

## Operation. Sjuksköterskan vill finnas för patienten

Enorma satsningar görs på supermoderna hybridsalar som gör allt fler komplicerade ingrepp möjliga. Att få patienten att känna sig trygg i dem blir en ännu större utmaning.

**SKAPA TRYGGHET** Patienterna är i allt högre grad vakna under operationen och sjuksköterskans ansvar för vårdandet blir större. Sjuksköterskan ska finnas till hands, ha koll på hur patienten har det, förklara vad som händer och se till att miljön är säker och inte skrämmer patienten. Att få den periopera-

tiva dialogen att fungera är nödvändigt för att skapa kontinuitet och trygghet för patienten.

Det är också sjuksköterskornas önskan att få följa patienten genom processen; samtala före operationen, ta emot på operationsavdelningen och göra ett besök hos patienten efteråt. Ett arbetssätt som är värdefullt både för patient och sjuksköterska; om inte sjuksköterskan för patientens talan gör ingen det. Ytterst handlar det om att vara nära och lugna. Ändå är det just bristen på omvårdnad i det konkreta yrkesarbetet, i alla fall på en del håll, som gör det svårt att få sjuksköterskor att söka specialutbildningen för operationssjuksköterskor.

**Allt fler** människor och professioner ska numera arbeta tillsammans i operationssalen. I stabila arbetsteam är rollerna klara och samarbetet fungerar smidigt. Men oförutsedda händelser gör att teamen spricker vilket skapar osäkerhet, kanske också fler vårdskador.

Hösten 2011 star-

tades Säker bukkirurgi av Vårdförbundet, Seorna, Riksföreningen för anestesi och intensivvård tillsammans med Svensk kirurgisk förening samt flera andra, med stöd av Patientförsäkringen Lof. Det är ett tvärvetenskapligt projekt som syftar till att minska patientskador och komplikationer, och genomförs av revisorsteam med läkare och sjuksköterskor.

**Det har varit svårt** att få operationssjuksköterskor till revisionsarbetet. Enligt Jon Ahlberg, chefsläkare på Lof, ville arbetsgivarna inte släppa dem ifrån sig eftersom bristen är stor. Sjuksköterskornas medverkan kostar inte pengar för arbetsgivarna, det står Lof för, men arbetsgivarna är oroliga för att inte gå i land med den planerade produktionen.

Men nu är de med. Självklart och nödvändigt tycker Irini Antoniadou, som representerar operationssjuksköterskorna i styrgruppen. Hon tror inte att arbetsgivarna riktigt förstår att den kunskap sjuksköterskorna skaffar sig som revisorer även gynnar den egna arbetsplatsen.

Projektet kommer att pågå i tre till tre och ett halvt år. Några egentliga resultat finns

ännu inte, men granskningen i sig resulterar i stora förändringar. Ofta finns riktlinjer, pm och rutiner, men vården är generellt dålig på att följa dem och att återföra resultaten till personalen. Bäst följs hygienregler och klädkoder. Eftersom arbetssättet i projektet är multiprofessionellt, har det efterhand blivit tydligt att man har rutiner för läkare och rutiner för sjuksköterskor, men att dessa inte hänger ihop. Nu leder revisionsarbetet till att gemensamma rutiner skapas.

**En del i utvecklingen** inom området operation är de nya hybrid- och operationssalar som nu byggs på många håll. Men hur det ska göras på ett optimalt sätt är fortfarande tämligen oklart. Hygienprinciper som är avsedda för "renrum" inom industrin förs över till sjukhus trots att skillnaderna är stora. Heltäckande och täta kläder som ska hindra att partiklar och mikroorganismer kommer ut i luften fungerar inom industrin,

där arbetspass och temperatur kan anpassas efter personalen, men inte på en operationssal. Eftersom ingreppen måste få ta den tid som behövs riskerar operatörer, sjuksköterskor och anestesiloger att bli väldigt varma.

Satsningarna på nya byggnationer är stora och mycket kostsamma. Något gemensamt

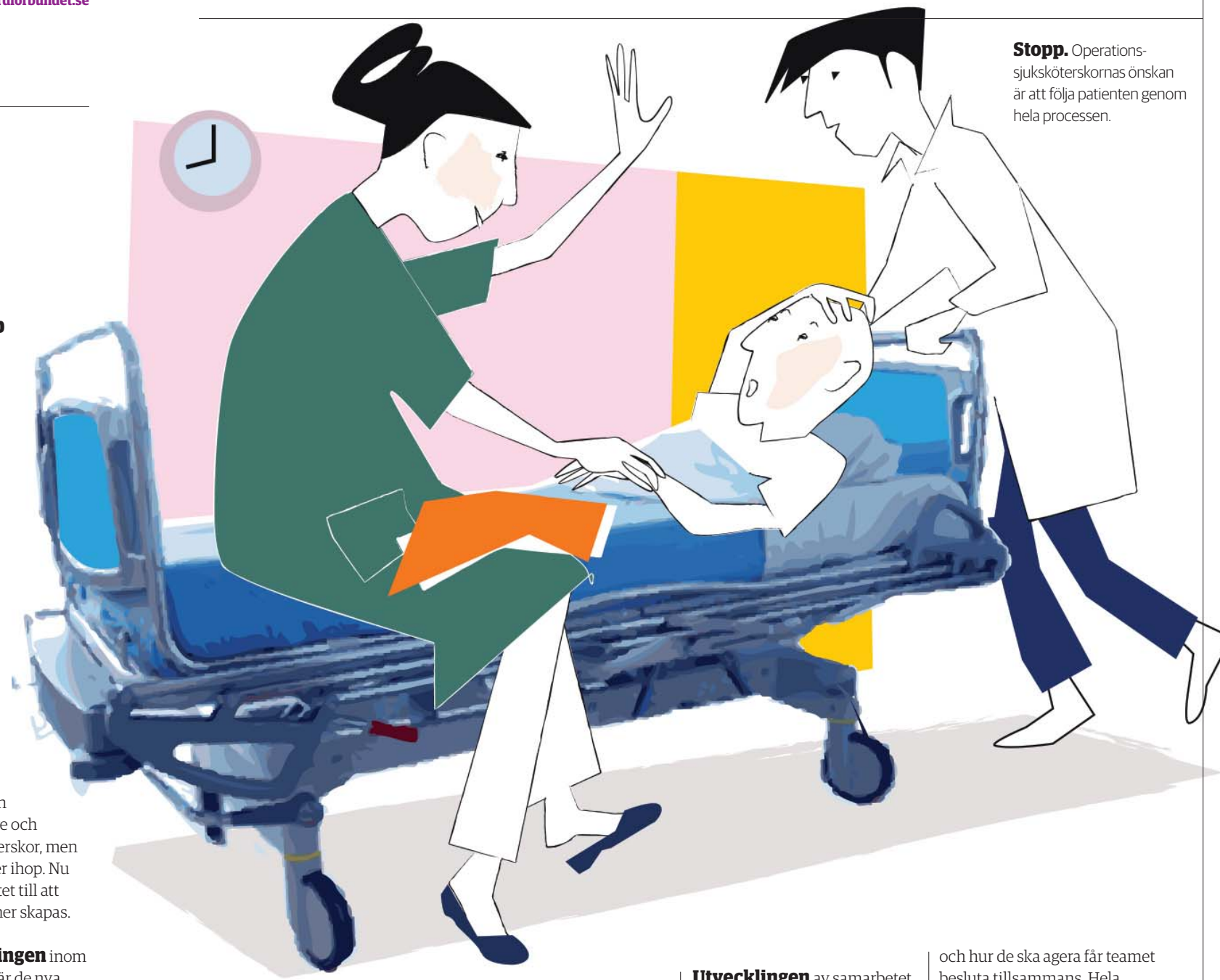
tänkande kring hur operationsalar ska byggas för att problemen med ventilationen ska lösas och arbetsmiljön därmed bli dräglig för personalen finns inte i dag, lösningarna ser olika ut. Det är väldigt lite beforskat och något regelverk finns heller inte från Socialstyrelsen. Frågan är om några bygger in sig i ett hörn.

**Utvecklingen** av samarbetet mellan professionerna emellan är i fokus i Umeå. Där tränar ST-läkare och sjuksköterskor på specialistutbildningen anestesivård säker bukkirurgi tillsammans. Teamet får ett patientfall och genomför den simulerade operationen gemensamt. Patientinformation, utrustning och instrument är så realistiska som möjligt, även om patienten är en simulator. Vad de ska tänka på

och hur de ska agera får teamet besluta tillsammans. Hela förloppet spelas in och följs upp med diskussion, reflexion och utvärdering.

Arbetssättet lägger en grund för bra samarbete redan under utbildningen och är mycket uppskattat av båda professionerna. \*

TEXT ANNICA JONSSON  
ILLUSTRATION HELENA HALVARSSON



**Stopp.** Operations-sjuksköterskornas önskan är att följa patienten genom hela processen.

**”Man har rutiner för läkare och rutiner för sjuksköterskor, men dessa hänger inte ihop”**

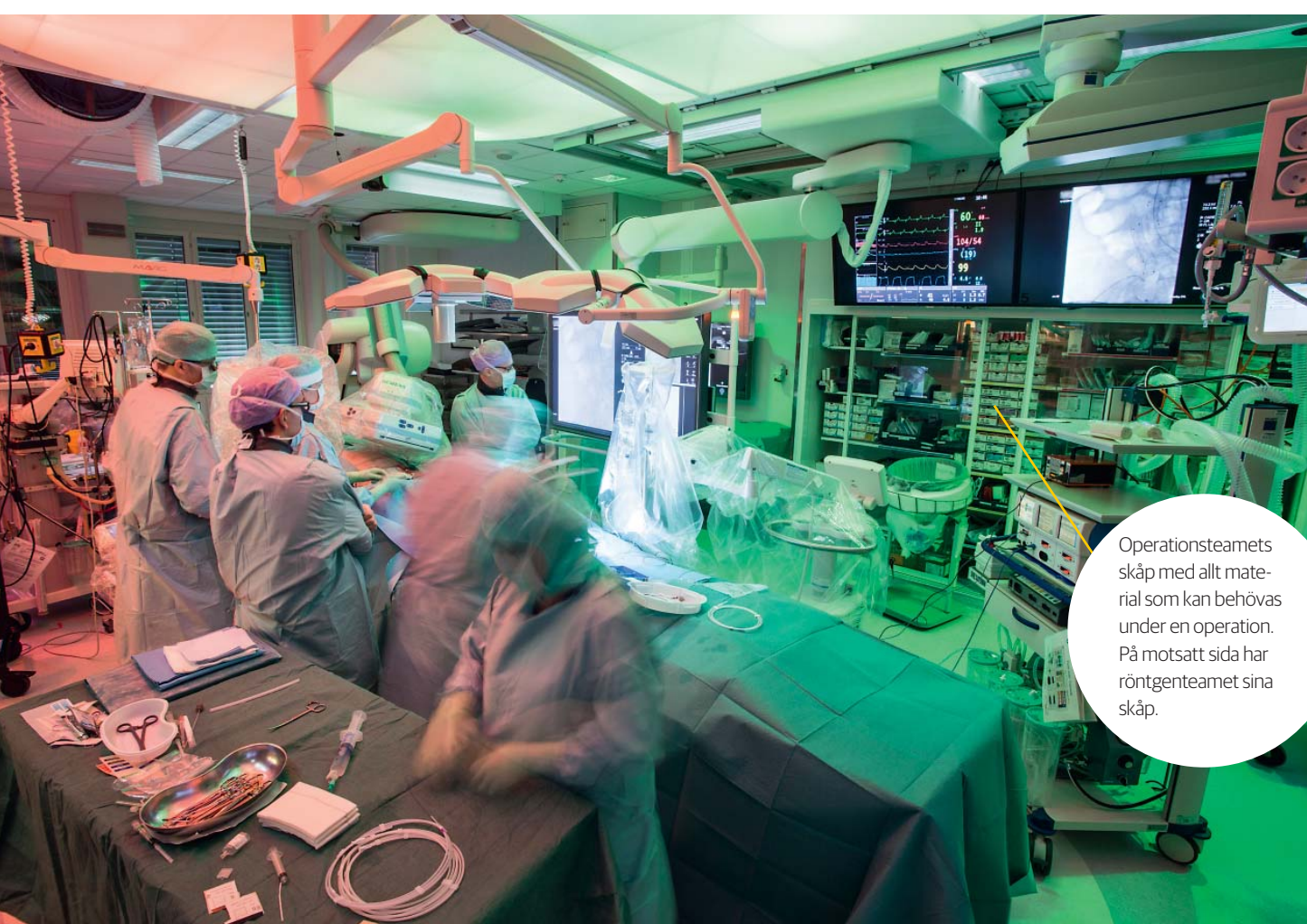
### Nya böcker

→ Hommel A (red). *Ortopedisk vård och rehabilitering*. Studentlitteratur 2013.

→ Lindwall L (red). *Omvårdnad vid kirurgiska sjukdomar*. Studentlitteratur 2012.

→ Myklestul Dävøy G m fl (red). *Operations-sjukvård. Operationssjuksköterskans perioperativa omvårdnad*. Studentlitteratur 2012.

**Webb. Mer om säker bukkirurgi på:**  
[www.patientforsakring.se/Saeker-Bukkirurgi.html](http://www.patientforsakring.se/Saeker-Bukkirurgi.html)



Operationsteamets skåp med allt material som kan behövas under en operation. På motsatt sida har röntgenteamet sina skåp.

En kateter har precis lagts in i lumsken på en patient. På monitorerna följer teamet, radiolog, kärlkirurg, röntgensjuksköterskor och operationssjuksköterskor, katetern på vägen, via aorta till hjärtat där en stor stent ska sättas in. Flera monitorer finns uppsatta på olika höjder i hybridsalen för att alla ska kunna se.

## Ett myller av människor och teknik



Röntgenapparaten går runt patienten.

Skärmen begränsar strålningen mot personer som finns bakom den.

Anestesisjuksköterskan har, liksom alla i salen, ett blyförkläde för att skyddas från strålningen.

→ Hybridsalarna som nu växer upp som svampar ur marken gör röntgen under pågående operation betydligt lättare och bättre. Allt finns i rummet. Med läkemedel, instrument och röntgenutrustning med tredimensionell teknik, och röntgenroboten sammankopplad med bordet, är möjligheterna stora att till exempel stoppa blödningar via ett kärl i lumsken. Men det innebär också utmaningar. Betydligt fler människor och professioner ska på en begränsad yta kunna arbeta ihop och vara ett fungerande team. \*

TEXT ANNICA JONSSON  
FOTO PETER MAGNUSSON

”Man måste själv veta vad som är viktigt och när”

## Hygien. Många skippar handspriten

**Sjuksköterskor och anestesiloger struntar i att sprita händerna innan de förbereder och lägger epidural, sätter pvk eller cvk på frakturpatienter.**

**RISKER** En granskning av om, och i så fall hur, man desinfekterade händerna inför att lägga epidural samt sätta pvk och cvk visar ett bedrägligt resultat. Endast 6,2 procent av anesthesilogerna och sjuksköterskorna spritade sina händer inför ingreppet. 17,7 procent spritade sig efteråt. De övriga gjorde varken eller. Det var ett av de mest nedslående resultaten i operationssjuksköterskan Annette Erichsen Anderssons studie.

– Även om det ska vara lätt att göra rätt måste man själv veta vad som är viktigt och när.

**Som ett** inventarium fanns hon varje vecka under ett helt år på en operationsavdelning. Där iakttog hon hur sjuksköterskor, opererande läkare och anestesiloger tillämpade olika metoder för att undvika postoperativa infektioner – eller inte. I vilken grad Världshälsoorganisationen, WHO:s, checklista användes och i så fall om det alltid gjordes eller bara ibland, studerade hon också. Den påminner inför operationen bland annat om att ge antibiotika, om det ska ges, men är ingen garanti för patientens säkerhet, säger Annette Erichsen Andersson.

– Det som avgör är hur personalen använder checklisten; om man ger antibiotikan i rätt tid och sedan väntar med ingreppet tills den har gått in.

Hon granskade hur ofta kad användes och fann att 57 procent av patienterna med

frakturer fick kad, en rimlig användning med tanke på graden av sjuklighet hos dessa patienter. Att däremot 43 procent av patienterna som skulle gå igenom en ledplastik fick kad tycker hon är överanvändning när patienten är frisk för övrigt, eftersom de operationerna går snabbt. En okomplicerad höftplastik tar en till en och en halv timme. – Det går att mäta med



Annette Erichsen Andersson

ultraljud hur mycket som står i blåsan. Skulle det behövas kan man tappa urin. Om patienten däremot är sjuklig är det rimligt att ha en kvarliggande kateter, säger hon.

I vilken grad antibiotika-profylax användes undersökte hon också. I vilka doser och om

det fanns kunskap om när den skulle ges – och när den faktiskt gavs. Bland frakturpatienterna fick 12 av 35 patienter antibiotika i korrekt tid. Bland dem som genomgick totala ledplastiker fick hälften, 17 av 34, antibiotika i rätt tid. Detta trots att patienter med frakturer ofta är skörare än de som ska få en utnött led utbytt. Tio frakturpatienter fick dessutom sin antibiotika efter att operationen hade påbörjats, vilket minskar nyttan av profylaxen.

**Annette** Erichsen Andersson konstaterar att patienter som genomgår frakturoperationer får sämre vård och omvårdnad än patienter som kommer in för en planerad operation, inget resultat som hon kan slå sig till ro med. Därför blir det med all säkerhet fler studier. \*

ANNICA JONSSON



**Rena händer.** Mycket kan göras för att minska riskerna för infektioner, som att sprita händerna.

SCNAPIX

## Kontroll. Säkrare med checklista

**Risken att förväxla två patienter inför operation är lika stor vare sig ingreppet tar fem minuter eller tio timmar. Checklistan är därför viktig oavsett operation.**

**SÄKERHET** De intervjuade i operationssjuksköterskan Maria Thorssons studie ser Världshälsoorganisationen, WHO:s, checklista som en säkerhetskontroll. Det finns motstånd

och för en del är den inte lika relevant vid mindre ingrepp, men det anser Maria Thorsson att den är.

– Det måste vara samma rutin, alla punkter ska gås igenom, oavsett operation och hur lång tid den tar. Det är lika viktigt för patientens säkerhet att ha kontroll och undvika misstag när ett födelsemärke ska tas bort i lokalbedövning, som när någon ska genomgå en bukkirurgi som tar flera timmar.

Sign in, är när anestesiper-

sonalen förbereder patienten, sidomarkerar operationsstället, kontrollerar identitet, anestesiparat och anestesimetod. I nästa steg, Time out, presenterar sig all personal och en sista kontroll görs av att rätt patient är rätt förberedd.

**Intervjupersonerna** såg fördelar med att Time out blir ett avstamp då alla ställer in sig på målet och kan förbereda sig. Kommunikation och planering blir bättre och checklistan



minskar risken för misstag. Minst tid tar den om teamet väntar in varandra, fokuserar och koncentrerar sig på check-listan.

**Däremot** saknade de den information om vars och ens erfarenhet som behövs för att veta var man har varandra, särskilt om något oförutsett händer. Sjuksköterskorna är bra på att ge det, men inte operatörer och anestesiologer. Maria Thorsson konstaterar att anestesiologen dessutom sällan är med under Time out, vilket är ett problem då alla måste vara

delaktiga och ta det på allvar. Ledningens syn på check-listans betydelse är avgörande. Tycker chefen att den är viktig gör personalen det. Vid Sign out, när operationen är avslutad, går man igenom operationen, problem med utrustning, kontrollräkning av instrument med mera.

**Maria Thorsson**

**Om och hur** check-listan används beror också på tiden. När det är bråttom händer det att Time out hålls samtidigt som annat görs eller hoppas över helt, trots att teamet troligen förlorar på det. Likadant är det med avslutningen som är bra att göra medan alla är kvar på salen. \*

ANNICA JONSSON  
annica.jonsson@vardforbundet.se

**Ladda ner:**  
patientforsakringen.se  
Sök: checklista

## Ansvar. Jobbar i det tysta

**Operationssjuksköterskor vill ha kontakt, visa sitt ansikte och samtala med patienten, men så blir det sällan. Oftast träffar de patienten först på operationssalen med munskyddet på.**

**TYST KUNSKAP** Trots att det är brist på operationssjuksköterskor är det svårt att få sökande till specialistutbildningen i operationssjukvård. När operationssjuksköterskan och doktoranden Ann-Catrin Blomberg intervjuade yrkesverksamma sjuksköterskor utan specialistutbildning om varför de inte söker till utbildningen, fick hon till svar att de ser operationssjuksköterskor som osjälvständiga assistenter till läkarna och inte utför omvårdnad. Hon har funderat mycket på om det beror på att de uppfattar yrkesfunktionen som tekniskt och medicinskt inriktad, och att operationssjuksköterskans omvårdande funktion är otydlig.

**I en ännu inte** färdigbearbetad studie har hon intervjuat 15 operationssjuksköterskor om hur de uppfattar omvårdnad och vad det är i relation till deras yrkesfunktion. Det visade sig att många har svårt att sätta ord på den "tysta" kunskap som är en del i omvårdnaden.

Flera av dem vill ha mer kontakt, möta patienten före operationen och prata om det som är viktigt. Men så blir det sällan, produktionskraven gör att de inte hinner. Om inte planen för vilka operationer som ska hinnas med på en dag hålls, får en patient sin planerade operation uppskjuten och så vill sjuksköterskorna inte att



**Samverkan.** Karlstads universitet ger specialistutbildning, inriktning operationssjukvård, i samarbete med flera universitet, högskolor och landsting. Antalet studenter har ökat betydligt då utbildningen ges på distans.

det ska bli. I stället jobbar de på i det tysta, samlar information om patienten från journalen och har en egen planering utifrån den.

– Ändå har operationssjuksköterskorna ett stort ansvar för patientens vård. De instrumenterar, bevakar hygien, ser till att utrustningen är kontrollerad och på plats, helt enkelt ser till att patienten inte utsätts för risker i en högteknologisk miljö, säger Ann-Catrin Blomberg.

**På en del** operationsavdelningar följer operationssjuksköterskan med patienten och rapporterar till sjuksköterskan på uppvakningen, men det vanligaste är att rapporten ges via anestesijuksköterskan. – Operationssjuksköter-

skan kan liknas vid "Hulken", som både växer och krymper. Yrkesfunktionen inom operationssjukvård är otydlig pre- och postoperativt, men intraoperativt tar operationssjuksköterskan ett stort ansvar för patientens vård. \*

TEXT ANNICA JONSSON  
ILLUSTRATION HELENA HALVARSSON

**"Operations-sjuksköterskan kan liknas vid Hulken"**

## 4 frågor. Hur ska vården klara den snabba utvecklingen?

**Med fler människor och avancerad teknik i operationssalen blir operationssjuksköterskans ansvar att upprätthålla säkerheten för patienten allt större.**

**Hur ser du Ingegerd Bergbom, professor i omvårdnad vid Sahlgrenska akademien i Göteborg, på utvecklingen?**

– Den innebär många utmaningar för vården och vårdandet, men också för samhället i stort. Till exempel har dagkirurgiska ingrepp och angiografier inneburit orealistiska förväntningar hos allmänheten, både på ingreppen som sådana och efterförloppet. De ser tekniken som avancerad och säker, och eftersom ingreppen ses som små förväntar sig både patienter och deras omgivning att de ska fungera som vanligt dagen efter. Men eftervården är absolut inte komplikationsfri och det måste vården upplysa om så att förväntningarna blir mer realistiska.

– En annan utmaning handlar om att patienter vid undersökningar och ingrepp kan få möjlighet att se in i sin egen kropp. Vad innebär det och vilka konsekvenser får det? Vi vet att myter skapas om hur undersökningar går till och vad som ses. Den tekniska utvecklingen innebär också att nya och mer avancerade krav ställs på teamsamverkan, vårdande kulturer och tillitsfulla och trygga vårdatmosfärer, där personalen sinsemellan stödjer och respekterar varandra både när det gäller tilltal och beteende.

**Vilka är riskerna?**

– En löpande band-effektivi-

tet där patienten ses som objekt, en sak på lagning. Tekniken kan hamna i fokus, medan patienten – människan – blir ett medel. Avancerad medicinsk utrustning kan också förleda människor att tro att allt går att åtgärda och att förhållandet framför allt till döden blir än mer komplicerat. Men ny teknik kan också öka riskerna och säker vård äventyras. Patienten kan känna sig alienerad i den teknikintensiva miljön och uppleva att kroppen är öppen för allmän förevisning. Vad detta kan innebära vet vi alldeles för lite om.

**Vilka kan konsekvenserna bli för personalen?**

– En risk är att arbetsgivaren vill att alla ska kunna allt och att utbildningar ger alltför bred och ytlig kompetens. Exempelvis att grundutbildade sjuksköterskor gör angiografiundersökningar utan den utbildning i aseptik och strålskydd som behövs. Fokus måste vara patientens bästa, inte att effektivisera så att patienten kommer i kläm. Andra och nya samarbetskrav kommer att ställas på professionerna där deras perspektiv, språk och intressen jämkas samman så att vården blir säker. För att patientens säkerhet inte ska



**Återkoppling** krävs för att personalen ska orka behålla sitt engagemang, anser Ingegerd Bergbom.

riskeras måste de som ska använda tekniken också vara med i beslutsfattandet, få adekvat utbildning och deras åsikter och erfarenheter måste tas till vara.

**Vad krävs för att sjuksköterskan ska kunna upprätthålla en säker miljö?**

– Var och en ska ägna sig åt de uppgifter den har utbildning för och ha respekt för andras unika kunskap. Samarbetet mellan röntgen-, operations- och anestesijuksköterskan är viktigt. När samma personer får arbeta tillsammans ofta lär de känna varandra och kan göra

sitt allra bästa för patienten. I en hybridsal där röntgenstrålning används bör det finnas röntgensjuksköterskor med utbildning i strålskydd för att skapa en säker miljö för patienten. Operations-sjuksköterskans unika kunskap om aseptik är oumbärlig för patientsäkerheten, liksom att hon eller han deltar i interventionen speciellt om ingreppet leder till öppen kirurgi och instrumentering. \*

ANNICA JONSSON  
annica.jonsson@vardforbundet.se