbro utgick i sin avhandling från Florence Nightingales tes **"The very first cannon of nursing, the first and the last thing upon which a nurse attention must be fixed, the first essential to the patient, without which all the rest you can do for him is as nothing, with which I had almost said you may leave all the rest alone, is to keep the air he breaths as pure as the external air but without chilling him"** (Nightingale 1859). Barbro arbetade under hela sitt liv för operationssjuksköterskansprofession. Hon medverkade vid flera tillfällen vid våra kongresser och på internationella kongresser. Dessutom var hon vår första sakkunniga hygienexpert i Uppdukat fram till sin alltför tidiga bortgång.



Operationshygien en viktig omvårdnadsfråga för operationssjuksköterskan

Basbegreppen

Barbro Friberg lärare i operationssjukvård vid Vårdhögskolan i Umeå kommer i en serie om tre artiklar att redogöra för operationshygien som en viktig omvårdnadsfråga för operationssjuksköterskan. I den första artikeln behandlas basbegrepp. I nästa artikel kommer vår klädsel från tygförkläde till engångsrock att beskrivas. Slutligen kommer operationsventilationen att diskuteras. "Vad det är och vad det inte är".



1974 publicerade Alf Nachemson professor i ortopedi vid Sahlgrenska sjukhuset i Göteborg en artikel i Läkartidningen med titeln "Bättre hygien och teknik behövs på operationsavdelningarna!" (1). I artikeln som stöder sig på ett stort antal vetenskapliga rapporter från Listers tid och framåt speglar han de stora problem som postoperativa sårinfektioner innebär, redogör för smittvägar och klargör grundprinciper för vad och hur man bör göra för att undvika dessa onödiga infektioner. Än i dag känns den artikeln aktuell även om en lång tidsperiod förflutet och mycket har hänt. Basbegreppen finns där.

Tyvärr nära 20- år senare och trots all utveckling är postoperativa sårinfektioner fortfarande ett stort problem för såväl den enskilde individen som samhället (2).

Varför uppkommer postoperativa sårinfektioner ?

Det kan synas som en självklarhet men bör ändå slås fast att postoperativa sårinfektioner uppkommer genom att operationssåret kontamineras med bakterier. Ju fler bakterier i såret desto större är risken för en infektion. Denna självklarhet kan vara bra att komma ihåg när man diskuterar olika hygiendetaljers va-

rande eller inte varande "exempelvis skall vi operera utan munskydd" (3,4). Man skiljer mellan infektioner vid "rena ingrepp" dvs där man opererar i en vävnad som inte innehåller bakterier exempelvis en höftoperation och "orena ingrepp" där bakterier redan finns i operationsområdet exempelvis vid bukkirurgi där tarmar öppnas eller vid öppna sårskador. Med en perfekt hygien på våra operationsavdelningar borde egentligen inte några infektioner alls uppstå vid rena ingrepp. Situationen är mer bekymmersam vid orena ingrepp men man vet här att perfekt hygien i kombination med korrekt kirurgisk teknik ger mycket låga infektionssiffror. Skillnaderna i hygienrutiner, aseptisk och kirurgisk teknik är uppenbara när det redovisas en risk för sårinfektion på 0.3-10 % vid likartade rena ingrepp och 1-30 % vid likartade orena ingrepp.

Ett sår utan död vävnad eller främmande material hos en frisk individ har en mycket stor resistens mot bakteriekontamination. Finns det död vävnad som nekroser eller hematoma ger detta ett bra substrat för bakterietillväxt samtidigt som kroppens immunförsvar har svårare att agera vilket resulterar i en ökad risk för infektion. Främmande material allt från suturer till stora ledprote-

ser minskar även kroppens försvarskrafter. Även här är mängden av betydelse. Ingrepp som framför allt tillhör riskgrupperna är därför kärllkirurgiska och ortopediska ingrepp där relativt stora mängder främmande material implanteras och tumöringrepp där immunförsvaret ofta är nedsatt (2).

Antibiotikaproylax kan givetvis tillämpas för att minska effekterna av bakterier i ett operationsår.

Antibiotikaproylax får dock aldrig ses som ett substitut för bristande hygienrutiner utan bara som en extra säkerhetsåtgärd vid speciellt infektionskänsliga operationer eller när vi vet att bakteriekontamination av såret oundgängligen ökar exempelvis vid mycket långvariga operationer eller vid orena ingrepp som vid tarmkirurgi eller öppna sårskador. Vår huvuduppgift på operation måste alltid vara att i första hand förhindra bakteriekontamination av såret.

Konsekvenser av en sårinfektion

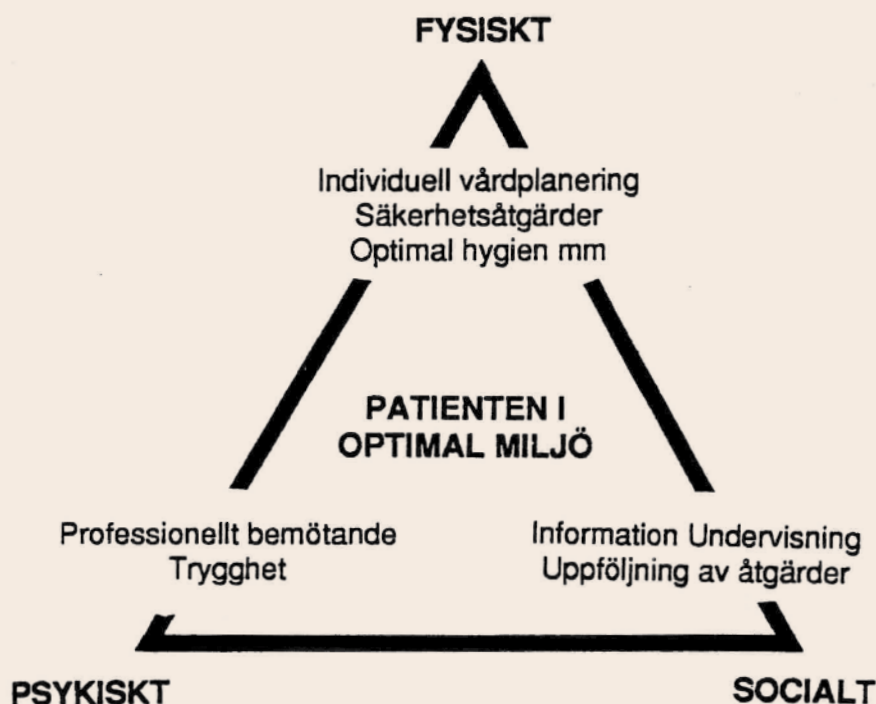
Den som i första hand drabbas är den enskilde individen dvs patienten. Konsekvenserna varierar givetvis beroende på vilket ingrepp som utförs. Om patienten genomgår en

blintarmsoperation och får en infektion innebär det vanligen endast några veckors förlängd sårsläkning. Vid en knäprotesoperation där patienten får en djup infektion är risken för livslång invaliditet 60% risk (2). Har patienten opererat in en kärlprotes i stora kroppspulsådern är dödligheten 30-70 % om patienten drabbas av en infektion (2). Om det mänskliga lidandet i form av rädsla för vad infektionen kommer att innebära för framtiden, "äcklet" för varet som rinner ur kroppen, ovissheten, omoperationerna, invaliditeten, finns ingen dokumentation (2).

I tider med sviktande sjukhusekonomi och där kvalitetsäkring kommer att vara ett mycket viktigt begrepp måste man förstå att postoperativa infektioner innebär dålig kvalitet med stora ekonomiska konsekvenser. En enda infekterad höftoperation kostar cirka en kvarts miljon extra i direkt sjukvårdskostnader. Man har försökt skatta samhällets totala kostnader för postoperativa infektioner och kommit fram till en summa på en halv miljard per år i direkta sjukvårdskostnader. Till detta kommer samhällets övriga kostnader försiktigt skattade till 175 miljoner kronor per år (2).

Registrering av sårinfektioner

Ett problem är att det inte finns exakta siffror på hur många sårinfektioner som uppkommer. För att veta detta krävs ett kontinuerligt registreringssystem som inte bara registrerar infektioner som uppkommer på sjukhus utan även de som tillstöter efter det att patienten lämnar sjukhuset (5.6). Med dagens allt kortare vårdtider vet man att ca 50% av infektionerna uppkommer efter utskrivning av patienten (Gun Lindgren, Hygijensjuksköterska, Regionsjukhuset., Umeå. opublicerade data 1992) Har man inte något registersystem vet man inte infektionsfrekvensen och underskattar den vanligen grovt. Ett intressant förhållande är att enbart införande av ett registreringssystem som enda åtgärd brukar minska risken för sårinfektion till hälften (3.4) Detta betyder starkt att slarv, dålig disciplin där normala hygienrutiner sätts åt sidan är en väsentlig faktor i sammanhanget.



Figur 2 Operationspatienten i en optimal miljö

"Put the patient in the right condition for nature to act upon him"

Detta var Florence Nightingales (1820-1910) grundtes i omvårdnadsarbetet (7). Kan denna grundtes var en utgångspunkt för sjuksköterskan som ansvarar för patientens säkerhet och omvårdnad på operationsavdelningen?

Vad är "right condition" för patienten under det operativa ingreppet? En egen tolkning är att det betyder att försätta patienten i en optimal miljö. En viktig del är här naturligtvis optimal hygien, att säkerhetsföreskrifter följs mm men begreppet innehåller mycket mer som exempelvis professionellt bemötande med adekvat information så att patienten förstår och känner trygghet i vården. För att vi ska kunna åstadkomma en optimal hygien dvs den hygien som kan ges, inom de ramar som finns, krävs fördjupande kunskaper och analyser av mikroernas levnadsvillkor och spridningssätt. Detta för att medvetandegöra de olika möjligheter som finns för att förebygga att sårinfektioner uppkommer. Dessutom måste patienten kunna medvetandegöras genom information och undervisning om de hygieniska rutiner som måste vidtagas före och efter ett operativt ingrepp och som patienten själv i

många fall kan och bör ta ansvar för. Uppföljning av given information och undervisning är här mycket väsentlig så att man är helt klar över att patienten förstått informationen. Det man bedömer att patienten inte kan klara själv har patienten rätt att få hjälp med. Genom en individuell omvårdnadsplanering kan hänsyn tas, inom de möjligheter som finns tillgängliga, till olika patienter, deras sjukdom och till det operativa ingreppet. Vi vet alla att en enkel hudförändring hos en i övrigt frisk person med framgång tas bort på en behandlingsavdelning och att de kraftigt ökade kostnader som skulle uppkomma om en operationsavdelning i stället utnyttjades är helt onödiga. Samtidigt måste den patient som är svagast och löper störst risk för infektion och där konsekvenserna skulle bli förödande ges maximala resurser och därmed möjligheter för ett lyckat resultat. Dokumentationen av alla dess åtgärder är idag bristfällig. Alla bedömanden och åtgärder som vidtas måste dokumenteras så att det finns möjlighet att följa upp olika resultat både positiva och negativa. Detta är enda sättet att få en större kunskap som grund för våra vårdhandlingar.

Skulle då inte dessa åtgärder enligt Florence Nightingales tes positivt påverka patientens hälsotillstånd på ett naturligt sätt såväl fysiskt, psy-

kiskt som socialt (figur 2). Vi vet här att patientens tro på sjukvårdspersonalens åtgärder i många fall är en förutsättning för att patienten ska uppleva ett gott resultat av vården. En trygg patient kan känna hopp inför sin operation. Genom att minska rädsla och ångest för ett misslyckat resultat styrks personen även fysiskt vilket leder till en större psykisk motståndskraft som kan innebära att risken för infektion minskar. Förståelse av infektionsproblematiken och professionellt handläggande kan innebära att patienten slipper lidande, långa sjukskrivningar, omoperationer, antibiotikabehandling resten av livet, långa resor, väntetider, beroende av anhöriga etc

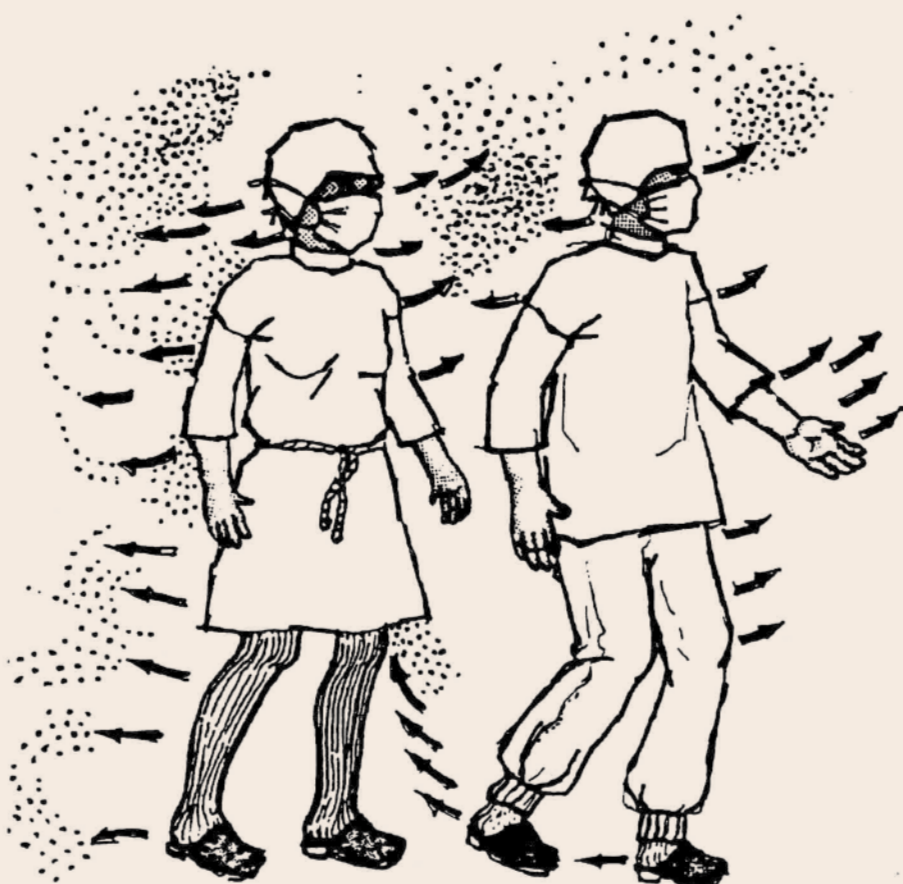
I detta sammanhang är det intressant att konstatera att Florence Nightingales första regel för god omvårdnad beskrivs i *Notes on Nursing* och är som följer:

"To keep the air within as pure as the air without"

"The very first canon of nursing, the first and the last thing upon which a nurse's attention must be fixed, the first essential to the patient, though which all the rest you can do for him is as nothing, with which I had almost said you may leave all the rest alone is this: to keep the air he breathes as pure as the external air without chilling him" (7) sid 6

Detta med ren luft och ventilation var en av Florence Nightingales kärnfrågor. Hon trodde på spontanstringsteorin dvs att i ett tillstängt rum uppstod något som gav upphov till sjukdomar. Eftersom hon var mycket intresserad av statistik följde hon mycket noga registreringen över sjukdomar och hade observerat att människor dog av olika luftburna sjukdomar som exempelvis mässling, skarlagansfeber och difteri,

I dag har vi betydligt större kunskaper om mikroorganismer och vi vet att de är en del av vår omgivning och i många fall livsviktiga för vår överlevnad. Tyvärr är de tämligen osynliga i sin mikrovärld vilket gör att vi kanske inte till fullo respekterar deras närvaro i operationsrummet.



Figur 3 Vårt inträde i operationssalen kan från bakteriologisk synpunkt liknas vid en tornados uppdykande i rummet. Lägga märke till personen med kjol. Källa (1)

Finns det luftburen smitta i vår operationssal och är den i så fall orsak till postoperativa sårinfektioner?

I ett tomt rum där inga människor vistas är luften i stort sett ren och fri från bakterier. Man kan likna en människas inträde i operationssalen med en tornado på grund av den storm av bakteriehaltiga partiklar som sprids vid våra rörelser (Figur 1) (1). Människan avger inte enstaka bakterier utan mikroberna bärs av de hudflagor som vi hela tiden avstöter. Varje hudflaga kan då bära allt från en till hundratals bakterier. En person avger vid moderat aktivitet ca 1000 bakteriebärande hudflagor/min. Ökar vi den fysiska aktiviteten stiger antalet drastiskt. Storleken på hudfragmenten varierar mellan 5-60 µ och de sedimenterar sakta mot golvet med en hastighet av 0,3 m/min (8). Luftens inne-

håll av bakteriebärande partiklar är relaterat till antalet personer och dessas rörelsemönster dvs ju fler personer i rummet och ju mer dessa rör sig desto högre halt av bakteriebärande partiklar i luften. Partiklarna sedimenterar ner dels direkt i såret dels på uppdukning, instrumentbord, kläder, handskar, i koksaltfat och kan då kontaminera operationssåret på indirekt väg (2). Här kan vi direkt lära oss att vara så få som möjligt i operationssalen samt att röra oss lugnt och undvika håftiga och onödiga rörelser och låta instrument och material vara övertäckta tills dess de ska användas. Man kan här bara påminna om att det inte är ovanligt vid större operationer att 10-15 personer vistas i salen och att man kan registrera upp till 100 dörrpassager per timme. En sådan situation kan inte betraktas som optimal miljö.

Hur gör man bakterier synliga ?

Luftsugar

Bakteriehalten per m³ luft kan studeras med olika typer av luftsugar (9). Impaktion är en vanligt förekommande uppsamlingsmetod och innebär att en luftström med hög hastighet träffar en yta. På grund av tröghetskrafter fastnar de luftburna partiklarna på ytan som kan vara en fast yta av agar, glas, metall eller en vätskeyta. Andersen samplern samlar upp partiklar enligt denna princip samtidigt som en uppdelning av partiklarna i storleksklasser sker. I slit samplers samlas mikroorganismer upp på en roterande agaryta och ger då en bild av hur koncentrationen partiklar varierar med tiden. En vanligt förekommande sampler vid bakteriemätningar på operationsavdelningar är Casella slit sampler. Filtrering är en annan uppsamlingssteknik och innebär att luft sugas genom ett filter med en sådan porstorlek att bakterierna fastnar på filtret som sedan odlas ut på agar (Satorius gelantinmembran filter sug). En nackdel med denna metod är att under långa provtagningstider kan bakterierna torka ut och dö.

Sedimentation

En annan metod är att mäta antalet bakteriebärande partiklar som sedimenterar på en yta. Vanligen används agarplattor med bestämd storlek som placeras ut på olika ställen i rummet tex bredvid instrumentbord på golvet etc. Om man vill mäta kontaminationen mot klädsel kan kontaktplattor av agar användas. I dessa fall kan inte antalet mikroorganismer relateras till någon bestämd luftvolym utan resultatet redovisas per m² yta och tidsenhet.

Vid uppsamling av bakterier mot en fast agaryta erhålls efter odling i 37° värme 1-2 dygn antalet bakteriebärande partiklar som fanns i provet. En partikel ger en koloni (Cfu colony forming unit) även om den var bärare av ett stort antal mikroorganismer. Vid uppsamling i vätska sönderdelas i de flesta fall partiklarna och provet representerar då i större utsträckning det totala antalet enskilda mikroorganismer. Analysen av dessa prover är mer komplicerad och används inte så ofta vid studier av bakteriemiljöer i operationssalen.

Sedimentationen i såret

Om man vill bilda sig en uppfattning om bakteriekontaminationen i själva operationssåret kan man skölja ur såret med steril koksaltlösning som samlas för odling. En annan metod som utvecklats av Doc Anna Hambræus (Hygienkliniken Akademiska Sjukhuset Uppsala) är att använda bitar av vätskesugande material typ disktrasa som steriliseras. Med dessa torkar man ur såret. En felkälla, som är bristande utredd, vid odlingar från operationssåret är att blod och sårsekret innehåller kroppens normala försvar mot bakterier vilket kan medföra en inte känd avdödning av bakterier.

Partikelräknare

Om man snabbt vill ha en grov uppskattning på antalet dammpartiklar i luften kan olika typer av elektroniska partikelräknare användas. De mäter partiklar i luften från exempelvis 0,16 µ och större under tex 1 min. På en remsa presenteras sedan antalet partiklar och storlek. Apparaterna är mycket dyrbara och används vid utvärdering av filter i ventilationssystem. Man bör dock veta att det finns inget säkert samband mellan det totala antalet dammpartiklar och den verkliga halten av bakteriebärande partiklar.

Med dessa relativt enkla metoder kan bakterier och dammpartiklar göras synliga endera genom att de växer ut som en koloni och kan räknas eller genom att de dokumenteras på en remsa

Genom att använda olika typer av testkammare som kombineras med ovannämnda insamlingsmetoder kan man se hur effektiv olika typer av huvudbonad eller klädsel är och var på kroppen kontaminationen är störst. Vid dessa försök får samma person utföra standardiserade rörelser och tal för att kunna jämföra resultaten. Man har här funnit att män sprider mer bakterier än fertila kvinnor och bakteriespridningen är störst från axillen och perineum (10)

När vi står inför ett hygienproblem som vi vill synliggöra så är alltid det bästa sättet att ta kontakt med sjukhusets hygienkliniken för att överlämna problemet utan för att i samarbete finna den bästa metoden för att lösa detta

Hur kan antalet luftburna bakterier reduceras ?

För att minska antalet luftburna bakterier, som man vet är den huvudsakliga orsaken till postoperativa sårinfektioner vid ren kirurgi har man i princip fyra olika möjligheter. I efterföljande artiklar kommer punkt 2 och 3 att behandlas mer i detalj.

Förhindra angivning av bakterier

En enkel och primär åtgärd är att reducera antalet personer och aktiviteter på salen.

Förhindra spridning av bakterier

En känd åtgärd för att minska spridningen av bakterier är att använda bakterität klädsel på all personal och på patienten. Hur effektiv är då vår klädsel.

Späda ut och eliminera bakterier

Ren filtrerad luft som sprids ut över operationsfältet och späder ut bakteriehalten över operationsområdet och ventilerar rummet är en lika viktig åtgärd idag som på Florence Nightingales tid. Vet vi här hur våra ventilationssystem fungerar och hur de ska kunna utnyttjas för att vara så effektiva som möjligt ?

Av döda bakterier

Florence Nightingale förspåkte även solljuset och beskriver hur instängd skämd och möjlig luften luktar i ett rum som inte haft tillgång till solljus.

Ultraviolett ljus har sedan länge varit känt för sin bakteriedödande effekt och introducerades i USA 1936 av Dr Hart vid Duke Universitetets operationsavdelning (2). Sårinfektionsfrekvensen sjönk från 11.3%-0.24 %. På 50-talet var ultraviolett-ljus vanligt förekommande på operationsavdelningar i Sverige. De flesta äldre operationsjuksköterskor minns säkert de ultravioletta slussarna som både personal patient och säng måste passera innan inträdet till operationssalen. I dag är ultraviolett ljus på väg in till operationssalen igen och intressanta studier pågår bland annat på Sahlgrenska sjukhuset i Göteborg och i Lund (11). En mer påtalig exposition av ultraviolett ljus kan dock ge ögonskador dessut-

om ökar risken för utveckling av maligna melanom vid bestrålning av huden. Nackdelen med ultraviolettt ljus är därför den speciella utrustning som måste bäras för att skydda ögonen och ej täckt hud. Det vore intressant med en mera detaljerad rapport från operationssjuksköterskor som har deltagit i ovan nämnda studier.

Referenser

1. Nachemson A. Bättre hygien och teknik behövs på operationsavdelningarna. Läkartidningen 1974; 71:3781-3785
2. MFR och SPRI Konsensuskonferans 16-17 nov 1988. Sårinfektioner efter operation- sjukhushygieniska rutiner. Konsensusuttalande och sammanfattning av föredragen. Spri tryck 175 och 179 .Stockholm 1988.
3. Tunevall G. Behövs operationsmunskyddet ? Läkartidningen 1985:83:4173
4. SoS Socialstyrelsen. Att förebygga infektioner i sjukvården. Ett kunskapsunderlag. SoS-rapport 1991:32
5. Burman LG, Friberg S.Fällman I Kontinuerlig registrering av ortopedkirurgiska infektioner. Läkartidningen 1979:76:713-17.
6. Burman LG, Eriksson F, Hjalmarsson L, Norberg B. Kontinuerlig registrering av postoperativ infektion vid mindre kirurgiklinik. Läkartidningen 1981:78:2065-2067
7. Nightingale Florence. Notes on Nursing what it is, and what it is not. 2nd ed, Churchill Livingstone. London 1980.
8. Hambræus A. Aerobiology in the operating room- a review. Hosp Infect 1988.11:68-76
9. ASF Arbetarskyddsfonden. Seminarium 22 sept 1981 Metodik för bestämning av luftburna mikroorganismer i miljön. Stockholm 1981.
10. Hoborn J. Human as Dispersers of Microorganisms- Dispersion Pattern and Prevention. Med avhl Department of Clinical Bacteriology, Institute of Medical Microbiology, University of Göteborg, Göteborg 1981
11. Sandzen I, Carlsson Å, Walder M. Occlusive clothing and ultraviolet radiation in hip surgery. Acta Othop Scand 1989:60:664-667.

Stipendium 2014

Välkommen att söka Riksföreningen för operationssjukvårds eget stipendium 2014.

Riksföreningen för operationssjukvård kommer att dela ut stipendier som avser resa, en hotellnatt och kongressavgift för deltagande vid jubileumskongressen i Stockholm 27 – 28 november 2014

Stipendiaterna presenteras under Hygienforum den 23 maj 2014.

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

Förutsättningar:

Stipendiet kan sökas av Dig som är operationssjuksköterska och medlem i Riksföreningen för operationssjukvård.

Riksföreningens eget stipendium kan endast erhållas en gång vart tredje år.

Att söka:

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 och lägg i ett slutet kuvert som bifogas ansökan. Skriv inte något på kuvertet.

Skicka Din ansökan senast den 25 april 2014 till:

Catarina Augustsson
Karlstorpsgratan 2
372 36 Ronneby

Vid frågor kontakta:
Catarina Augustsson
catarina@seorna.com



Unik bladdesign, överlägsen prestanda

Nyhet
från 3M!



OBS! 3M™ Clipper Professional 9681 kan blötläggas i desinfektionslösning för att säkerställa en god rengöring!



3M™ Clipper Professional 9681 kombinerar en överlägsen design och prestanda för att minska risken för postoperativ infektion

- 160 minuters klipptid
- Endast 3 timmars laddningstid
- Utformningen på bladet förhindrar risken för huden att dras in i bladet
- Avlägsnar alla typer av huvud- och kroppshår – fint eller grovt, vått eller torrt
- Ett blad för alla indikationer
- Enda Clippern på marknaden med batteriladdningsindikation

Operationssjuksköterskans mod - att våga skydda patienten

Inom sjukvården råder en hierarki som gör det än viktigare att våga vara modig som en i personalen. Det förstod jag när jag läste till operationssjuksköterska. Mod att be om hjälp, ifrågasätta eller säga ifrån. Allt för att inte slarv, brist på rutiner eller oaktsamhet ska leda till sämre säkerhet och för att patienten inte ska skadas eller blir kränkt. Därför beslöt jag att min D-uppsats skulle handla om operationssjuksköterskans mod.

TV-programmet "Kalla fakta" tog upp ett fall under den tid som jag skrev min uppsats och som förstärkte min insikt om att jag som operationssjuksköterska behöver mod. Fallet handlade om en kirurg som misstänktes ha opererat patienter i onyktert tillstånd. En dag dog en patient. Efter patientens död framkom det att flera i personalgruppen hade haft funderingar kring kirurgens hälsa under en längre tid. Däremot sa inte någon av dem någonting. Fanns det ingen modig nog att ifrågasätta läkaren? Denna fundering fanns hos mig när jag inledde mitt sökande efter vetenskapliga belägg för operationssjuksköterskans mod. Forskning om operationssjuksköterskans mod tyckts saknas nästan helt. Genom min intervjustudie kunde jag identifiera tre teman och elva subteman som beskriver operationssjuksköterskans mod i den intraoperativa vården.



Veronika Megeus

Bakgrund

Modig nog att "advocate"

Ett närliggande begrepp till mod som används och beskrivs inom omvårdnadslitteraturen är *patient advocacy* som på svenska kan beskrivas som att vara patientens advokat. Det innebär att sjuksköterskan drar uppmärksamhet till patientens rättigheter och behov (1).

Operationssjuksköterskan kan förväntas vara patientens *advocate*,

men många gånger är kulturen på operationsavdelningen inte tillräckligt tillåtande för det. Ofta har kirurgen sista ordet, vilket kan överskugga operationssjuksköterskans omtanke för patienten. Det kan även finnas en rädsla hos operationssjuksköterskan att förstöra relationen till kirurgen, denna rädsla kan medföra en barriär att *advocat*. I detta läge behöver operationssjuksköterskans mod för att övervinna sin konflikträdsla. Mod kan vidare beskrivas som att våga vara där och att våga se det man inte vill se (2-5).

Mod kommer med tiden

Att säga ifrån är detsamma som att begära förändring, provocera andra och att välkomna ärlighet. Det tar tid att utveckla modet att våga säga ifrån som operationssjuksköterska. Mod kan vidare i vårdåtgärder beskrivas som när operationssjuksköterskan deltar i situationer som hon/han inte vill medverka i, utan tycker verkar ovärdiga eller motsägelsefulla och det är i dessa situationer som modet sätts på prov. Modet i sig ger en grund för energi att behålla sitt engagemang

och sin professionalitet (3, 5, 6). Det kan vara svårt när man är nyexaminerad eller ny på en arbetsplats (1, 6). Sjuksköterskan visar bland annat mod när hen känner sig bekväm bland sina kollegor. Då kan man lättare våga vara sig själv, reagera och tolka kollegornas uppförande och handlande och veta vad det betyder. Operations-sjuksköterskan kan då också stå upp för sina åsikter och professionella kunskande inför erfarna kollegor och läkare och kräva förbättring av attityder samt god behandling av patienten (2, 6). Specialistkunskap och erfarenhet stärker operationssjuksköterskan i förmågan att agera som *advocate*. En erfaren operationssjuksköterska kan ifrågasätta en kirurgs expertisområde och ifrågasätta om hon/han ser att något kan göras på ett sätt som gynnar patienten. Operationssjuksköterskan kan till exempel vara modig nog att vägra acceptera ett nonchalant beteende (7).

Att visa mod är kontextspecifikt

Strategier som bland annat kan användas för att uppnå *advocacy* kan ibland vara att ha rak kommunikation och ibland vara en god förhandlare (7). Mod kan också vara att vara försiktig med att visa sina åsikter relaterat till sina reaktioner på andras beteende och attityder. Att använda sig av sitt mod effektivt innebär alltså att anpassa sig till den specifika kontexten lite beroende på vad man vill ha ut av situationen. För att åstadkomma förändring kan sjuksköterskan behöva identifiera några allierande som strävar efter samma sak. Då kan gruppen möta det som upplevs negativt eller som ett hinder tillsammans. Modet blir då starkare och mer motståndskraftigt tack vare kollektivet. Mod är alltså både ett individuellt och ett kollektivt fenomen. Det är viktigt att sjuksköterskor som är modiga blir stöttade av sina kollegor (6).

Moralisk styrka

Moralisk styrka visas genom att ha mod att agera samt att ha förmågan att argumenterar för att rättfärdiga sina handlingar gentemot patienten. Motsatsen är moralisk svaghet vilket innebär att sjuksköterskan har fokus på sig själv. Då blir handlingarna och argumenten självförsvar. Kanske för att dölja dåliga handlingar. Detta kan också beskrivas som etisk egoism då egenintresset är större än arbetsmoralen. Moralisk styrka syns när sjuksköterskan tar en tydlig moralisk

”Att våga är att förlora fotfästet en liten stund, att inte våga är att förlora sig själv”

Sören Kierkegaard

ståndpunkt i en konfliktfylld situation samtidigt som hen visar eftergivenhet och uthärdande (8).

Studien

Syftet med studien var att undersöka hur operationssjuksköterskan genom sitt mod kan skydda och ansvara över patienten i den intraoperativa vården.

En fenomenologisk hermeneutisk ansats valdes. Som datainsamlingsmetod valdes intervjuer med öppna frågor där operationssjuksköterskan fick berätta om sina upplevelser.

Intervjufrågor

- Hur upplever operationssjuksköterskan det att vara modig?
- Hur upplever operationssjuksköterskan det att inte vara modig?
- Upplevelsen av att ha bevitnat en kollega som visat mod?

En strukturanalys genomfördes av intervjuerna, vilket resulterade i tre teman och elva subteman.

Resultat

Tabell 1

Teman och subteman hur operationssjuksköterskan genom sitt mod kan skydda och ansvara för patienten i den intraoperativa vården

Teman	Subteman
Roll i grupp	• Övervinna osäkerhet som ny • Övervinna konflikträdsla • Lära känna kollegor
Roll som lagledare	• Erfarenhet • Ta sitt ansvar • Del av jobbet • Tillsammans med anestesijuksköterskan
Moraliska ansvaret	• Patienten är en sårbar människa • Känna empati • Bevara patientens och operationssjuksköterskans egen värdighet • Stoppa kränkning

ROLL I GRUPP

Det är svårt att komma till en ny arbetsplats med ny miljö, ny rutiner och att lära känna nya arbetskollegor och den nya tiden kan kantas av *osäkerhet* och *konflikträdsla*. Nedan beskriver en operationssjuksköterska hur hon lärt känna sina kollegor på sin arbetsplats bättre och hur hon kan utnyttja sin roll i gruppen till patientens fördel genom sitt mod om hon hamnar i en konfliktfylld situation.

”... man har lärt känna folket, de man jobbar ihop med, personalen... nu känns det mycket mer att man säger vad man tycker och tänker än vad man kunde med en gång man kom ut som ny... man ville att alla skulle tycka om en och man ville vara till lags nu vet man att om man säger något så är det för stunden...”

ROLL SOM LAGLEDARE

För att bli en skicklig och modig operationssjuksköterska krävs bland annat *erfarenhet* men också att man tar *sitt ansvar* vad yrket innebär och att utföra ett bra arbete. Det krävs också mod att leda och styra upp ibland

oetiska situationer för att inte kränka den utsatta patienten. Operationssjuksköterskan berättar om en situation när ett ingrepp görs i lokalanestesi och patienten är vaken. Hon får styra upp ordningen och sätta patienten i centrum.

"... läkaren och assistenten kanske sitter och pratar och då brukar jag alltid få in patienten i samtalet... eller börjar jag prata med patienten istället, för att avleda... då brukar kirurgerna faktiskt tystna..."

Tillsammans med anestesijusköterskan känner operationssjuksköterskan att hon kan skydda patienten från skador.

"... jag och narkossjuksköterskan har ett samarbete där, med att skydda patienten... hon kan stå på sig lite om hon tycker något är fel... att man inte är själv känner jag, då hade det blivit väldigt tungt tror jag..."

MORALISKA ANSVARET

Patienten är en sårbar människa när den är placerad på operationsbädden, därför är det viktigt att känna empati för att kunna sätta patienten i centrum.

"... om jag själv hade legat där som patient, det är väldigt viktigt att tänka hur man själv hade upplevt situationen..."

När operationssjuksköterskan ser att något går över gränsen som kränker patienten och hennes värdighet finner operationssjuksköterskan mod att säga ifrån.

"... det känns inte bra, det är därför jag försöker bryta det..."

Operationssjuksköterskan berättar om en situation när en kirurg säger något kränkande om en sövd patient.

"man kan säga det när patienten är sövd men man skulle aldrig säga det om patienten var vaken. ... det är ju lite förnedrande mot patienten fastän han inte vet om det men det är liksom ändå, vi runt omkring hör ju det."

Konsekvensen om hon inte säger ifrån, blir att hennes egen värdighet kränks och hon får dåligt samvete, genom detta finner hon modet att stoppa kränkning.

"Då kände jag mig jättehemska, att jag inte liksom säger någonting, men jag vågade inte"

Sammanfattningsvis kan det uttryckas att det som styr om operationssjuksköterskan visar mod är hur bekväm och hemma hon/han känner sig bland sina kollegor. Att vara säker i sin roll som operationssjuksköterska för att kunna visa mod kom med erfarenheten. Fokus i början tycks vara att klara av instrumenteringen under en operation. Erfarenheten ger operationssjuksköterskan mod att ta sitt professionella ansvar och reagera på det som kan vara ogynnsamt för patienten. Går något emot operationssjuksköterskans moral och det inte sägs ifrån, medför detta en känsla av dåligt samvete och hen kränker sig själv med sin passivitet.

Det är viktigt att vi operationssjuksköterskor vågar ta plats och att vi vågar säga ifrån för en säker vård med patienten i centrum. ●

"Men då sa Jonatan att det fanns saker som man måste göra, även om det var farligt. 'Varför då', undrade jag. 'Annars är man ingen människa utan bara en liten lort', sa Jonatan."

Jonatan till Skorpan
i Bröderna Lejonhjärta

Fakta: Veronika Megeus, operations-sjuksköterska, Doktorand, infektionsprevention, Operation 1 Östra/Sahlgrenska universitetssjukhuset, Göteborg

Uppsatsen i sin helhet finns:

https://gupea.ub.gu.se/bitstream/2077/28902/1/gupea_2077_28902_1.pdf

Mod översatts på engelska till *courage* som kommer från franskan och härstammar från latinets *cor* som betyder hjärta. Synonymer till mod kan vara tapperhet, oräddhet, oförskräckthet, djärvhet, kurage, stridsmoral, själsstyrka, bravur, heroism, civilkurage, förmåga hävda sin mening (16,17).

Referenser

1. Vaartio H, Leino-Kilpi H, Salanterä S, Suominen T. Nursing advocacy: how is it defined by patients and nurses, what does it involve and how is it experienced? *Scand J Caring Sci.* 2006;20:282-92.
2. Bull R, Fritz Gerald M. Nurses' advocacy in an Australian operating department. *AORN J.* 2004;79(6):1265-74.
3. Lindwall L, von Post I. Perioperativ vård- att förena teori med praxis. Lund: Studentlitteratur; 2008.
4. Lindwall L, von Post I. Perioperativ vård- den perioperativa vårdprocessen. Lund: Studentlitteratur; 2000.
5. von Post I. Professionell- att vara etisk i sin hållning. I: Eriksson K, Lindström UÅ (red). Gryning en vårdvetenskaplig antologi. Åbo Akademi; Vasa: 2000. sid. 161-175.
6. Spence D, Smythe L. Courage as integral to advancing nursing practice. *Nurs Pract N Z.* 2007;23(2):43-55.
7. Mallik, M. Advocacy in nursing – perceptions of practising nurses. *J Clin Nurs.* 1997;6:303-13.
8. Lützn K, Dahlqvist V, Eriksson S, Norberg A. Developing the concept of moral sensitivity in health care practice. *Nurs Ethics.* 2006;13(2):187-96.



Sjuksköterskans kärnkompetenser

Text: Monica Kelvered, redaktionen



Titel: Sjuksköterskans kärnkompetenser

Författare: Janeth Leksell & Margret Lepp (red)

Utgivet förlag: Liber, Stockholm 2013

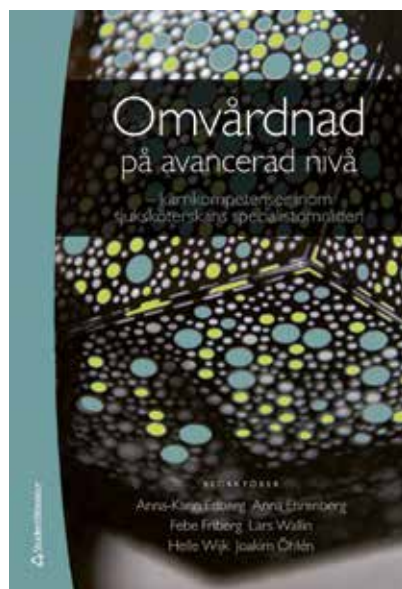
En ny bok har kommit ut som handlar om sjuksköterskans kärnkompetenser. Boken innehåller information om vad sjuksköterskans kompetens och profession innebär. Boken innehåller också aktuell internationell och nationell kunskap. Läsaren får inledningsvis en inblick i en beskrivning av kompetensbegreppet samt syn på olika kunskapsformer. Därefter ges en tillbakablick på sjuksköterskeprofessionens kompetens- och kunskapskrav, från läkarens assistent till omvårdnadsexpert. De sex kärnkompetenserna i sjuksköterskans profession beskrivs också d.v.s. *personcentrerad vård, samverkan i team, evidensbaserad vård, förbättringskunskap, säker vård och informatik*, vilka anses nödvändiga att ingå i all utbildning av vårdens professioner samt framtidens krav på kvalitativ god

vård. Bokens innehåll kan medverka och ge inspiration till att utveckla den perioperativa vården och ge kunskap om hur vårdarbete i enlighet med de sex kärnkompetenserna ska ges. På Liber förlags hemsida kan du läsa ett "smakprov" av bokens innehåll.

<https://www.liber.se/Facklitteratur/VardOmvardnad/Omvardnad/Sjukskoterskans-karnkompetenser/>

Omvårdnad på avancerad nivå – kärnkompetenser inom sjuksköterskans specialistområden

Text: Vetenskapliga rådet inom Riksföreningen för operationssjukvård



Titel: Omvårdnad på avancerad nivå – kärnkompetenser inom sjuksköterskans specialistområden

Förlag: Studentlitteratur AB, 2013

Redaktörer: Anna-Karin Edberg, Anna Ehrenberg, Febe Friberg, Lars Wallin, Helle Wijk och Joakim Öhlén

Boken *Omvårdnad på avancerad nivå – kärnkompetenser inom sjuksköterskans specialistområden*, Red. Edberg A, Ehrenberg A m fl. Studentlitteratur, 2013 är en ny bok som riktar sig till specialistsjuksköterskor. Boken består av en tryckt bokdel och en digital webbdel där det ingår en artikelsamling. Materialet är högst aktuellt och essentiellt både för sjuksköterskor under specialistutbildning och för dem som är yrkesverksamma och dagligen ansvarar för patienters avancerade omvårdnad på kliniken. Boken är uppbyggd från aktuell internationell och nationell kunskap om de sex kärnkompetenserna *Personcentrerad vård, Samverkan i team, Evidensbaserad vård, Förbättringskunskap och kvalitetsutveckling, Säker vård* samt *Informatik*. Varje kapitel avhandlar ingående en kärnkompetens och är författat av personer med omfattande kompetens inom området. Innehållet är relaterat till vårdande inom svensk hälso- och sjukvård.

Boken har ett undervisningsperspektiv för sjuksköterskor under specialistutbildning och ett vidareutvecklingsperspektiv som underlag för t.ex. seminarier på kliniken där gemensamma diskussioner kan leda till slutsatser för hur intentionerna i respektive kärnkompetens kan förverkligas inom det egna specialområdet operations-sjukvård.

Boken är informativ och erbjuder både ett kunskapsdjup och en kunskapsbredd för specialistsjuksköterskors omvårdnad på avancerad nivå.

Förlängd hållbarhetstid

Partikelmätning i instrumentcontainer en balans mellan patientsäkerhet och ekonomi



Sterilförråd på
operationsavdelning plan 3



Helen Rosengren och
Björn Johansson

Operationssjuksköterskans omvårdnadsansvar innefattar både ett patientsäkerhets- och kostnads-perspektiv. Kort hållbarhetstid på operationsinstrument i instrumentcontainers innebär merarbete och ökad kostnad för verksamheten. Ett beslut om förlängd hållbarhetstid ska grundas på evidens för instruments sterilitet så att riskerna för postoperativ sårinfektion begränsas. Denna studie syftade till att undersöka om det fanns växt av bakteriebärande partiklar (colony forming units) [cfu] i instrumentcontainrar vid förlängd förvaring från tre till sex månader. På grund av odlingsresultat från denna första undersökning utökades studien till att även innefatta undersökning

av cfu i container som förvarats tre månader. En indirekt observationsstudie med deskriptiv och jämförande design genomfördes. TSA (Tryptic Soy Agar) kontaktplattor användes som mätinstrument. Resultatet visade sju kontaminerade instrumentcontainrar i sexmånadersgruppen och två i tremånadersgruppen men ingen statistisk signifikans uppmättes. Fynden var slumpmässiga. Studien visade på att mätning av cfu i klinisk miljö är osäkert och ger ett svagt underlag för förlängd hållbarhetstid.

Syfte

Syftet med studien var att undersöka om förekomst av partiklar förändras i instrumentcontainers vid förlängd

hållbarhetstid från tre månader till sex månader.

Specifika frågeställningar

Finns det någon växt av cfu i instrumentcontainrar efter sex månaders förvaring? Om visad växt av cfu i instrumentcontainer efter sex månader, finns då även växt av cfu efter tre månaders förvaring?

Förpackningsmaterial och förvaringsplats av operationsinstrument varierar mellan olika operationsavdelningar. Vidare förekommer en skillnad i hållbarhetens varaktighet på sterilt gods, placerad i instrumentcontainrar. På den operationsavdelning i Region Skåne där denna undersökning

utförts, förvaras de sterila instrumenten i instrumentcontainrar placerade dels på sterilcentralen men även i steriltförråd på operationsavdelningen. Fördelar med instrumentcontainrar är att de ger ett bra skydd mot fukt och slitage, är flergångs, diskbara och håller låga driftskostnader. Ur miljösynpunkt är instrumentcontainers positivt då inget avfall blir kvar efter användning, förutom ett engångs pappersfilter. Nackdelar är att de kräver rengöring, upptar mer lagerplats samt är i stort antal, dyra i inköp. Viss service behövs som till exempel byte

att packa om och sterilisera instrumentgaller med gods där hållbarhetstiden gått ut. Detta är ett problem och önskemål om en möjlig förlängd hållbarhetstid från tre till sex månader har framförts av berörd personal och klinikledning. Ett beslut om förlängd hållbarhetstid ska grundas på evidens om instrumentens sterilitet för att begränsa spridning av postoperativ sårinfektion. Postoperativ sårinfektion är ett kvalitetsproblem och kostsamt för patient och samhälle. Av vårdrelaterade infektioner är sårinfektion efter operation en av de vanligast

der för postoperativa sårinfektioner är därför svårt att uppges, då det inte finns några exakta siffror.

Hållbarhetstid

Olika typer av instrument inom operationssjukvården måste kunna rengöras, desinfekteras eller steriliseras så att de håller den mikrobiologiska renhet som behövs för deras respektive användningsområde. När det gäller krav på mikrobiell renhet görs en indelning i tre huvudgrupper, rena produkter, högradigt rena produkter och sterila produkter. Produkten är



GenesisTM instrumentcontainer som användes i studien

av packningar runt lockets kanter. Instrumentcontainertillverkaren rekommenderar en hållbarhetstid på en månad för sterilt god, men påpekar att det är upp till användaren, beroende på dennes hantering och förvaring att efter egen analys förlänga hållbarhetstiden. I den ringa litteratur som finns i ämnet, råder delade uppfattningar om hur länge gods kan anses sterilt i instrumentcontainrar.

Kort hållbarhetstid på gods i instrumentcontainrar innebär ett merarbete för personalen och en ökad kostnad för verksamheten. Vid varje diskning och autoklavering av instrumenten sker ett slitage. Mycket tid går åt till

förekommande. För att öka patient-säkerheten ska dessa infektioner analyseras följas upp och registreras. Ett stort antal patienter drabbas varje år och detta medför oro och ett ökat lidande. År 2012 genomfördes den största nationella journalgranskning i Sverige. I projektet granskade Sveriges Kommuner och Lansting (SKL, 2012) förekomsten av vårdrelaterade infektioner. I projektet framgick att postoperativ sårinfektion uppgick till 20 % och var en av de vanligast förekommande vårdrelaterade infektionerna. Enligt Socialstyrelsen (2006) finns det idag inget gemensamt nationellt register som registrerar förekomst av postoperativa sårinfektioner. Kostna-

steril när den teoretiska sannolikheten för att en livskraftig mikroorganism ska finnas på/i produkten är lika med eller mindre än en på en miljon. Om sterila operationsinstrument ska finnas tillgängliga när behov finns, måste de steriliseras i förväg och lagras. Därför krävs ett förpackningsmaterial som tillåter sterilisering och lagring. Förpackningen ska utgöra en effektiv barriär mot mikroorganismer under transport och lagring. Ansvarig personal måste iaktta korrekta rutiner under lagring och övrig hantering av steriliserat gods så att innehållet inte återkontamineras. Förpackade och steriliserade operationsinstrument har en begränsad hållbarhetstid. Håll-

barhetstid är den tid som det steriliserade godset kan garanteras hålla sin sterilitet under förutsättning att godset hanterats, förvarats rätt och att sterilemballaget inte är trasigt eller öppnat. Hållbarhetstidens varaktighet varierar utifrån vilka förpackningsmaterial och steriliseringsmetoder som används. Som exempel har fabrikssteriliserade artiklar en hållbarhetstid som varar flera år, beroende på att de steriliseras med joniserad strålning. Metoden kräver högteknologiska anläggningar, omfattande skyddsutrustning och specialutbildad personal. Detta är en dyr och komplicerad metod som endast förekommer inom fabrikssterilisering.

Instrumentcontainrar

Så tidigt som på 1900-talet användes containers för sterilisering av operationstextilier.

Containrar med skjutbara ringar möjliggjorde en öppnings och stängningsmekanism för ånga att ta sig in. De första containrarna tillverkades i mässing, men ersattes senare av förkromat material. Godset i containrarna kunde bestå av operationstextilier, operationsinstrument eller suturmaterial. På 1930-talet började sjukvården använda sig av filter i textil som bestod av tunn bomullsväv och användes som flegångsbruk. Filtren placerades i en perforerad öppning på containrarna så att vattenånga kunde passera in och ut under steriliseringsprocessen. Övergången till containrar i aluminium kom även under denna period, de var lättare att hantera och torkade snabbare. I början av sextio-talet kom gummipackningarna mellan locket och containerlådan. Packningarna möjliggjorde att en dränering kunde placeras i botten och ett filter av icke vävt material, som papper kunde användas i locket. Under 1980-talet började instrumentcontainrar från Tyskland lanseras i Sverige.

Användningen av instrumentcontainrar har ökat och cirka 25 % av våra sjukhus i Sverige använder dessa i sin verksamhet idag. Containrar finns i olika utföranden, material och fabrikat. GenesisTM containern som undersökts i denna studie är tillverkad av metall med lock som kan stängas och förseglas. För att steriliseringsången ska kunna tränga in, respektive evakueras finns små öppningar i locket. På insidan av locket finns en avtagbar metallplatta som även den har små öppningar. Mellan lockets in-

sida och den avtagbara metallplattan läggs ett filterpapper som byts ut efter varje autoklavering. Öppningarna i locket och på den avtagbara metallplattan är sidställda mot varandra så det syns om filterpapper har glömts. Containern har en knäpplåsförslutning med engångs indikeringspilar som tydligt visar att förslutningen inte har brutits efter sterilisering. Sterilisering sker med torr, mättad ånga i en ångautoklav under övertryck. Det är den miljövänligaste och vanligaste steriliseringsprocessen inom vården. För att uppnå sterilitet rekommenderas 121 grader under 15 minuter eller 134 grader under tre minuter. Tillverkaren av GenesisTM instrumentcontainrar liksom andra containertillverkare anger ingen generell regel när det gäller hållbarhetstider. Det finns få studier utförda på instrumentcontainrar och hur länge sterilt gods håller sig sterilt i dessa. Beroende på resultatet från föreliggande studie kan detta användas som ett beslutsunderlag för att uppdatera rutiner för hållbarhetstider.

Genomförande

Mätningarna genomfördes på ett sjukhus i Region Skåne, där projektansvariga är anställda. Studien omfattade vid första urvalsgrupp (grupp A) 35 instrumentcontainrar med förlängd hållbarhetstid från tre till sex månader. Eftersom det fanns växt av cfu efter sex månaders hållbarhetstid beslöt att undersöka om det fanns växt av cfu även efter tre månaders hållbarhetstid. Denna grupp kom att utgöra en kontrollgrupp (grupp B) och omfattade samma antal instrumentcontainrar som den första sexmånadersgruppen. Instrumentcontainrarna som ingick i studien var de som fanns tillgängliga inom testperioderna, de var av samma fabrikat och storlek samt ingående i driften. Odling utfördes dag ett till tre efter utgången datum på hållbarhetstid. Containrarna hade under sin hållbarhetstid förvarats i Centraloperations sterilförråd eller i Sterilcentralens sterilförråd.

Diskussion av framtaget resultat

Resultatet i föreliggande studie visade att det i sexmånadersgruppen fanns fynd av cfu inne i sju av 35 instrumentcontainrar vars hållbarhetstid förlängts från tre till sex månader. Total mängd cfu från de sju instrumentcontainrarna var 35. Resultatet överensstämmer inte med studien som tillverkaren av instrumentcontainrar

presenterade (Cardinal Health, 2007). I denna visade testresultatet att GenesisTM containersystem håller godset i containern sterilt i sex månader och att godset testades 100 % sterilt det vill säga 0 cfu, vilket kan hänföras till olika odlingstekniker. I tremånadersgruppen fanns cfu inne i två av 35 instrumentcontainrar. Total mängd cfu från de två containrarna var sex.

Slutsats och kliniska implikationer

Cfu förekom sporadiskt och förekomsten är slumpmässig i instrumentcontainrarna. Odlingresultatet visar att fler fynd av cfu fanns inne i containergruppen tillhörande sexmånadersgruppen. Detta resultat hade kanske varit annorlunda om ett annat antal (t ex de tio första containrarna) ingått i studien. Resultatet av föreliggande studie väcker fler frågor än svar. Trots att den analytiska statistiken visar att det inte finns någon signifikant skillnad vad gäller antalet cfu inne i containrarna ($P=0,072$) kan betydelsen av cfu fynden diskuteras. Är det rimligt att ha en hållbarhetsgräns på tre månader när det vid odling på 35 containrar finns cfu i två och är det försvarbart att till förmån för ekonomin förlänga hållbarheten till sex månader när det finns cfu i 7 av 35 containrar? Hur många containrar ska ingå i en kontroll? Är priset en försämrad patientsäkerhet? Är svaret på detta definitionen av sterilitet (<1 cfu/1000000 steriliserade instrument) eller kan det antas att ett antal av cfu som understiger 10 medför så liten risk för sårinfektioner att detta kan bortses ifrån. Vem ska i så fall ta detta beslut? Vi vet inget om containrar som lagrats bara en månad. Kanske ska containrar generellt betraktas som "färskvare" och användas inom ännu kortare tid. En annan viktig faktor att ta hänsyn till är valet av lagringsplats. I Europeisk standard EN ISO 11737-1:2006 framgår åtgärder som bör beaktas under utredningsfasen vid visad förekomst av cfu på sterilt gods. Resultatet i studien visade en stor skillnad på förekomsten av cfu på containerlock, beroende på var containrarna förvarats. Partikelmätning, olika tillvägagångssätt och olika förvaringsplatser ute i klinisk verksamhet är ämne för en framtida forskning. ●

Fakta: Helen Rosengren och Björn Johansson, Centraloperation Kristianstad

Resestipendium 2012 till Universitetssjukhuset i Gent



Phillip Blondeel

Enligt Cancerfonden drabbas cirka 7000 kvinnor varje år av bröstcancer och vi möter en del av de kvinnorna i vår dagliga verksamhet. Tack vare Mölnlycke Health Care-stipendiet 2012, kunde vi en solig septemberdag 2013 ta flyget till Bryssel och sedan åka vidare med tåg till Gent. Syftet med studiebesöket på Universitetssjukhuset i Gent och deras plastikkirurgiska klinik, var att vi främst ville studera deras arbetsmetoder när det gäller en viss typ av bröstrekonstruktion.

Sjukhuset ligger i framkant då det gäller rekonstruktioner efter bröstcancer. Ett sätt att rekonstruera ett bröst är med en stjälkad lambå, en så kallad LD-lambå (Latissimus Dorsi). Den formen av rekonstruktion är ganska vanlig hos oss. Vid denna operation tunneleras den stjälkade lambån från ryggen via armhålan till bröstkorgen. Där sys den in och formar ett nytt bröst. Oftast används en expanderprotes för få en tillfredsställande storlek, då LD-lambån inte alltid är

tillräckligt stor. Under denna operation ligger patienten först i sidoläge och under operationens senare del på rygg. Vi ville bland annat se hur andra löser problematiken som kan uppstå när patientens positionering ska ändras under pågående operation, främst för att bibehålla steriliteten och att få till en bekväm och säker positionering då patienten inte kan medverka. Under vår mailkontakt med sjukhuset i Gent, framkom det att de utför allt färre LD-rekonstruktioner. Man har istället valt att vidareutveckla de fria lambåerna framför allt DIEP (Deep Inferior Epigastric Perforant) och SGAP (Superior Gluteal Artery Perforator) den sistnämnda med samma läge som en LD-lambå. En viktig anledning till detta är att inget implantat behövs. När man gör en LD-lambå med en expanderprotes behöver man ytterligare minst en operation för att byta expandern till en permanent protes. Man har oftast mer material att arbeta med och resultatet blir mer naturligt när man väljer en fri lambå.

I Gent arbetar professor Phillip Blondeel som är en pionjär inom plastikkirurgi och fria lambåer. Han var först i Europa med att göra en fri DIEP 1993. Han och hans team genomförde 2011 Belgiens första ansiktstransplantation. Han var en stor anledning till att vi valde att besöka just Gent.

Studiebesök Universitetssjukhuset i Gent, dag 1

Första dagen på sjukhuset letar vi oss fram till sekretariatet, där vi får berätta vad vi vill titta på och lotsas via omklädning in till operationsalen. Plastikkirurgiska kliniken har tre operationssalar av totalt sexton. Operationssjuksköterskorna varvar mellan plastikkirurgi och neurokirurgi. Det finns ingen formell utbildning i Belgien för att studera till operationssjuksköterska, utan man söker en plats på operation och lärs upp av van personal. Enligt operationssjuksköterskan på salen blev det en naturlig utsällning för dem som inte klarade





Limning av Diep-lambå



Doktor innan diep som ska sterildrapera

av det tuffa tempot slutade självmant. Vi kommer in till operationssalen kring 7.45 och det råder febril aktivitet runt patienten som ska genomgå en högersidig DIEP- lambå. Man tar då fett och hud från magen och konstruerar ett nytt bröst. Patienten är från Holland och har genomgått en mastectomi på ena sidan och har problem med lymfödem i armen. Med under operationen är patientens lymfaterapeut från onkologkliniken i patientens hemstad.

Det är många i operationssalen och salen är rymlig. Kliniken har många läkare under utbildning och många som vill göra studiebesök där. Vi får veta att man sedan ett par år tillbaka även gör en lymftransplantation i samband med DIEP. Man tar en lymfa från ljumske till axill för att förbättra lymfflödet i armen, som i detta fall var nedsatt. Detta ökar operationstiden med ca en timme.

Operationssjuksköterskan tvättar och sterildraperar tillsammans med två läkare. Detta går väldigt fort. Operationssjuksköterskan utför hela steriltvättningen med endast en och samma kompress, som hon återfuktar med sprit ur samma kärl. Patienten har hellånga stödstrumpor och något slags massagestövlar på

sig under hela operationen. Man använder ett luftvärmesäck med en klisterkant. Man är snabbt igång med rekonstruktionen. Vi upplever att det är lite hierarkiskt uppbyggt, eftersom läkarna gör en liten del av operationen var och byter moment då någon annan som kommit längre i sin utbildning ska fram och göra nästa moment i operationen. Vi upplever att detta är väl planerat och att alla vet vad de förväntas göra. Läkarna kommer självmant utan att den som passar på salen behöver eftersöka dem. Operationssjuksköterskan är den enda på salen som inte blir avlöst. Det är tradition att operationssjuksköterskan står kvar under hela operationen på plastikkirurg op./neurokirurg op. Just den här dagen drar operationen ut på tiden. När vi, som vill sympatisera med vår syster och verkligen se hela operationsförloppet, äntligen får lunch är klockan fyra!

Vi upplever att det finns bra plocklistor och att det är väl organiserat. Varje mikrokirurg har sina egna galler med önskade instrumentarier. Engångsmaterial räknas ner efter hand och vi uppfattar inte att man dokumenterar hur mycket man tar upp av kompresser, suturer och dylikt. Man använde inte samma sutur till så många stygn som vi är vana vid, utan



Kontroll av kompresser



Sterildrapering vid Diep operation Gent



man förbrukade långt fler. Systemet med kontroll av kompresser blev vi inte riktigt kloka över.

Studiebesök, dag 2

Denna dag får vi möjlighet att delta under en SGAP operation. Vid en SGAP påbörjas operationen med patienten i sidoläge för att sedan vändas till rygg. Då tvättar man om patienten och sterildraperar på nytt. Vid denna operation använder man vävnad från gluteus maximus. I just det här specifika patientfallet önskade man mer vävnad än man kunde få vid en DIEP. Enligt Philipp Blondeel är detta egentligen ett andrahandsval, men kan användas om man har ärr på magen. Fördelen kan vara att det är en längre kärlsträng samt att det lätt går att dölja det ärr som blir efter operationen. Nackdelen är att positioneringen sker i två seanser och därmed tar längre tid att genomföra. På vår klinik i Örebro använder vi oss främst av DIEP. Vi får också se ett könsbyte från kvinna till man. Vid könsbytet arbetar man mycket parallellt. Det går mycket smidigt och effektivt. För att skapa en penis använder man en lambå från underarmen. För att täcka den defekten tar man delhud från låret. Könsbytet är färdigt kring lunch.

Operationssjuksköterskan upptäcker under operationen att det fattas en kompress. Det går åt mycket tid att leta efter den då man inte har något kast utan de små kompresserna slängs direkt i sophinken. Där hämtar sedan passet kompresserna och får då leta bland allt annat skräp. När vi berättar hur vi gör med kompresspåsar alternativt kompressburkar blir de förvånade och tycker att det verkar vara en mycket god idé.

Studiebesök på Mölnlycke Health Care i Waremmé, dag 3

Efter frukost åker vi med tåget till den vallonska delen i Belgien. Där i en liten stad som heter Waremmé ligger Mölnlyckes fabrik, lager och även kundtjänst. Vi möts av Lotta Johansson som är kundansvarig i det skandinaviska teamet på Mölnlycke Health Care i Waremmé. Hon bjuder på lunchmacka och visar oss runt i fabriken. Vi slås av hur rent och fint det är på fabriken. Här tillverkas en hel del av det material som vi använder dagligen, främst slitslakan, universalset och kompresser. Vi får tyvärr inte fotografera i fabriken under rundturen. Man arbetar i skift och förser hela Europa med operationsmaterial. Man kan även sterilisera godset med betastrålning eller ånga. Lotta visar oss hur tjocka väggarna är vid strål-





Annika Lindqvist, Lotta Johansson, och Maria Heroy

steriliseringen. Lagret är gigantiskt och har tjugofem meter till tak. Lotta ingår i det nordiska teamet i kundtjänst. De besvarar cirka 2000 samtal per år. De ombesörjer orderlinjer, reklamationer, transporter, fakturering etc.

Vi känner att det är viktigt att kunna utveckla vårdprogram på vår egen klinik för att optimera operationerna vid bröstrekonstruktioner. Det är inte så mycket som de gör annorlunda än oss. Skillnaden är att de har mycket större volymer av operationerna per år och större upptagningsområde än vad vi har. Vi känner att vi har utvecklat bra rutiner kring DIEP-operationerna, men behöver kanske finslipa dem lite. Det är lärorikt att se hur de arbetar på andra klinker. Vi önskar att vi får möjlighet att besöka fler kliniker som genomför samma rekonstruktioner som vi gör för att kunna utveckla oss. Vi är glada och inspirerade att tillämpa det som vi tycker var bra på våra studiebesök. Vi har lärt oss mycket på denna studieresa och vi vill även skicka ett stort tack till Lotta som visade oss sin arbetsplats. De vi mötte under resan var odelat positiva till vårt besök och visade oss stort intresse, även om de hade fullt upp av arbete och flera besökare. Vi kan varmt rekommendera att man tar kontakt med sjukhuset, om man, som vi är intresserad av denna typ av operationer.

Belgien är ett trevligt land att vistas i. Gent är också en trevlig stad som är känd för sina många kyrkor. Vi tog en båtutture på kanalen med en guide



Doktor i mikroskop



Chokladfabrik i Bryssel

som studerat i Uppsala och fick se många fina byggnader och trevliga människor. Vi provade vid ett flertal tillfällen Belgiens nationalrätt som är moules och frites (musslor med pommes frites). Mycket godare än det låter! Belgien ligger väldigt centralt, snabbtåget till Paris tar bara 1½ timma från Bryssel. Detta kände vi att vi var tvungna att testa! Vi fick en heldag i Paris med solsken och ett glas rött vin i Montmartre. Vi längtar redan tillbaka!

Slutligen riktar vi vårt tack till Mölnlycke Health Care som genom stipendiet gett oss denna fantastiska möjlighet att göra resan till Belgien och Gent. ●

Fakta: Maria Heroy och Annika Lindqvist, operationssjuksköterskor på Plastikkirurgiska kliniken, Universitetssjukhuset i Örebro.



Maria äter Belgiens nationalrätt Moules Frites

Kan en storlek verkligen passa alla?



Idag är det inte tillräckligt med bara ett kundanpassat set. För att kunna maximera effektivitet är det viktigt att säkerställa att kundanpassade set innehåller rätt engångsmaterial för ett givet kirurgiskt ingrepp. Vi har studier^{1,2} som bevisar att ett kundanpassat set, optimerat för att inkludera alla komponenter, sparar ännu mer tid och förpackningsavfall.

På Mölnlycke Health Care webbplats kan du räkna ut vad en lösning med ProcedurePak® kan göra för dig och upptäcka varför en storlek inte passar alla.

www.molnlycke.com/customizedtrays

Referens:

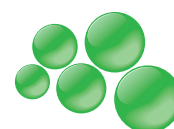
1. Greiling M. En multinationell studie för att utvärdera och kvantifiera tidsbesparande genom att använda kundanpassade set för ökad effektivitet i operationssalen. Poster presenterades vid 23:e kongressen för European Association of Hospital Managers, Zürich, Schweiz, september 2010.
2. Avfall Fallstudie: Royal Liverpool & Broadgreen Hospitals. NHS Sustainable Development Unit. 2011 (citerad 2012 september). Tillgänglig från: NHS Sustainable Development Unit.

Mölnlycke Health Care AB, Box 13080, 402 52 Göteborg
Tel: 031 722 30 00. Fax: 031 722 34 01. www.molnlycke.com

Namnen Mölnlycke Health Care och ProcedurePak® samt deras respektive logotyper är globalt registrerade och tillhör företagen inom Mölnlycke Health Care-koncernen. Copyright (2013)

 **ProcedurePak®**



 **MÖLNLYCKE
HEALTH CARE**



Porträttet

Ragnhild Alfvén
Ordförande 1967-1996

Utbildningsbakgrund – hur kom det sig att yrkesvalet blev just inom operationssjukvården?

”Vad ska man bli när man blir stor?” Jag hade ofta otit som barn och kom därmed i kontakt med vården, så sjuksköterska skulle jag då inte bli! Jag var duktig på att handarbete, min syster sa att jag borde bli textillärare – så 1953 började jag på tillskärarakademin. Sex veckor grundläggande tillskärning, samtidigt som jag vakade extra på helger på Sabbatsbergs sjukhus. Jag hamnade på operation, på en sal med två team med draperi emellan, vi var ju två som passade, en novis och en van, de var bussiga och trevliga. Jag blev helt fascinerad! Så jag bestämde att jag skulle bli operationssjuksköterska. Jag läste på Uppsala sjuksköterskeskola, gick som provelev januari 1954 på en medicinsk vårdavdelning medicin 2 månader, där betraktades man som ingenting! Sommaren 1954 gick jag en läskurs som varvades med praktik tillsammans med 30 flickor. När jag småningom skulle välja praktik valde jag förstås operation.

Arbetslivserfarenhet

De första åren som färdig tjänstgjorde jag på plastiken i Uppsala. Då jag gick över till centraloperation separerades anestesi och operation, som sorterades under kirurgen. På centraloperation hade ortopederna operationsdagar tisdag och torsdag. Svea Eklund, som ansvarade för ortopedoperation, skulle utbilda sig till vårdlärare, och slutade därför. Docent, sedermera professor, Kalle Hirsch frågade om jag ville efterträda Svea och det tackade jag ja till. Jag födde mina två barn och på den tiden hade vi barnflickor som bodde i familjen. Husmor frågade om jag ville sommarvikariera som klinikföreståndare, jag bestämde mig för det – men det var ett tråkigt jobb. Jag tillfrågades av styresmannen för sjukhuset, professor Grönvall, sedermera sjukhusdirektör, att börja arbeta som planeringsassistent för om- och utbyggnad av Kungliga Akademiska Sjukhuset. Man ansåg det väldigt viktigt att ha en operationssjuksköterska med. Jag tackade ja till detta och började uppdraget den 2 januari, 1966. Vi reste bl.a. till Karolinska sjukhuset, där Lisbeth Rydin visade oss runt på sjukhuset, som bl.a. har en intressant operationsläktare.

Akademiska sjukhuset var då statligt, så också byggnadskommittén. I etapp 1, klart 1971, ingick utbyggnad av centraloperation 1 och 2, röntgen

1 och 2, laboratoriet, kirurg, specialkirurg, en aula för 350 sittande, akutmottagning med intag, ortoped och urolog, uppvakning, polop och IVA. Etapp 2, klart 1973, innefattade utbyggd centraloperation 2, röntgen, mottagningar, ögon, neurolog, hud, sjukgymnastik, och rehab. Mitt uppdrag var att fungera som brygga mellan tekniker och sjukvårdspersonal. Jag lärde sig beslutsvägar och hur man tacklar frågor, jag blev kvar i åtta år. När huset var färdigt kunde jag gå tillbaka på en grundtjänst på sjukhuset. I samband med detta erbjöds jag arbete på RATT-avdelningen, rationaliserings- och utvecklingsavdelningen. Vi startade en bemanningsutredning för IVA i syfte att identifiera hur den dåvarande fortsättningsutbildningen, ST-tjänst, för läkare skulle utformas. Vi skulle sätta utbildningen för regionen Västmanland, Kopparberg, Jämtland och Gävleborg. Jag kom att bli sektionschef för läkarsektionen inom personalavdelningen. Vi hade 800 läkare i personalstaten och jag jobbade med detta i 13 år. De sista sju åren arbetade jag med byggnadsarbetsplanering igen. Idag byggs Akademiska om till bara enkelrum för att motverka smittspridning!

Viktiga händelser under din yrkesmässiga karriär

Under alla år har jag haft förmånen att vara med och påverka, både i byggnationen av Uppsala Akademiska sjukhus och under åren som chef i läkarsektionen. När jag slutade på operation, var thoraxkirurgen på frammarsch. Jag minns att Viking Olof Björk opererade på hundar på 7:e våningen, i syfte att träna. Ortopedin, allmänkirurgen och barnkirurgen - allt utvecklades!

Vad har Riksföreningen betytt för dig?

1964 bildades Riksföreningen för operationssjukvård inom SHSTF (idag Vårdförbundet) med Gerda Edner som ordförande. De första entusiasterna levde och verkade i Stockholm. Jag minns att när föreningen skulle konstituera sig första gången, fick man bekosta portot själva, från början fanns det ju inga ekonomiska förutsättningar. Bara att jag åkte tåg från Uppsala till Stockholm var kännbart. Jag blev tillfrågad av valberedningen 1967: *kunde jag ställa upp som ordförandekandidat?* Självt kände jag mig inte lämplig, men lät mig övertalas. Jag blev kvar som ordförande i 29 år, 1967-1996!

Vi operationssjuksköterskor var väldigt upprörda över Stig Lindgren - ordförande i dåvarande Medicinalstyrelsen, som beslutade om operationsassistentutbildningen, utan att rådfråga vår profession. Jag fick i uppdrag att framföra Uppsalas operationssjuksköterskors åsikt i frågan på Rikssektionens vårmöte med årsmöte i Göteborg. Småningom kom förslaget utifrån landet att utveckla Riksföreningen med landsdelsrepresentation – och se hur föreningen utvecklats fram till idag, med dagens distriktssamordnare och alla andra som aktivt bidrar i föreningen. Uppdukats historia förtjänar också att nämnas. Maud Lundbäck, som på den tiden arbetade på neurokir.op i Uppsala gjorde en prototyp. Jag såg till att få den i tryck och namnet kom till vid en tävling där just Mauds förslag vann. Tänk att tidningen från första början gjordes i svartvitt och idag är det en tidskrift i fyrfärgstryck på glättat papper! Jag tänker att den har ett större värde än att bara vara en tidning – ett kitt mellan kollegor i hela landet, man kan identifiera sig med andra och jämföra sina verksamheter.

Hur ser du på Riksföreningen i framtiden?

Som jag ser det fordrar uppdrag i föreningen kontinuitet, erfarenhet och tid. Det handlar mycket om att lyssna och lotsa! Riksföreningen har verkligen utvecklats under alla år, jag tänker särskilt på Kvalitetsrådet och Vetenskapliga rådet, som gör skillnad med fina insatser. Jag känner stor tillfredsställelse med att vi är representerade i Norden och i Europa genom NORNA och EORNA.

Hur ser dina tankar om operationssjukvården i framtiden ut?

Jag kan inte minnas en enda dag i mitt yrkesverksamma liv då jag inte gått till arbetet med glädje! Det gäller såväl i min anställning som i mitt uppdrag i Riksföreningen. Jag följer utvecklingen och kan se klara risker att utbildningen förenklas – utarmas. Ta till exempel robotkirurgen, som ju är på frammarsch. Står kirurgen inför en brytpunkt, är det särskilt viktigt att vi operationssjuksköterskor tar plats! Kanske måste någon specialisera sig på aseptik medan någon inriktar sig på teknik. Men framförallt behöver man jobba med teamet. Skaka loss från konventioner – hitta nya positioneringar där operationssjuksköterskan har sin givna roll! ●

Nyligen publicerad avhandling

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

Redaktionen vill uppmärksamma en nyligen publicerad avhandling av leg. operationssjuksköterskan Karin Falk-Brynhildsen. Karin försvarade fredagen 6 december, 2013, sin avhandling *The effect of preoperative skin preparation on bacterial growth during cardiac surgery* vid Örebro Universitet, Institutionen för hälsovetenskap och medicin.

Disputationen hölls i Wilandersalen, Universitetssjukhuset Örebro. Ett väldigt intressant och givande samtal fördes mellan opponent Docent Tor Monsen och Karin Falk-Brynhildsen. Opponenten ställde frågor om innehållet i avhandlingen och Karin förklarade och redovisade delar av de fyra olika studierna som ingår i avhandlingen

Avhandlingens övergripande syfte är att systematiskt utvärdera och analysera de preventiva hudförberedelserna som används för att optimera patienternas hud inför hjärtkirurgi.

Sammanfattningsvis visade avhandlingen att en incisionsfilm på patientens bröst under hjärtkirurgi inte minskar den bakteriella rekoloniseringen eller kontamineringen. Den desinfekterande effekten av 0,5 % klorhexidinsprit tycks vara sämre på männens hud jämfört med kvinnor och män koloniserar i högre grad av *P. acnes* än kvinnor.

Oavsett om patienten har bar hud eller en hudtätningsfilm över operationssåret på benet, finns ingen skillnad i den bakteriella rekoloniseringen

eller kontaminationen. För övrigt är bakterieväxten på benet ringa under operationen, men trots det drabbades 16,8 % av patienterna av en postoperativ sårinfektion.

I avhandlingen redovisas fyra studier vilka sammanfattas i den svenska sammanfattningen.

Sammanfattning av avhandlingen

Vårdrelaterade infektioner utgör en av de största utmaningarna i sjukvården. Idag drabbas ca 10 % av alla patienter av en infektion. Kostnaden beräknas till ca 3.7 miljarder SEK/år. Infektioner i sårområdet efter ett kirurgiskt ingrepp är en av de vanligaste typerna av vårdrelaterade infektioner. Sveriges Kommuner och Landsting har som mål att genom nationella patientsäkerhetsarbeten minska postoperativa sårinfektioner från dagslägets 10 % till 5 %. Postoperativa sårinfektioner är en allvarlig komplikation efter ett kirurgiskt ingrepp. Sårinfektionerna orsakar mänskligt lidande, förlängd sjukdomstid och kan leda till döden. De vanligast förekommande bakterierna som kan leda till allvarliga infektioner inom thoraxkirurgi är *koagulasnegativa stafylokocker* (KNS) och *Staphylococcus aureus*. Koagulasnegativa stafylokocker finns normalt på huden hos alla människor. Postoperativa sårinfektioner som orsakas av bakterier från patientens egen hudflora kallas för endogen smitta. På och i kroppen finns fler bakterier än våra egna celler och tre miljoner bakterier

lever permanent i genomsnitt på varje kvadratcentimeter på huden. Om operationssåret förorenas från patientens normala hudflora är risken för infektion förhöjd vid infektionskänslig kirurgi såsom ortopedi, hjärt-kärlkirurgi och implantationskirurgi.

Idag finns det olika produkter på marknaden som påstår sig minska risken för att operationssåret kontamineras. En sådan infektionsförebyggande produkt är en incisionsfilm av plast, vilken täcker operationsfältet och som sedan kirurgen skär igenom. Teoretiskt skulle plasten kunna åstadkomma en "växthusmiljö" på undersidan, vilken i så fall snarare skulle påskynda bakterietillväxt och rekolonisationen av huden. Vidare skulle incisionsfilmen snarast öka sårkontaminationen, åtminstone om man drar bort plasten från huden i slutet av operationen innan huden sys ihop, vilket mycket ofta förekommer av praktiska orsaker. Ytterligare en produkt för att minska föroreningarna i såret av hudbakterier är mikrobiell försegling, så kallad hudtätningsfilm. Teoretiskt finns fördelen jämfört med incisionsplast att filmen tränger ner i huden och immobiliserar även djupt belägna bakterier.

En operationssjuksköterska ansvarar för att systematiskt planera och organisera arbetet i samband med ett kirurgiskt ingrepp. Genom att följa hygieniska och aseptiska principer och förebygga smitta och smittspridning, bidrar hen till att patienterna får en god och säker perioperativ omvårdnad. Forskningsfrågan känns

idag än mer angelägen då den ökande förekomsten av antibiotikaresistenta bakterier gör det nödvändigt att arbeta utifrån evidensbaserade riktlinjer.

Avhandlingsarbetets övergripande syfte är att systematiskt utvärdera och analysera de preventiva hudförberedelserna som används för att optimera patienternas hud inför hjärtkirurgi, genom att studera när rekoloniseringen av hudbakterier sker efter preoperativ huddesinfektion, om det skiljer sig mellan hud som desinfekterats med klorhexidinsprit jämfört med klorhexidinsprit desinfektion i kombination med incisionsfilm eller hudtätningsfilm, samt att undersöka om nedsatt känslighet mot klorhexidin förekommer hos de bakterier som växt på huden efter genomförd preoperativ huddesinfektion. Avhandlingen består av fyra delarbeten där samtliga delarbeten har fokus på preoperativa hudförberedelser inför en hjärtoperation.

Delarbete I: En jämförande pilotstudie av 10 försökspersoner, 5 män och 5 kvinnor, som simulerade hjärtpatienters pre- och intraoperativa förberedelser. På försökspersonernas vänstra sida av bröstkorgen fästes 8 stycken plastfilmer och på den högra sidan av bröstkorgen var det endast bar hud. Jämförande bakterieodlingar gjordes under 6 timmar med tre olika odlingsmetoder i syfte att validera det känsligaste odlingsinstrumentet. Resultatet visade att efter 30 min fanns bakterieväxt på huden som varit täckt med plastfilm men inte på den av huden som var bar. På den bara huden återfanns bakterieväxt efter 60 min. I samtliga odlingar växte KNS. Det totala odlingsantalet under de 6 timmarna som studien pågick visade signifikant fler positiva bakterie odlingar på hud med plastfilm jämfört med bar hud, 31 % vs. 7.5 %, $p < 0,001$. Vidare framkom att den mest optimala odlingsmetoden var med Rayon swab i jämförelse med Rodac kontaktplatta och ESwab. Resultatet från delarbete I låg sedan till grund för hypotes och urvalstolek av delarbete II.

Delarbete II: En singel-blindad randomiserad kontrollerad studie med 140 patienter som genomgick elektiv hjärtkirurgi. Patienterna var randomiserade till incisionsfilm (bröstkorgen täckt med plastfilm) eller till bar hud. Bakteriella prover togs preoperativt och intraoperativt varje timme under operationen (på huden och i opera-

tionssåret) tills operationssåret var hopsydd. Resultat visade att efter desinfektion med 0,5 % klorhexidinlösning i 70 % alkohol minskade KNS medan det av *Propionibacterium acnes* (*P. acnes*) fanns växt i mer än 50 % av odlingarna. *P. acnes* förekom i signifikant högre grad hos män jämfört med kvinnor. Intraoperativt vid 120 minuter förekom ett större antal positiva odlingar av *P. acnes* på huden under incisionsfilmen, 63 %, jämfört med bar hud, 44 %, $p = 0,034$ och för KNS, 45 % under incisionsfilmen mot 24 % vid bar hud, $p = 0,013$. En signifikant skillnad i bakterieväxt i operationssåret återfanns vid sårslutning: incisionsfilm 14.7 % mot bar hud 4.4 %, $p = 0,044$.

Delarbete III: En singel-blindad randomiserad kontrollerad studie med 140 patienter som genomgick kranskärlsoperation. Patienterna var randomiserade till hudtätningsfilm (benen "rollat" med hudtätningsfilm) eller till bar hud. Bakterie odlingar togs preoperativt och intraoperativt vid fyra tillfällen på huden och i operationssåret. En infektionsuppföljning gjordes 2 månader postoperativt. Resultatet av bakterieodlingarna visade ringa växt av KNS och *P. acnes* både på bar hud och med hudtätningsfilm. Inga skillnader finns i bakterieväxt mellan bar hud och hudtätningsfilm. Av de 125 patienterna som följdes upp, drabbades 21 patienter av en postoperativ sårinfektion, 14 med bar hud och 7 med hudtätningsfilm, $p = 0,120$.

Delarbete IV: En deskriptiv studie, i syfte att undersöka fenotypiska och genotypiska metoders känslighet för klorhexidin hos KNS. 143 olika kliniska bakterieisolat av KNS insamlades från patienter som drabbats av infektion efter insättande av ledprotes eller efter hjärtoperation och från hud på patienter som desinficerats inför hjärtoperationen samt från friska försökspersoner. QacA/B-genen återfanns i 62/143 isolat (43 %); 52 % av isolaten från protesinfektioner och 61 % av infekterade hjärtkirurgiska patienter. Bland isolaten från de friska försökspersonerna återfanns QacA/B

genen i 25 % och i 19 % på hud inför hjärtkirurgi.

Sammanfattningsvis visade resultaten från de fyra delstudierna att incisionsfilm på patientens bröst inför hjärtkirurgi inte minskar den bakteriella rekoloniseringen eller kontamineringen. Manliga patienter koloniserar mer av *P. acnes* än kvinnliga och påverkas inte av desinfektion med 0.5 % klorhexidinsprit. Oavsett användandet av hudtätningsfilm på benet eller inte påverkas inte den ringa intraoperativa bakterieväxten. Däremot drabbades 16.8 % av patienterna av en postoperativ sårinfektion. Det förefaller som att en minskad känslighet för klorhexidin och närvaro av QAC-resistenta gener var vanligt förekommande bland *S. Epidermidis* vilka orsakade djupa sårinfektioner. Bakterieisolaten från huden efter desinfektion med 0.5 % klorhexidinsprit visade sig däremot vara känsliga för klorhexidin.



Riksföreningen för Operationssjukvård framför varma gratulationer till Karin Falk-Brynhildsen! ●

Publisher: Örebro University 2013
www.oru.se/publikationer-avhandlingar
Print: Örebro University, Repro 10/2013
För mer information kontakta Karin Falk-Brynhildsen via epost:
Karin.falk-brynhildsen@orebroll.se

Omvårdnadsseminarium utvecklar vården inom Kärl-Thorax

Inom Kärl-Thorax verksamhetsområde vid Sahlgrenska Universitetssjukhus pågår det sedan tre år tillbaka vårdvetenskapliga seminarier en gång per år. Syftet med seminariet är att sprida kunskap om vårdvetenskapliga arbeten inom hela verksamheten. Vid seminariet presenterar sjuksköterskor vid kliniken sina genomförda kandidat-, magister- och masterarbeten. Som sjuksköterska får man möjlighet att i ett mindre sammanhang träna sig i presentationsteknik, men även att vara moderator, kritiskt granska och föra en dialog kring presenterade arbeten. Seminariet lyfter fram aktuella omvårdnadsområden i patientens vård inom Kärl-Thorax. Vid tidigare tillfällen har fokus funnits kring personcentrerad vård. Frågor och reflektion runt området har diskuterats t.ex. Vad är personcentrerad vård? Vad kan personcentrerad vård innebära för utvecklande av omvårdnaden inom verksamheten?

Det är vår förhoppning att dessa tillfällen ska sprida kunskap i patientens vårdkedja för att skapa en bra följsamhet i vården samt stärka samarbetet, förståelsen och samverkan runt patienternas vård inom de olika avdelningarna. Målet på lång sikt är att arbeta tvärsektionellt och tvärprofessionellt. Detta är i linje med Läkarförbundets och Svensk sjuksköterskeförenings (SSF) vision.

Inom området Kärl-Thorax har ett grunddokument tagits fram för att tydligt definiera vad vi menar med vårdvetenskap samt hur den vårdvetenskapliga forskningen kan knytas till kvalitet och patientsäkerhet. Vår målsättning är att det ska leda till en bättre och säkrare vård och att omvårdnadsforskningen på ett tydligare sätt kan kopplas till den kliniska verksamheten.

En av förutsättningarna att seminarier serien varit genomförbara är

klินิกlednings stöd, intresset och engagemanget hos dem som genomfört omvårdnadsarbetet samt support från klinikkens FoU-enhet.

Här presenteras några av de arbeten som presenterades i april 2013

Patientinformationens betydelse för återhämtningen vid hjärtkirurgi

Text: *Eva-Theres Spjuth och Soudabeh Babaei*, sjuksköterskor vid thoraxkirurgiska kliniken

Tidig utskrivning från sjukhuset efter hjärtkirurgi förutsätter att patienterna ska kunna hantera mycket av den postoperativa återhämtningen på egen hand. Det är därför viktigt att sjukvårdspersonalen i helhetssynen på patienten har förståelse för den postoperativa återhämtningsprocessen. Sjuksköterskan har en viktig roll när det gäller patientinformationen och hon kan genom en tillräcklig information hjälpa och stödja patienten under återhämtningsprocessen.

Syftet: Syftet med denna litteraturgenomgång är att belysa vilken betydelse patientinformation har för återhämtningen efter hjärtkirurgi.

Metod: Studien är en litteraturgenomgång som bygger på 12 vetenskapliga artiklar. Litteratursökning genomfördes i de elektroniska databaserna Pubmed och Cinahl mellan 30 januari till 30 mars 2011.

Resultat: Det framkom tre teman i resultatdelen; behovet av information, innehållet i informationen samt att informationen ska vara individanpassad.

Konklusion: Patienterna hade behov av information under hela vårdtiden och även under återhämtningen i hemmet. De hade önskemål om att få information om den normala läk-

ningsprocessen under återhämtningen, inklusive den psykosociala funktionen och eventuella komplikationer. Enligt hälso- och sjukvårdslagen ska patienten ges individuellt anpassad information vilket även framkommit i resultatet.

Tillfredsställelse med vård och delaktighet i beslut- Närståendes upplevelser av TIVA

Text: *Gun Jergeus*, specialistsjuksköterska inom intensivvård

På thoraxintensivvårdsavdelningar (TIVA) vårdar intensivvårdssjuksköterskan svårt sjuka patienter och att ha kontakt med närstående ingår i sjuksköterskans dagliga arbete. De närstående är viktiga för patienten på TIVA och beroende på patientens kritiska tillstånd där denne inte alltid kan förmedla sig, så går informationen angående patientens tillstånd och behandling ofta genom den närstående. Närståendes tillfredsställelse med vård och delaktighet i beslut kring patienten är komplex och beror på flera faktorer. Delaktighet betonas i dagens vård och omvårdnadsmodeller såsom familjefokuserad omvårdnad (FFO) har utvecklats för att öka familjens delaktighet. Syftet med studien är att undersöka i vilken grad närstående är tillfredsställda med den vård som ges på TIVA och hur delaktiga de känner sig i de beslut som fattas kring patienten. Metoden är en explorativ studie med kvantitativ ansats där instrumentet Family Satisfaction in Intensive Care Unit 24 (FS-ICU 24) används. För att testa metoden gjordes en pilotstudie där elva närstående konsekutivt inkluderades under april till juli 2012. Resultatet i pilotstudien visar att majoriteten av de närstående var tillfredsställda med den vård som utfördes på avdelningen och att delaktigheten var något lägre. De frågor som gav lägst resultat var kommuni-

kation med läkare och deltagande i beslut angående patienterna. Konklusionen är att närstående upplever hög grad av tillfredsställelse med vården men deras upplevelse av deltagande i beslut är dock sämre. För att öka deltagandet kan FFO användas och där är sjuksköterskan en viktig nyckelperson för att samordna vården

Triclosan-impregnerad sutur minskar risken för postoperativ sårinfektion i tagben efter hjärtkirurgi.

Text: Linda Thimour-Bergström, specialistsjuksköterska inom operationssjukvård

Förekomst av postoperativa sårinfektioner i tagben efter koronarkirurgi varierar i olika studier mellan 2 och 20 %. Triclosan är en antibakteriell substans som reducerar bakterieväxten genom att inhibera syntesen av fettsyror. Vår hypotes var att hudförslutning med triclosan-impregnerade suturer skulle reducera förekomst av postoperativa sårinfektioner på tagben i samband med hjärtkirurgi. Med tagben menas det ben som kärl tas ur, ofta v. Saphena magna och används till bypass kirurgi på patientens hjärta.

Metoden var en prospektiv randomiserad dubbel-blind singel center studie genomfördes med 374 patienter vilka randomiserades till subkutan och intrakutan förslutning med en triclosan impregnerad sutur (Vicryl Plus® and Monocryl Plus®, Ethicon, Somerville, NJ, USA) (n = 184) eller en identisk sutur utan triclosan (n=190) från samma tillverkare. Alla patienter följdes upp vid 30 dagar (kliniskt besök) och 60 dagar (telefonintervju) efter kirurgi. Primär endpoint var postoperativ sårinfektion uppkomna inom 60 dagar efter kirurgi enligt definition från Center for Disease Control. Dessutom analyserades hur många odlingsverifierade samt antibiotikabehandlade sårinfektioner som uppkommit.

I resultatet framgick att totalt fick 61 patienter postoperativ sårinfektion i tagben (16.3 %) varav 23 patienter (12.5 %) i triclosangruppen och 38 patienter (20 %) i gruppen utan triclosan ($p=0.0497$, risk ratio 0.63, 95 % confidens intervall 0.39-1.00). Skillnaden mellan grupperna för odlingsverifierade sårinfektioner var 7.6 vs 12.1 % ($p=0.15$) och för antibiotikabehandlade infektioner 10.9 vs 18.4 % ($p=0.039$). Stafylokock areus och koagulasnegativa stafylokocker var de patogener som var mest före-

kommande i båda grupperna. Insulinbehandlad diabetes och operationstid på tagbenet identifierades att ge ökad risk för postoperativ sårinfektion på tagben.

Konklusion

Hudförslutning med en triclosan impregnerad sutur på tagben i samband med hjärtkirurgi minskar risken för postoperativ sårinfektion.

<http://ejcts.oxfordjournals.org/content/early/2013/02/21/ejcts.ezt063.full.pdf+html> ●

Initiativtagare och text: Monica Pettersson, sjuksköterska och lektor, Christine Roman-Emanuel, specialistsjuksköterska inom anestesi och operation, verksamhetsutvecklare, master.

Medförfattare:

Soudabeh Babaei, sjuksköterska, Fil.kand. Eva-Therese Spjuth, sjuksköterska, Fil.kand. Linda Thimour-Bergström, specialistsjuksköterska inom operationssjukvård, Fil.kand. Gun Jergeus, specialistsjuksköterska inom intensivvård, Fil. Mag.

Alla författare till artikeln är verksamma inom Kärl-thorax, Sahlgrenska Universitetssjukhus, Göteborg.



Första sjuksköterska i SERGS

Robotassisterad laparoskopisk kirurgi har under det senaste årtiondet utvecklats alltmer. Tekniken används inom flera specialiteter såsom gynekologi, urologi, kirurgi och barnkirurgi. Då robotassisterad kirurgi fortfarande är en relativt ny teknik är det viktigt att utveckling, utbildning och säkerhetsaspekter beaktas. I takt med den ökade användningen har ett antal förändringar som verkar för detta bildats. En av dessa är *Society of European Robotic Gynaecological Surgery*, SERGS, där jag som första sjuksköterska blivit invald som styrelseledamot.

Bakgrund

SERGS bildades 2008 och är en oberoende europeisk förening för gynekologer, sjuksköterskor och andra yrkeskategorier som arbetar med gynekologisk "robotkirurgi". Syftet med SERGS är att skapa en europeisk plattform för utveckling och forskning samt riktlinjer för utbildning och träning inom gynekologisk robotkirurgi. En av initiativtagarna var docent Jan Persson, Kvinnokliniken, Skånes Universitetssjukhus, Lund. Som första sjuksköterska blev jag i juni 2012 invald i SERGS Council (styrelse).

Council

SERGS Council består av 12 personer. Där finns en president, en vice president, en past president, en president elect samt kassaförvaltare/sekreterare. Dessutom finns sju ledamöter. Council har telefonmöte en gång per månad och ett "personmöte" per år. Där emellan utförs styrelsens arbetsuppgifter via mail.

Vid de årliga kongresser som föreningen anordnar ingår alla styrelsemedlemmar i Scientific Committee med uppgift att arbeta fram programmet, hålla föreläsningar och vara moderatorer. Min främsta uppgift i SERGS är att anordna och ansvara för sjuksköterskeprogrammet vid kongresserna. Jag arbetar även för att skapa ett nätverk för sjuksköterskor inom GYN robotkirurgi.

Kongresser

Kongressprogrammet, som riktar sig till både sjuksköterskor och läkare, är välfyllt med Live Surgery, videovisningar, föreläsningar, praktisk träning och posterutställning. Kongresserna är ett utmärkt tillfälle för utbyte av erfarenheter mellan sjuksköterskor, men även mellan läkare och sjuksköterskor. Vi arbetar i team och är beroende av varandra, därför är det viktigt att arrangera och delta i kongresser som vänder sig till både sjuksköterskor och läkare.

Den första kongressen hölls 2009 i Milano. Vi var endast några stycken sjuksköterskor som deltog bland alla läkare den gången. Då fanns inget direkt program för sjuksköterskor, men jag fick möjlighet att hålla tre presentationer: träning för nya medlemmar i robotteamet, hur man lyckas med robotkirurgi samt positionering av patienten. I Milano arbetade jag för att den påföljande kongressen skulle ha ett speciellt program för sjuksköterskor.

När så Lund året därpå stod som värd för kongressen, ingick jag i organisa-

tionskommittén och var ansvarig för sjuksköterskornas föreläsningar. Då arrangerades en hel dag med Nurse's session. Flera sjuksköterskor från Lund höll presentationer om bl.a. allmänkirurgi, barnkirurgi, gynekologi, anestesi, säkerhet, samt kommunikation inom robotkirurgi. Föreläsare från Italien och USA pratade om operationssjuksköterskans roll, vilka kompetenser som krävs och hur man förbättrar bytestider. Även det viktiga ämnet *Risk reduction* belystes.

2011 års kongress gick av stapeln i Leuven och efter de goda erfarenheterna från Lund 2010 var det nu etablerat att sjuksköterskorna skulle ha en egen dag. Återigen var jag ansvarig för Nurse's session. I Leuven föreläste bl.a. Anna Axelsson från Lund och Birgitta Rönnerberg från Stockholm samt Chiara Arnaboldi från Milano. Marseilles var mötesplatsen för 2012 års kongress. Tillsammans med ett par franska sjuksköterskor var jag ansvarig för Nurse's session. Där presenterades bland mycket annat ett elektroniskt utbildningsprogram. Vi fick även höra om patienters upplevelser av robotkirurgi



Praktisk träning m Julien Lacaux, Leuven 2011



Jane Petersson, Saoirse O'dea, Line Lillerud och Christina Etén Bergqvist, London 2013

Kongressen hölls i London 2013, vid anrika Royal Geographical Society, i samarbete med BIARCS (den brittiska och irländska GYN robotföreningen). Jag tillfrågades om att vara totalansvarig för sjuksköterskedelen. Vi hade återigen en hel dag med sjuksköterskeföredrag, där den nordiska gruppen var väl representerad av Line Lillerud och Jane Petersson, liksom av England och Irland. Precis som i Marseilles ingick även en Workshop med "Tips and tricks and practical training".

I år äger den sjätte SERGS kongressen rum i Essen. Sjuksköterskeföredragen är uppdelade på två dagar. Vi har svenska, danska, engelska och tyska föreläsare. Ämnen som tas upp är positionering, säkerhet, handlingsplan vid akuta situationer, utbildning till förste assistent, team spirit och riktlinjer för omvårdnad i robotkirurgi. Två danska sjuksköterskor kommer att berätta om sina erfarenheter från starten av robotverksamheten i Odense. Under Nurse's session finns alltid utrymme för öppna diskussioner och utbyte av erfarenheter. Vid kongresserna är naturligtvis sjuksköterskorna välkomna att delta i läkarprogrammet. Deltagarantalet vid kongresserna har varit runt 250 personer varav 30-50 sjuksköterskor. Min målsättning är att för varje kongress öka antalet deltagande sjuksköterskor, i London var vi ca 50 sjuksköterskor.

Sammanfattning

Det känns mycket hedrande att som första sjuksköterska ha blivit

tionssjukvård och EORNA har gett mig många goda erfarenheter som jag har nytta av i min roll som Council member och ansvarig för Nurse's session vid kongresserna. Genom kongresserna har jag fått många nya vänner. Jag har också återsett många av de sjuksköterskor och läkare som deltagit i de Master Class-kurser i GYN robotkirurgi som Jan Persson och jag är ansvariga för vid Practicum i Lund. Mitt deltagande i SERGS har gett ringar på vattnet - jag blev engagerad att föreläsa vid BIARCS kongress 2012 i Manchester och har nu blivit inbjuden till BIARCS 2014 i Wolverhampton. ●

Länkar

www.sergs.org

www.sergs2014.org

www.practicumroboticschool.org

Fakta: Christina Etén Bergqvist, operationssjuksköterska, Kvinnokliniken, Skånes Universitetssjukhus, Lund



Långväga delegater; operationssjuksköterskor från Qatar. London 2013



Rapport EORNA

Styrelsemöte i Kusadasi, Turkiet

Styrelsemötet i Kusadasi, Turkiet pågick 22 – 23 november, 2013. Samtliga medlemsländer hade representanter som deltog utom Ryssland och Tyskland. Samtidigt med styrelsemötet hade den turkiska operations-sjuksköterskeföreningen sin kongress.

På torsdagskvällen var alla styrelseledamöterna i EORNA speciellt inbjudna att delta i öppningsceremonin för den turkiska operationssjuksköterskekongressen som hölls samtidigt på hotellet. Där invigningstalade flera olika företrädare för operations-sjukvård och kirurgi från Turkiet. Dessutom höll EORNAs ordförande Caroline Higgins, Irland, ett anförande. Öppningsceremonin avslutades med en uppvisning av traditionell turkisk folkmusik.

På fredagen började styrelsemötet med att Meryam Yavuz, styrelseledamot i den turkiska operations-sjuksköterskeföreningen, hälsade oss välkomna till Turkiet och Kusadasi. Därefter öppnade EORNAs ordförande Caroline Higgins, mötet.

Vi godkände protokollet från styrelsemötet i Prag i maj. Ett nytt land som är intresserat av medlemskap är Polen och det har kommit en ansökan om medlemskap därifrån. Styrelsen beslutade, efter röstning, att bjuda in dem som observatörer till nästa möte. Rapporter från "executives", dvs. ordförande, vice ordförande, sekreterare och kassörer, gick igenom. Ordförande informerade i sin rapport om att vi behöver diskutera och förändra mandatperioderna för executives eftersom de europeiska kongresserna kommer att hållas vartannat år istället för vart tredje år, fr.o.m. 2015. Vi fick även information om samarbete med 3M. Det har också beslutats att några tidigare styrelseledamöter i EORNA, har tillfrågats om de kan hjälpa till med vissa arbetsuppgifter i det europeiska arbetet.

Vice ordförande, Merja Fordell, Finland, informerade bl.a. om ICCA, som är en internationell kongressbyrå, där hon deltagit i en workshop. Syftet med detta skulle kunna vara att använda samma kongressbyrå vid alla europeiska kongresser som anordnas av EORNA, vilket skulle kunna underlätta arbetet med kongresserna. Hon diskuterade också postern som ska användas för "Perioperativa sjuksköterskans dag" den 15 februari 2014. Många av oss har haft synpunkter på bildens innehåll relaterat till budskapet som är "Be Safe, Be Seen, Be Heard".

De båda sekreterarna från Israel rapporterade om hur de förändrat EORNAs hemsida för att ge lättare överskådlighet, www.eorna.eu.

Även de dokument som vi styrelsemedlemmar har tillgång till har förändrats för att underlätta arbetet.

Kassörerna redogjorde i sin rapport för ekonomin och vi diskuterade kring EORNA-kongressernas ekonomi.

Nästa EORNA-kongress kommer att hållas i Rom den 7 – 10 maj, 2015 och arbetet med den fortskrider. Ett 1st announcement finns på hemsidorna, både i Sverige och på EORNAs hemsida. Mirella Lepore, en av de italienska styrelsemedlemmarna som också ingår i organisationskommitteen, informerade om kostnaden för att delta i kongressen och vilka tider som gäller. Det finns en speciell sida kongressen på www.eorna.eu där man kan hitta mer information.



Turkiet var värdland för styrelsemötet, deras representanter är Aliye Okgün och Meryem Yavuz



Under mötet gavs information att executives och arbetsgruppernas ordförande bestämt att det ska finnas en Facebook-sida för EORNA och att den är redan aktiv. De olika arbetsgrupperna rapporterade vad de hade arbetat med under de senaste sex månaderna och Educational Committee publicerar inom en snar framtid ett nyhetsbrev/newsletter på hemsidan med information från ordförande och information om aktiviteter i de olika länderna. Ett arbete med att kartlägga forskare inom perioperativ omvårdnad inom Europa sker för närvarande, representanter från samtliga länder arbetar aktivt med att ta emot namn och kontaktuppgifter på forskare, en förutsättning är att man är villig att bli kontaktad

från EORNA. I Sverige tar Annika Sandelin emot namn och kontaktuppgifter från forskare bosatta i Sverige, annika@seorna.com. EDAC (External Development Affairs Committee) har samarbete med industrin och andra organisationer. De planerar att inrätta ett stipendium, som är öppet för medlemmar i EORNA genom respektive lands medlemskap (är man medlem i Riksföreningen för operationsvård, är man också medlem i EORNA). Scientific Committee, där Marie Afzelius ingår, planerar för det vetenskapliga programmet inför kongressen i Rom. Sammanfattning/Abstract till det vetenskapliga programmet inlämnas senast den 30/6 2014! PNC (Perioperative Nursing Care) Committee arbetar med att ta fram dokument

som "position statements"/ställningstagande för perioperativ omvårdnad. Organisation Committee ser just nu över regler om tidsperioder för executives ska förändras

Vi blev bjuda på galamiddag med turkisk musik och god inhemsk mat under lördagskvällen. Innan festligheterna började, hann vi med en kort promenad längs strandkanten medan solen gick ner i havet.

I år, då Riksföreningen för operationssjukvård fyller 50 år, kommer vår svenska förening att anordna EORNAs styrelsemöte i Stockholm den 8-11 maj. ●



Höstkongressen 2013

Stockholm Waterfront, 27 – 28 november

Återigen var det dags för den årliga nationella höstkongressen för operationssjuksköterskor. Ännu en gång hade kongressgruppen i Riksföreningen för operationssjukvård, som består av Malena Einestam, Kristina Lockner och Elisabeth Liljebäck, lyckats med att ordna bra program med viktigt innehåll. Kongressen var förlagd till Waterfront i Stockholm och ca 300 personer deltog i konferensen. Temat för kongressen var patientsäkerhet. I anslutning till kongressen anordnades också konferens för chefer och ledare vid Sveriges operationsavdelningar samt konferens för lärare/lektorer inom specialistutbildning till operationssjuksköterska.

En av de medlemmar som jag mötte vid registreringen på kongressen, uttryckte "känslan - att vara så många operationssjuksköterskor som möts, är så fantastisk". Det är precis som jag tror att många av oss upplever att det är, att det är en fantastisk känsla att de som kommer till kongressen har kunskaper inom samma kontext. Flera av deltagarna fick också återse gamla studiekamrater och arbetskamrater som de inte träffat på många år. Förhoppningsvis etablerades också nya kontakter. En annan av deltagarna uttryckte: "Jag har varit på Riksföreningens kongresser tidigare och tycker dessa har varit bra därför kommer jag tillbaka". Ja, det är ju så det ska vara att en kongress ska ge stora möjligheter till att utbyta erfarenheter med varandra eller få delge varandra nya forskningsrön, så att den periodiska vården kan utvecklas.

Under torsdagen lyssnade vi till flera intressanta föreläsningar relaterat till patientsäkerhet. Professor Hans Rutberg Linköpings Universitet och också ordförande i Svenska läkarsällskapets kommitté för säker vård, berörde i sin föreläsning begrepp och dess betydelse som finns i patientsäkerhets-



MEDIPLAST, ett av de 53 företag på vår utställning

lagen. Budskapet i föreläsningen var att tänka nytt, vad patientsäkerhet är, hur vanligt det är med skador i svensk hälso- och sjukvård, patientsäkerhetskultur och vad som behövs för att få en annan syn på problemet. Bl.a. är det de vårdrelaterade infektionerna som merparten av patienterna drabbas av. Svenska Kommuner och Landsting (SKL) har tagit fram åtgärdsprogram för att förhindra patientskador och dessa kan laddas ner från SKLs hemsida www.skl.se. Föreläsaren presenterade också resultat från en undersökning som var genomförd vilken du kan finna på angiven länk. http://www.skl.se/vi_arbetar_med/halsaochvard/patientsakerhet/publikationer/journalgranskning-2012

Urinretention är en vanlig komplikation i samband med en operation, vilket kan leda till övertänjning av urinblåsan. Med dr Eva Joelsson-Alm och intensivvårdssjuksköterska, Södersjukhuset Stockholm talade över temat "Jag är inte sjuk – bara skadad

för resten av livet" - konsekvenser av överfylld urin- blåsa. Detta blev en tänkvärd föreläsning och gav ny input hur operationspersonal bör förebygga sådan komplikation. Patienterna deltog i studien med en stark önskan att ingen annan ska drabbas av liknade komplikation. Du som är intresserad av resultatet från studien kan ladda ner den vetenskapliga artikeln från <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pub-med/18979281>

Under temat "Vetenskapens betydelse för professionen", presenterade forskare från Riksföreningens vetenskapliga råd sina resultat från de studier de genomfört. Moderator Med.dr. Birgitta Gustafsson inledde sessionen över temat "Vetenskapens betydelse för professionen". Därefter delgavs vi många tänkvärdheter av studiers resultat bl.a. berättade forskaren Annette Erichsen, att vårdgivare och vårdens professionella måste ha i åtanke att varje onödig dörröppning och åsidosättande av infektionspreven-



Charlotta Olivecrona, Annette Erichsen, Birgitta Å Gustafsson och Ann-Marie Fagerdahl

tiva åtgärder kan leda till allvarliga konsekvenser för patienterna. Annette avslutade sitt framförande med att personalen bör använda patientens berättelse som diagnostiskt verktyg för att förhindra fördröjd vård. Forskaren Ann-Marie Fagerdahl berättade om sina forskningsresultat och att patienter som genomgår undertrycksbehandling av sår, där ansåg patienterna att den viktigaste frågan för dem var att NPWT-maskinen (Negative Pressure Wound Therapy machine) hade optimal funktion. Forskaren Charlotta Olivecrona uppgav viktiga faktorer att beakta vid anläggandet av blodtomt fält vid knäplastikoperation och det som kan påverka resultatet är bl.a. typ av polster under manschett, manschettrycket och blodtomhetstiden.

Sista inslaget på kongressens dag ett, hade temat *"Tänk om. Tänk nytt, Tänk klart- innan operation"*. Professor Lars Lönn's budskap belyste värdet av att som vårdpersonal träna i praktiska färdigheter, kommunikation, ledarskap och i att ta beslut, på nya tekniker t.ex. titthålskirurgi eller ballongvidgning av blodkärl, i simuleringssystem baserade på virtuell realitet teknologi med en avancerad träningsdocka innan vårdpersonalen går till handling d.v.s. det kirurgiska ingreppet. I Sverige finns flera SIM-centra (simuleringscentra) som kan medverka till övningstillfälle och till att ge feed-back på vårdpersonalens arbete. Forskning visar ett det finns ett stort värde av träning i simulatorer innan operationsteamet genomför kirurgiska ingrepp och att en ökad patientsäkerhet kan erhållas.

Mölnlycke Health Cares stipendium delades i år ut till Åsa Appelgren Svärd, Karolinska Universitetssjukhuset Huddinge. Åsa ska göra ett studiebesök på cancercentrum i Tokyo, Japan, för att se hur de arbetar runt patienten vid endoskopisk submucosa-dissektion.

Dag två bjöd på ytterligare fina innehållsrika föreläsningar. Kongressledningen hade valt två parallella seminarier, kirurgi och nationella patientsäkerhetsprojekt. Några röster på kongressen om syftet med att besöka kongressen är att det är *"roligt att få lyssna på föreläsningar och lära sig nytt"* och *"få med sig erfarenheter"*.

och ny kunskap". I seminariet om kirurgi gavs kunskap om korrigering kirurgi i offentlig tjänst, frågan om man kan bota carcinos, stroke under hjärtoperation, hypotermi, att bli rökfri inför operation, bättre överlevnad i matstrupscancer om få kirurger gör fler operationer samt reumakirurgi förr och nu. I det andra seminariet om nationella patientsäkerhetsprojekt presenterades PRISSE-projektet (Protes Relaterade infektioner Ska Stoppas) vilket har som mål att minska den reala infektionsfrekvensen vid elektiva protesoperationer i knä och höft med minst 50 %. I PRISSE-projektet ingår 72 ortopedkliniker. Säker bukkirurgi, är ett annat projekt som ska medverka till att bukkirurgi genomförs som det är tänkt och att minska risken för att patienten ska skadas eller drabbas av komplikation. Vi fick också ta del av hur WHO's checklista har vidareutvecklats på Karolinska i Solna samt om SPOR (Svenskt Perioperativt Register). Du som vill veta mer flera av föreläsarnas föredrag finns utlagda på Riksföreningen för operationssjukvårds hemsida www.seorna.com.

Styrelsen vill också nämna att de är mycket glada över de utvärderingar som lämnades in efter kongressens genomförande. Styrelsen kommer att beakta de förslag om förändringar som framkommit vid planeringen av nästa konferens.

På återseende, gärna på Hygienforum, våren 2014. ●





Första gången på höstkongress

Jag tog min examen som operationssjuksköterska i maj 2013 och blev medlem i Riksföreningen för operationssjukvård för att det är en förening som tar upp professionella frågor och stödjer oss operationssjuksköterskor i vår kunskapsutveckling, vad gäller klinisk utveckling, utbildning och forskning.

Den främsta källan för omvärldsorientering är Uppdukat som kommer med fyra nr/år där man tar upp aktuella händelser och olika projekt som pågår inom vårt område, nationellt och internationellt. Som nyutbildad operationssjuksköterska är Uppdukat en bra informationskälla.

Höstkongressen på Waterfront i november var mycket intressanta och roliga dagar. Det var givande föreläsningar av föreläsare som är insatta eller är specialister inom sina områden,



vilket ger möjlighet och inspiration att ta med sig in i det dagliga arbetet på sitt "hemmasjukhus". Jag tyckte också att det var roligt att få delta på kongressen eftersom man träffar många andra operationssjuksköterskor från hela landet och man får tillfälle att höra hur de har det på sina arbetsplatser och höra hur deras tankebanor går. Likaså var utställningen bra, det var många företag som visade och informerade om sina produkter.

Det som var väldigt roligt med att bli ny medlem var förstås att vinna avgiften för höstkongressen! ●

Fakta: Johanna Qvick, Operationssjuksköterska och ny medlem i Riksföreningen för operationssjukvård

Abstrakt välkomnas till Hygienforum posterutställning

Vid Hygienforum i år hoppas vi att många operationssjuksköterskekollegor vill presentera pågående och genomförda projekt med en poster. Projekten kan handla om allt inom operationssjuksköterskans kompetensområde som utveckling av rutiner för säkrad vård och vårdmiljö, kvalitetsuppföljning, infektionsregistrering, dokumentation, handledning, ledarskap, personcentrerad vård och perioperativ omvårdnadsprocess m fl områden.

Ett abstrakt som beskriver projektet ni vill presentera i postern skickas till, birgitta@seorna.com före den 7 april.

Instruktion för abstrakt

Abstraktets text ska innehålla maximalt 250 ord med teckensnitt Times New Roman 12 och enkelt radavstånd.

Abstraktet ska vara utformat med; titel, författares namn, bakgrund med beskrivning av problemområdet, syfte, metodbeskrivning samt preliminära resultat. Om projektet är genomfört ges en sammanfattning av resultatet och rekommendationer för vård.

Instruktion inför posterutställningen meddelas till insändarens mailadress efter den 27 april.

Vänliga Hälsningar

För Riksföreningens Vetenskapliga råd
Birgitta Å Gustafsson



1:a Chefkonferensen, 29 november 2013

Totalt deltog 54 chefer och ledare i Riksföreningen för operationssjukvårds första Chefkonferens. Det var en konferens med fokus på ledarskap, patientsäkerhet och klinisk forskning. Nedan följer korta axplock från några av föreläsningarna.

Utvecklingssamtal i grupp - hur går det?

Pia Johansson och Karin Borgman-Remse, Helsingborg lasarett, har provat. De har kallat sitt arbete för "självbevarelse-drift till succé" – och det var precis så det var. När Pia Johansson var ny som chef över en centraloperation med 136 medarbetare och Karin Borgman-Remse, som är erfaren chef men ny inom verksamhetsområdet, skulle planera inför medarbetarsamtal, lönesamtal och verksamhetsmål på kort tid behövde de hitta en fungerande strategi. Glappet mellan arbetsledning och medarbetare var stort och möjligheten till dialog var svår på våra arbetsplatsträffar där 50-60 personer deltog under 45 minuter varannan vecka. När de gick igenom sjukhusets material för medarbetarsamtal fann de att flera delar lämpade sig för samtal i grupp.



Marion Lindh, Patientsäkerhetskultur föreläste om, Säker vård - en fråga om beteenden. Patientsäkerhetskli-

matet kan stödja eller stjälpa vårdens medarbetare i en komplex vardag. Det handlar om dåligt uppförande på arbetsplatsen, något som på amerikanska benämns som "disruptive behavior" och som på svenska tills vidare får gå under benämningen oprofessionellt beteende. Det kan vara något som sägs i en aggressiv eller nedsatt ton, svar som inte kommer trots upprepade påstötningar, menande suckar eller svordomar och grovt språk. – I stort sett alla känner till det och alla har en uppfattning om det. Hur påverkar olika beteenden säkerheten? Vad kan vi göra för att goda förutsättningarna ska råda? Det var frågor som ställdes under föreläsningen.



Soulaïma Gourani fokuserade sin föreläsning på hur förändringar kan sättas på dagordningen och odlas i praktiken. Organisationens förmåga att förändras och hur den enskilde medarbetarens förhållande till förändring och komfortzon påverkar. Hon talade även om varför och när trygghetsnarkomanin och bekvämligheten flyttar in så permanent att man slutar söka ny utveckling och nya karriärvägar. Sen gav hon oss praktiska och tillgängliga verktyg som finns då målet är att bli mer redo för förändringar.



Att vara chef i offentlig sektor, ledarskap och medarbetarskap

Carin Götblad har lång erfarenhet som chef i olika verksamheter och på olika nivåer. Hon är i grunden forskolläraren som sadlade om till jurist och utbildade sig sedan vidare till polischef, såväl här i Sverige som vid FBI. Carin berättade om sitt ledarskap och gav konkreta tips och idéer kring motgångar och framgångar. Hur hon involverar medarbetare och skapar engagemang underifrån och upp. Samt hur hon arbetar med viktiga värderingsfrågor som bemötande och attityder, mångfald och jämställdhet

Nästa chefsnätverk är den 13 mars, håll utkik efter inbjudan i posten alternativt titta på hemsidan. ●



Distriktsmöten

Göteborg 1 oktober 2013

Text: Ann-Sofie Karlsson, distriktsamordnare

En tidig höstdag, träffades ett flertal operationssjuksköterskor i Göteborg, i lokal på Västra Frölunda sjukhus för samvaro och diskussion.

Vi började med att distriktsamordnaren (undertecknad) informerade om Riksföreningen för operations-sjukvårds verksamhet och vad som är på gång såsom höstkongressen, Perioperative nursing day som infaller i februari 2014 och hur man kan söka stipendium.

För kvällen var Ing-Marie Bundesen från Kvalitetsrådet inbjuden och berättade om kvalitetsrådets arbete med "Riksföreningen rekommenderar och anser".

Efter detta föreläste Pernilla Bergqvist från 3M, om hur uppdukningsmaterial är uppbyggda, hur de olika materialen fungerar o.s.v.

Vi avslutade med en intressant och livlig diskussion om hur övertäckning och avtäckning av de sterila instrumenten sker innan operation. När ska vi övertäcka, varför ska vi övertäcka och vem ska avtäcka samt hur ska avtäckningen av den skyddande övertäckningen ske. Vi hade en väldigt intressant diskussion och fick höra hur andra operationssjuksköterskor från de olika operationsavdelningarna tycker och gör. Man fick verkligen en tankeställare om hur olika vi arbetar.

Deltagarna på distriktsmötet fick också bese och genomföra en rundvandring på Västra Frölundas operationsavdelning.

Nästa möte kommer att bli i februari i Göteborgs Universitets lokaler. Program och lokal meddelas senare. ●

Värmland 8 oktober 2013

Text: Lotta Olsson, distriktsamordnare

Det var 23 medlemmar som anmält sig till mötet, men pga. sjukdom och förhinder blev vi 14 operationssjuksköterskor som samlades i operation östs personalrum. Operationssjuksköterskorna kom från Torsby, operation väst och operation öst i Karlstad. Distriktsamordnaren Lotta Olsson hälsade alla välkomna och började med en presentation av Riksföreningen för operationssjukvård. Med hjälp av hemsidan presenterades hur föreningen är uppbyggd, hur kvalitetsrådet arbetar, riksföreningen anser och rekommenderar och att föreningen fyller 50 år nästa år. Även hur man kan ställa frågor till gästboken och se när hygienforum och höstmöten anordnas.

Stina Jansson från Mölnlycke föreläste om vikten av rätt handske och att använda dubbla handskar vid alla operationer. Stina visade hur handsken tillverkas och alla kontroller som följer under tillverkningen för att belysa vikten av hur vi skyddar våra händer.

Marie Rantala berättade för oss om robotkirurgin, som har vuxit fram under de sista två åren. Operation öst har en robotsal och ett särskilt team som arbetar med patienter som opereras med roboten. Från start var det patienter inom urologi som opererades med hjälp av roboten, men nu används roboten till patienter även inom gynekologi och kirurgi. Marie visade olika instrument som används vid robotkirurgin. Uppläggningsen av patienter är väldigt viktig och Marie visade med bilder hur patienten vinklas och skyddas för att roboten ska vara så nära som möjligt. Vi som inte hade sett robotverksamheten tyckte det var väldigt intressant. Vi fick en visning av robotsalen och testade simulatoren för att förstå hur de arbetar med roboten.

Under kvällen fanns tid för nya och gamla vänner att bekanta sig och få information hur vi arbetar på respektive avdelning.

Tack alla för en jättetrevlig kväll, särskilt tack till Marie Rantala som föreläste om robotkirurgi och Stina Jansson från Mölnlycke. ●



Marie Rantala



Blekinge-Kronoberg

Blekinge-Kronoberg 9 oktober 2013

Text: Anette Ernstson, distriktssamordnare

Vi var 18 operationssjuksköterskor från centraloperation Karlskrona och Karlshamn, öron-ögon- operation och thoraxoperation som träffades på Restaurang Castello i Karlskrona. Vi satt i den del som är ett museum, en gammal vattenborg från 1600-talet! Kvällen inleddes med föredrag om non-woven-teknik och kundanpassat set av Mia Wallenius från 3 M. Därefter information från Riksföreningen för operationssjukvård.

Kvällen fortsatte med en promenad till Karlskronavarvet, där HMS Karlskrona ligger i docka efter sin tjänstgöring i "piratvatten" utanför Afrikas kust. Vi fick en rundvandring av sekonden och narkossjuksköterskan som varit med på fartyget, från kommandobryggan och vidare ner i fartyget. Mest intressant var ju "sjukan". Här finns all utrustning för läkarbesök som på en vårdcentral och det finns röntgen, ultraljud mm. Operationssalen är fullt utrustad med operationsinstrument, autoklav, narkosapparat, ja, allt vad man behöver. Man kan se att man kan klara mycket på en mindre yta. Sekonden fick roligt vid det tillfället när instrumentgaller plockades fram och vi alla fick titta och plocka. Att någon kan bli så glad för lite "saxar och pincetter"! I anslutning till operationssalen finns IVA/post.opplats och sjukhytt. Skulle man behöva fler skadeplatser, kan man snabbt göra om utmed en sida i

en mäss. Det finns förberett som ett draperi som hängs upp på väggen med många fickor med sjukvårdsutrustning i. På varje våningsplan fanns det bårar uppsatta på väggarna, men att transportera någon skadad i dessa smala branta trappor, oj...

En inbjudan hade skickats till Ljungby och Växjö till detta möte. Tyvärr kunde ingen därifrån komma. ●

Skaraborg 22 oktober 2013

Text: Agneta Backlund distriktssamordnare

Då var det dags för distriktsmöte, denna gång passade ett höstmöte bäst och temat var våra händer. Det är alltid trevligt att träffa kollegor från våra grannsjukhus Lidköping och Falköping.



Jag hade efter mycket funderande inbjudit till en föreläsning om handallergier då vi har några operations-sjuksköterskor som fått "prickar" på händerna. Det temat lockade ett 30 tal kollegor, inbjudna hygiensjuksköterskor samt utställare.

Jag kontaktade hudkliniken om någon där kunde tänka sig att föreläsa för oss. Överläkare Katarzyna Prystupa Chalkidis, som är yrkesdermatolog, ställde gärna upp och höll en mycket givande föreläsning om olika typer av handallergier.

Sju firmor ordnade en utställning som blev mycket uppskattad och som på olika sätt bidrog till temat händer.

Mingel med förtäring stod också på programmet. En stor fördel med distriktsmöte är att få tillfälle att utbyta erfarenheter, tips m.m. med sina kollegor och denna gång även med våra hygiensjuksköterskor.

Jag Informerade också om vår riksförening, vår hemsida, och stipendieansökan. Hade även skrivitt ut exemplar av vad Riksföreningen anser och rekommenderar.

Ett stort tack till alla kollegor, vår föreläsare samt medverkande firmor, Pernilla på 3M, Gunilla på Berner, Christina på Meteko, Carola på Codan Triplus, Marie på Onemed, och Karin på Medline. ●

Representer i Skaraborg från CodanTriplus, Meteko, Onemed, Berner, 3M och Medline



Carina Wallin, Luisa Nisbeth, Britt-Inger Hedlund och Yvonne Törnqvist

Stockholm och Södertälje 24 oktober 2013

Text: Britt-Inger Hedlund, Luisa Nisbeth, Yvonne Törnqvist och Carina Wallin, distriktssamordnare Stockholm 1, 2, 3 och Södertälje

Operationssjuksköterskor från olika sjukhus i Stockholm träffades på Södersjukhuset i lokal Gentz för en trevlig kväll med ett spännande program. Inledningsvis gick vi igenom kommande viktiga händelser som Höstkongressen som hålls i Stockholm Waterfront den 28-29/11 och att NORNA-kongressen i Helsingfors i maj 2014 är inställd, vilket möttes med stor besvikelse från samtliga. Vi får satsa på EORNA-kongressen i Rom 2015 istället.

Kvällens första talare var Rose-Marie Gabrielson som presenterade sin masterstudie *Validation of the Clinical learning environment, supervision and nurse teacher scale (CLES + T scale) in a context of Swedish Specialist Nursing programs*. Studien gick i första hand ut på att validera ett verktyg för att undersöka specialistsjuksköterskestudenters uppfattning om sin verksamhetsförlagda utbildning, men gav också svar på hur de 253 studenterna som ingick i studien, uppfattade sin VFU. I särklass viktigast för studenterna är relationen till handledaren. Därefter kom läraren, chefen och den pedagogiska atmosfären på avdelningen. Vem som åsyftades som

lärare var dock inte helt klart, kan syfta både på läraren i kursen, AKA eller klinisk lärare.

Suzanne Korsner Borg och Frida Runnquist från Södersjukhuset presenterade sina fynd från en observationsstudie om hur vi som operations-sjuksköterskor hanterar stickande och skärande objekt. Uppsatsen kan sökas på Diva, *Operationssjuksköterskans hantering av vassa instrument i operationssalen*. Mycket aktuellt med anledning av EU-rådets direktiv 2010/32/EU. Lagverket som styr ålägger ju våra arbetsgivare att tillhandahålla skyddsutrustning men det åligger ju också på arbetstagarna att använda befintlig utrustning. De presenterade vilka olika metoder och hjälpmedel som finns för att minska risken för stick- och skärskador. Tyvärr såg de att det tyvärr saknas klara rutiner och riktlinjer för hur vi ska arbeta. Ofta finns heller inte hjälpmedel tillgängliga på avdelningarna och även när de finns så används de inte alltid. Efter presentationen följde en livlig diskussion om varför vi gör som vi gör.

Därefter var det mingel, fika och utställningsbesök. Gun Grusell från Sylak AB presenterade produkter som ökar säkerheten vid användning av stickande och skärande föremål, bland annat magnetplattor och knivbladsborttagare. Ethicon Biosurgery visade sina hemostasprodukter bl. a. Surgiflo som har en helt nålfri beredning, vilket ger en säkrare arbetsmiljö som väl passade kvällens tema.

Efter paus fick vi en matnyttig genomgång av koagulationsprocessen av Suzanna Helgö från Ethicon Biosurgery. Vad som händer vid en kärlskada och vad man bör tänka på vid val av hemostasprodukter. Det vill säga var de olika produkterna verkar i koagulationsfaserna.

En trevlig och lärorik kväll och som alltid roligt att träffa kollegor från de andra sjukhusen i Stockholmsområdet. ●

NU

5 november 2013

Text: Kerstin Thorsson, distriktssamordnare

Focus på årets distriktsmöte, som hölls på Uddevalla sjukhus, var instrumentvård. Till mötet kom 17 personer från båda operationsavdelningarna. Mötet förlades efter arbetstiden och som kompensation fick deltagarna tid mot tid.

Mötet öppnades med att jag presenterade Riksföreningen för operations-sjukvård, enligt den givna mallen. Därefter fortsatte mötet med att Getinge föreläste om proteinspårning i diskdesinfektionen och Stille föreläste om instrumentvård.

Efteråt gavs tid för medlemmarna att prata och mingla lite. På årets möte ställdes också frågan om vem som kan tänka sig att ta över som distriktssamordnare efter mig. ●



NU

Elin Nilsson



Södra Älvsborg 5 november 2013

Text: Elin Nilsson, distriktssamordnare
Södra Älvsborg

Höstens distriktsmöte i Södra Älvsborg hölls på Södra Älvsborgs sjukhus i Borås. Vi var ca 20 stycken operationssjuksköterskor från centraloperation som var närvarande. Eftermiddagen inleddes med lite förtäring, varefter jag berättade att jag är ny distriktssamordnare för Riksföreningen för operationssjukvård. Sedan började mötet och jag presenterade Riksföreningen som förening, vad föreningen gör, hur den är uppbyggd och varför det är bra att vara medlem. Jag förklarade Riksföreningens engagemang inom utbildning och forskning, samt att det anordnas årliga hygienforum och höstkongresser.

Därefter tog två företag vid för föreläsningar och produktpresentationer. Representanten från B. Braun började med att presentera företaget och vilka produkter företaget tillhandahåller. Extra fokus lades på suturer och deras användningsområde, vilka vi har på sjukhuset idag och vilka som skulle kunna vara användbara. Portar till laparoskopier visades samt nyheter från företaget. De hade även med sig en instrumentkatalog med alla företags instrument, samt en del fysiska instrument som mötets deltagare sedan kunde titta och känna på.

Representanterna från Johnson & Johnson presenterade olika stapler, olika produkter till laparoskopier

som Enseal och Harmonic. De visade även nyheter på gynsidan som t.ex. förfinade instrument till TVT-er.

Kvällen avslutades med en liten utställning av de produkter som representanterna hade presenterat samt lite bonusmaterial. Alla fick möjlighet att titta och känna på instrument och produkter och representanterna förklarade mera noggrant hur dessa fungerade. Det fanns mycket tid för frågor, vilket utnyttjades väl av både erfarna och nyare operationssjuksköterskor.

Vi vill tacka representanterna för de lärorika föreläsningarna och den givande utställningen. Jag vill även tacka alla deltagare/kollegor för den trevliga stämningen, det var en kväll med ett öppet klimat där det fanns plats för allas frågor. ●

Jämtland 6 november 2013

Text: Andreas Tullsson, Distriktssamordnare

Vi träffades på Restaurang Hov på Jamtli (Jämtlands motsvarighet till Skansen) en mörk onsdagskväll. Mötet öppnades av mig. Närvarande var 13 stycken operationsjuksköterskor, alla från Östersunds sjukhus.

Vi lyssnade först på Anna Leido från 3M. Hon föreläste om draperingsmaterial - tillverkning, egenskaper, komplikationer till klistret, fibersläpp kontra uppsugningsförmåga. Hur viktigt det är att avlägsna draperingen på rätt sätt dvs. att på vanliga operationsslakan dra av tejen "rygg mot rygg" och med plastfilmsmaterial "dra och lyfta". Vi fick även en liten föreläsning i förbandsteknik.

I pausen tittade vi på utställningen som innehöll monstrar från 3M, Ke-bomed och Berner Medical. Intressant att se nyheter på marknaden.

Efter pausen tog vi upp föreningsfrågor. Vi diskuterade bl. a. hur vi skall göra för att kunna rekrytera nya medlemmar. Att det finns stipendier att söka och att många projekt faktiskt går att finansiera den vägen.

Den här gången höll vi tiden till skillnad från förra årets möte och kvällen avslutades med en inte alltför sen middag. ●



Jämtland

HYGIENFORUM



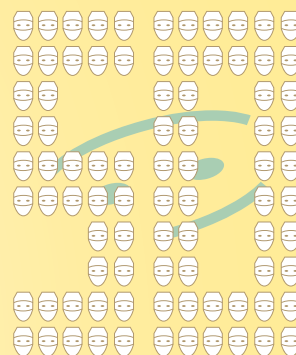
Torsdag och fredag den 22 - 23 maj, 2014
på Sheraton Hotel Stockholm är det dags
för Hygienforum igen.

Hygienforum är den optimala platsen att vara på om du är intresserad av vårdhygieniska frågor. Den interaktiva programpunkten Hygienforum har som vanligt en professionell panel som svarar på och diskuterar dina frågor och funderingar.

Det preliminära programmet innehåller idag följande föreläsningar:

- "Infektion efter proteskirurgi - en patients berättelse" *Erik Ivarsson*
- Patientsäkerhet på operationssalen, *Annette Erichsen Andersson*
- När smittas patienten? *Bengt Hellmark*
- Vilka krav ska vi ställa på medel för handdesinfektion? *Göran Hedin*
- 50 år i bakteriernas värld och hur ser det ut idag! *Olof Aspevall*
- Incisionsfilm en falsk säkerhet? *Karin Falk Brynhildsen*
- Fallgropar i den intraoperativa hygien, *Christine Leo Swenne*
- "En enkel resa till Eländet" *Gunnar Kahlmeter*
- Hygienforum, panel med bland annat, *Ingela Nilsson, P-O Svensson och Christer Häggström*

1964-2014



Riksföreningen för
operationssjukvård



Ny på jobbet – att växa in i den gröna uniformen!



Katarina Göransson

att jag nog börjat kisa lite med mina nack-ögon. Jag har insett att operera är att spela i lag.

Precis som Erik Hamrén tar ut sitt landslag i fotboll samlas vi varje morgon och ser vilken startelva som gäller idag. Anfallarna är givna: kirurgerna. Hur mycket alla andra än sliter, är det målen som räknas och syns – resultatet, att patienten blir friskare. Vem försvarar? Narkossjuksköterskorna givetvis. Så länge spelet flyter och de övriga i laget gör sitt jobb, kan de ligga lågt och övervaka positionerna, alltid redo – men defensiva. Händer någonting ställer de blixtnsabbt om och försvarar operationens viktigaste: patienten. Löparna på mittfältet är såklart undersköterskorna. Slitvargar, som bokstavligen springer många meter under en dag. De hämtar bollar som operationssjuksköterskan glömt att ta in, ändrar inställningar och apparater när anfallarna är missnöjda. Polstrar, pysslar, städar och stöttar både backlinjen och de hetsiga forwardsen.

Ingen fotbollsmatch utan en rättsskipande domare. I operationssalen misstänker jag att denna roll utgörs av operationssjuksköterskan. Blicken sveper över hela spelplanen (utom hos oss naiva, tunnelseende nybörjare). Det sterila ska förbli sterilt, reglerna ska följas och inte sällan står OP-syrran också för uppgiften att hålla alla på planen på gott humör: ”Nu ska vi jobba tillsammans och vara glada, tvinga mig inte att ta upp det röda kortet...” Om allting mot förmodan inte skulle gå jättebra finns en sista utpost: målvakten, narkosläkaren. När det verkligen hettar till är hen redo med mediciner och snabba reflexer för att försvara det viktigaste vi har: målet.

Alla behövs i laget. Jag skulle inte klara mig utan mina undersköterskor.

Som ny operationssjuksköterska är de mina bästa vänner och många gånger är de skillnaden mellan kaos och ordning, kontroll eller katastrof. De visar sakerna jag glömt eller helt sonika bara ger mig rätt saker i händerna, när jag har fel. Deras ofta osynliga arbete är helt ovärderligt.

Alla behövs i laget. Min bästa vän är narkossköterska. Under specialistutbildningarna skrev vi magisteruppsatsen tillsammans om kommunikation i operationsteamet. Vi förvånades över den tydliga skiljelinjen vid narkosbågen och av hur många gånger orden ”vi och dem” nämndes, när operationsteamet diskuterades. Vi i såret eller vi i narkosen. Ingen klarar sig utan den andra och ändå har vi skilda arbetsplatsträffar. Vi har gemensamma mål och ett gemensamt ansvar för operationens huvudperson, ändå sitter vi vid olika bord i fikaummet. Jag tror det handlar om stereotyper och att mycket av det som sker i våra yrken är osynligt för utomstående. Det kanske ser ut som att narkossystern sitter på sin stol, trycker på några knappor och blir fikaavläst på regelbundna tider. Naturligtvis är det inte så. Lika lite som att operationssköterskan bara spritar buken och sedan står och lämnar fram det instrument som kirurgen ropar ut.

Kanske borde mer krut läggas på att lära ut just detta: hur vi arbetar tillsammans. Bara så kommer vi få till det eftersträvarsvärda perfekta bytet mellan operationerna. Bara så får vi den absolut bästa arbetsmiljön. Alla behövs i laget, men jag har sparat en relation, den mellan operationssjuksköterskan och operatören. För hur man handskas med dessa grönklädda, som ibland ter sig mer som travhästar på startlinjen eller balettens prima ballerina än lugna McDreamy kräver en egen text... ●

Under specialistutbildningen sa vår lärare såhär till oss: ”För vana kollegor blir det tydligt när ni är redo; då lyfter ni blicken och tar in hela rummet. Ni har ett öra mot narkosen och hur patienten mår. Ni får ett sjätte sinne för hur kirurgen har det och hur operationen egentligen går. Ni vet exakt vem som går in och ut genom dörren. Ni har helt enkelt öppnat era ögon i nacken.” Jag hörde vad hon sa, men jag tog inte in det. Vadå hela rummet? Mitt jobb är ju det som händer i såret. Kniv och peang och hakar på rätt ställe. Räkna dukar – alltid räkna dukar. Efter ett halvår som operationssjuksköterska tror jag att jag börjar förstå vad hon menar och jag känner

JAFO Skotvätt MA01

Skotvätt för sjukhus och andra hygienkrävande miljöer

Art Nr: RF5003

Skor som används i t.ex. operationssalar, akutmottagningar, förlossningsavdelningar och laboratorier blir nersmutsade av t.ex. blodstänk, fostervatten, kroppsvätskor eller dylikt. JAFO Skotvätt MA01 underlättar en hygienisk renhållning av skor med hjälp av borstar och kallt vatten. Rostfritt stål SS2333 i hela konstruktionen. Borstplattan och handborsten kan enkelt tas av och rengöras i en diskmaskin.

Läs mer på vår hemsida www.jafo.eu eller beställ vår produktfolder på info@jafo.eu

I samarbete med

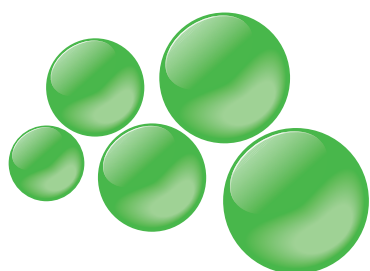


POSTTIDNING B

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



GULDSPONSORER



MÖLNLYCKE
HEALTH CARE



SILVERSPONSORER



AVIDICARE

Johnson & Johnson

B | BRAUN
SHARING EXPERTISE

 **COVIDIEN**
positive results for life™

BERNER
MEDICAL

ONEMED
Sverige AB

toul
meditech

KEBOMED 