

Uppdukat

Nr 2 april 2020 årgång 32





PÅLITLIG PREOPERATIV HÅRAVKORTNING

Medline Clipper är designad för säkerhet, komfort och användarvänlighet.

Nyhet!
Nu med ett
blad för nära
rakning.

En hårvaskortare med tre olika blad för hårvaskortning- universell, neuro, intim och nu även ett fjärde blad lämpligt för t.ex. ansiktsrakning.

Medline Clipper har ett ergonomiskt grepp och optimal klippvinkel. Clippern fungerar både i vått och torrt. Klippern är vattentät vilket underlättar rengöring och desinficering.

Om Medioplast

Medioplast är en helhetsleverantör inom medicinteknik, med ett brett sortiment för sjukvårdens alla behov. Med kunskap och ledande lösningar arbetar vi ständigt för att förbättra vårdkvaliteten för både vårdgivare och patient.

Medioplast - By your side in healthcare

mediplast.com

Utgivare

Riksföreningen för operations-
sjukvård ISSN 1101-5624.

Upplaga

2000 exemplar. Tidningen
utkommer med fyra nummer
per år, till alla medlemmar
i riksföreningen och övriga
prenumeranter.

Prenumeration

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

Prenumeration via agentur
450 kr per kalenderår

Omslagsbild: Arkivbild

Foto: *byLindahl*

Annonser

annonsansvarig@rfop.se

Redaktion

Kristina Lockner
Yvonne Törnqvist
Jennifer Båskman
Marina Emanuelsson

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

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

Innehåll

Uppdukat nr 2 2020 årgång 32

Redaktionens ord...**sid 4**

Porträttet...**sid 6**

Redaktionen tipsar...**sid 8**

Höstmanöver för 40 år sedan...**sid 10**

Hur många sopsäckar får du ihop
på en operation?...**sid 14**

Senaste nytt om MDR ...**sid 16**

Min operationsavdelning...**sid 18**

William Halsted...**sid 20**

Ett omväxlande jobb -
kombinationsuppdrag...**sid 24**

Berätta för omvärlden –
gör en poster!...**sid 26**

I huvudet på en chef...**sid 28**

Varför väljer specialistsjuksköterskor
inom anestesi- och operation att
lämna sin arbetsplats?...**sid 30**

Hygienfrågan...**sid 33**

Hybridsalar...**sid 34**

Föreningsnytt...**sid 38**

sid 20



sid 34



Välkommen att skicka in din artikel eller insändare till Uppdukat!

Några tips när du skriver:

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

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

Layout: MittKompetens AB, Nattvågsgatan 6, 871 45 Härnösand **Tel:** 0611-243 46 **Tryckeri:** Gävle Offset AB

Foto: Peo Sjöberg



Väldigt mycket har hänt sedan Uppdukat nr 1 2020 kom ut, vem kunde då ens ana vilken situation vi skulle befinna oss i idag! Covid19 har kommit och med det stora, svåra utmaningar för oss alla, och denna gång kan vi verkligen säga ALLA, ingen i någon del av världen är fri från att bli påverkad och konsekvenserna är stora. Förutom alla sjuka, all arbetslöshet, konkurser, föreningar som tappar så mycket inkomst att de kommer att få lägga ned sin verksamhet och så mycket mer!

Just idag när jag skriver detta, har vi precis tagit beslut om att ej genomföra något Hygienforum 2020, fast det känns som våra Hygienforum är mycket viktiga för alla inom sjukvården då vi idag ser osäkerhet och ibland okunskap om smittspridning och hur man ska skydda sig själv. Det kommer bli ett stort ekonomiskt avbräck och ur föreningsperspektiv hoppas vi på ett högt medlemsantal och många deltagare på Höstkongressen.

På alla våra svenska sjukhus pågår mobilisering för att kunna ta emot sjuka och för några har det redan börjat. Operationssjuksköterskor och andra "snabb" utbildas för att kunna arbeta på pandemiavdelningar och inom intensivvården och inte att förglömma alla som nu sitter och tillverkar egna visir av OH blad eller laminerad plast. Vi

frågade, vad händer hos er just nu och längre ner kan ni läsa några axplock.

Ta dag för dag, jag hoppas att så många av er som möjligt får vara friska och att när vi ser en ljusning också kan dra lärdomar inför framtida pandemier, för det lär komma fler. Jag hoppas Uppdukat kan upplevas som en välbehövlig paus och ge känslan av att det finns en tid efter detta.

Vad händer hos er? Här nedan kan ni läsa några av de svar vi fått in.

Sjukhuset gjorde ett upprop på facebook och sökte OH blad eller annan plast att tillverka visir med, och de fick ett mycket stort gensvar, flera tusen platsblad har kommit in och några som sagt att de kan tillverka skalmar i 3D apparat.

Idag fick vi flera stora kassar med frukt och godis från en ICA affär som vi delade med oss av till IVA och akuten. Visst är det fantastiskt!

Vi har gjort en hel del åtgärder för att spara på material ifall vi skulle få leveransproblem. Från att ha haft regeln att alla på sal har hjälm och munskydd under knivtiden har vi nu sänkt kraven (vilket gör att vi nu egentligen följer nationella rekommendationer). Våra strikta regler innan var skapade för att det skulle vara lätt att göra rätt. Under de två dagar som gått sedan rutinerna ändrades har det ibland uppstått diskussioner när personalen undrat vad som gäller för en specifik patient. Det var väntat och vi pratar om det i personalen. Vi har också begränsat antalet läkarkandidater på salarna samt att de ej får vara i den patientnära zonen (för att spara material).

Vi har endast behövt ställa in VFU för två studenter, det är positivt!

Hos oss ska all personal på akutoperation läras upp så att vi kan hjälpa till på postop och Civa om behov kommer att finnas.

Narkossjuksköterskor på min avdelning ska gå en tre timmars webb-utbildning.

Den är utformad så att sjuksköterskorna ska kunna bistå i vården på IVA. Tanken är att en IVA sjuksköterskor ska fungera som "översköterska" över ett antal narkossjuksköterskor och patienter. Vi operationssjuksköterskor och undersköterskorna på operation ska gå en enklare utbildning så att även vi kan stötta upp vid behov.

Tillgång på material är i nuläget god men vi sparar exempelvis uppdukningsrockar som är tänkta att användas vid exempelvis transporter.

Vi opererade en med Covid19 och de ändringar vi gjorde var inte mer än andningsskydd speciellt för anestesipersonalen, visir, tömma salen på onödig utrustning och sedvanlig hygien. Patienten direkt in på sal och direkt ut från sal till postop. Smittrengöring.

Jag upplever att avdelningen har ett gott samarbete med vårdhygien. PM och rutinbeskrivningar har gått igenom.

Rapport från Anna Ekepil på Gotland
Här ute i Östersjön, Gotland, väntas peaken komma efter påsk, vi ligger lite efter resten av landet. Man går nu ut både från Folkhälsomyndigheten och Region Gotland med uppmaningar och rekommendationer om att de som ej bor på ön ska stanna hemma och inte resa hit om man absolut inte måste. Vi är nu i stabsläge eftersom vi har bekräftade Covid19 fall som vårdas på sjukhuset. Innan detta har vi jobbat med att göra PM och rutiner för Covid19 misstanke/bekräftade patienter. Omhändertagande, transporter, genomgång av material, vårdande utifrån antalet smittade och personaltillgång. På operation så kör vi endast akuta och subakuta patienter detta utvärderas varje dag och är avhängt hur många inlagda misstänkta/bekräftade vi har. Vi är ett litet sjukhus och om det kommer många hit till påsk så är vi underdimensionerade och kan ej ta hand de sjuka om det skulle bli en peak. Så vi hoppas på en lugn påsk och att alla håller avstånd, stannar hemma om de är sjuka och tvättar händerna.

Allt du behöver i ett Mölnlycke® kundanpassat set



Mepilex® Border Post-Op

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

- Minskar risken för postoperativa infektioner (SSI)¹⁻⁶
- Främjar tidig mobilisering av patienten¹⁻⁴
- Kan minska förbandskostnaderna^{2, 4}

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

Erfarna
specialister

Högkvalitativa
produkter

Specialdraperingar
och komponenter



Referenser: 1. Van Overschelde, P. et al. A randomised controlled trial comparing two wound dressings used after elective hip and knee arthroplasty. Poster presentation at 5th Congress of the WUWHS, Florence, Italy, 2016. 2. Zarghooni K. et al. Is the use of modern versus conventional wound dressings warranted after primary knee and hip arthroplasty? Acta Orthopaedica Belgica, 2015. 3. Dobbelaere A. et al. Comparative study of innovative postoperative wound dressings after total knee arthroplasty. Acta orthopaedica Belgica, 2015. 4. Bredow J. et al. Evaluation of Absorbent Versus Conventional Wound Dressing. A Randomized Controlled Study in Orthopedic Surgery. Deutsche Arzteblatt International, 2018. 5. Mölnlycke Health Care. Data on File internal report 20190215-001. 6. External test at Nelson Laboratories (viral penetration test). Study Report 1064846-S01. 7. Statement towards ASTM F 1671 (viral penetration test), PD-404335. 8. Peghetti A. Prevention of post-operative surgical site complications: A quality improvement project. Poster presentation at the EWMA congress, Krakow, 2018. 9. Feili, F. et al. Fluid handling properties of post-operative wound dressings. Poster presentation at 5th Congress of the WUWHS, Florence, Italy, 2016. 10. Feili, F. et al. Blood absorption capacity of post-operative wound dressings. Poster presentation at 5th Congress of the WUWHS, Florence, Italy, 2016. 11. Feili F. et al. A laboratory valuation of the fluid retention properties of post-operative absorbent dressings. Poster presentation at 5th Congress of the WUWHS, Florence, Italy, 2016.

Läs mer på www.molnlycke.se

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


Mölnlycke®



Porträttet

Mathias Blom

Jag heter Mathias Blom och jag är 33 år gammal. Jag har arbetat som operationssjuksköterska i ungefär nio månader. Innan jag utbildade mig till operationssjuksköterska arbetade jag på avdelningen för onkologisk endokrinologi på Akademiska sjukhuset i Uppsala. Jag arbetade som sjuksköterska där i ett och ett halvt år. Akademiska sjukhuset är det enda sjukhus jag tidigare har jobbat på. Innan arbetet på sjukhuset var det något helt annat, då arbetade jag som flygplatskontrollant på Arlanda i åtta år. Det var en kollega som studerade till sjuksköterska. Vi diskuterade lite hur yrket såg ut och vad en sjuksköterska egentligen gör. Jag kände att det var något jag ville prova på för att se om det var för mig, och jag har stormtrivts från första dagen. Man kan säga att det var en chansning som verkligen lönade sig.

När jag började studera till sjuksköterska var jag helt inställd på att jag ville bli anestesissjuksköterska. Sedan under studietiden i grundutbildningen hade jag en väldigt givande placering på Samariterhemmets operationsavdelning. Jag gick med en väldigt pedagogisk operationssjuksköterska. Första ingreppet som skulle göras var ett byte av batteri i ett implantat som användes för att lindra ryggsmärta. Det var en liten inopererad dosa som skickade strömimpulser genom olika nivåer i ryggen för att motverka smärtsignalerna. Operationssjuksköterskan placerade mig bredvid kirurgen och lät mig instrumentera från start. Kirurgen var lika lugn och pedagogisk som operationssjuksköterskan och hade överseende för att jag inte alls visste vad jag gjorde. Jag fick lära mig att lämna över instrument på korrekt sätt samtidigt som jag assisterade genom att hålla i en Langenbeckhake, så ganska lagom nivå att börja på.

Den andra operationen var en mastektomi. Även här placerade operationssjuksköterskan mig framme i såret, med en lika lugn och pedagogisk kirurg. Operationssjuksköterskan som jag gick med var med säkerhet en stark bidragande faktor till att jag valde att utbilda mig till operationssjuksköterska. Jag fick insyn i operationssjuksköterskans roll och arbetssätt och det tilltalade mig. Efter

de få dagarna jag hade min placering där så bestämde jag mig för att istället för att bli anestesissjuksköterska så skulle jag utbilda mig till operations-sjuksköterska.

Uppsala Universitet

Jag gick sedan specialistsjuksköterskeutbildningen inom operationssjukvård vid Uppsala Universitet under hösten 2018 och våren 2019. Utbildningen bestod av ett års heltidsstudier, 60 högskolepoäng, fördelade på 15 poäng i kurser inom akutmedicin samt vetenskaplig teori och metod gemensamt med inriktningar som anestesissjukvård, ambulans med flera andra specialistprogram. Specialiserad omvårdad inom operationssjukvård och verksamhetsförlagd utbildning omfattade 30 högskolepoäng, varav 13 av veckorna gjordes på tre olika praktikplatser på sjukhuset. De sista 15 poängen utgjordes av D-uppsatsen, jag och min klasskamrat skrev om omvårdnaden vid robotassisterad kirurgi utifrån den perioperativa omvårdnadsmodell som legat till grund för den tidigare kompetensbeskrivningen för legitimerad sjuksköterska med specialistsjuksköterskeexamen inriktning mot operationssjukvård.

Arbetssituationen när vi var färdigutbildade var egentligen redan utstakad. Vi var flera på utbildningen som var kontrakterade på olika sjukhus. Jag var kontrakterad till att arbeta som operationssjuksköterska på Akademiska sjukhuset under en tvåårsperiod i utbyte mot att jag fick full lön under studietiden. Jag fick möjligheten att rangordna och lämna in en lista på de kirurgavdelningar där jag var mest intresserad av att börja arbeta när studierna var fullbordade. Jag valde kirurgoperation då jag kände att jag ville arbeta med så mycket variation som möjligt. På kirurgoperation arbetar man med både stora och

små kirurgiska ingrepp. För att hålla mig uppdaterad inom yrket medan jag fortfarande är relativt färsk som operationssjuksköterska, så handlar det främst om att lära mig så mycket som möjligt av andra och utifrån mina egna upplevelser och erfarenheter. Och så är jag medlem i RFop och läser Uppdukat såklart!

Det bästa med att vara operationssjuksköterska

Jag har inte hunnit med att gå några andra utbildningar sedan jag blev klar med specialistsjuksköterskeutbildningen men jag har dock fått Robotassisterad kirurgi som mitt ansvarsområde och har förhoppningen om att i framtiden kunna få möjlighet att gå utbildningen för Registered Nurse First Assistant (RFNA) som ges i Danmark. Det innebär att man som operationssjuksköterska också har kirurgassistentens uppgifter framme vid robotens armar med ansvar för bland annat instrumentbyten och som alltid ansvaret för den intraoperativa omvårdnaden för patienten. Det resulterar i en resurseffektivisering och patientsäkerheten höjs relaterat till kompetensnivån för den intraoperativa helhetsansvaret.

Det bästa med att vara operations-sjuksköterska är att jag får arbeta i ett team av olika specialiteter, samt att jag får arbeta med en patient i taget där jag har mina egna ansvarsområden och min specialistkompetens. Det som skulle kunna vara baksidan av yrket är att jag får inte så mycket tid med vakna patienter, så en del av den nära kontakten man har med patienter och anhöriga går man miste om, på gott och ont. •

Jag tycker att det är viktigt av vi som operationssjuksköterskor inte förminskar vår roll och vår specialitet. Vi är proffs på det vi gör och besitter viktiga erfarenheter och kunskap som inte kan bytas ut mot personal som saknar specialistkompetens.

Disputation, Eva Torbjörnsson

Redaktionen vill uppmärksamma Eva Torbjörnsson, operationssjuksköterska och doktorand på Södersjukhuset i Stockholm som disputerat sin avhandling *“Major lower limb amputation in patients with peripheral arterial disease; treatment outcome, risk factors and Health-Related Quality of life”*. Disputationen hölls den 31:e januari 2020 i Årsta aula, Södersjukhuset.

Opponent

Med Dr Klas Österberg, Göteborgs universitet, Institutionen för molekylär och klinisk medicin

Betygsnämnd

Professor Christine Kumlien, Malmö Högskola, Institutionen för vårdvetenskap

Professor Rebecka Hultgren, Karolinska Institutet, Institutionen för Molekylär medicin och kirurgi

Professor Håkan Pärsson, Linköpings Universitet, Institutionen för klinisk och experimentell medicin

Handledare

Med Dr Carin Ottosson, Karolinska Institutet, Institutionen för Klinisk forskning och utbildning, Södersjukhuset

Med Dr Ann-Mari Fagerdahl, Karolinska Institutet, Institutionen för Klinisk forskning och utbildning, Södersjukhuset

Med Dr Jonas Malmstedt, Karolinska Institutet, Institutionen för Klinisk forskning och utbildning, Södersjukhuset

Docent Lennart Boström, Karolinska Institutet, Institutionen för Klinisk forskning och utbildning, Södersjukhuset

Docent Lena Blomgren, Örebro Universitet, Institutionen för medicinska vetenskaper

Bakgrund

Benartärsjukdom orsakas av dålig blodtillförsel i benen och beror vanligtvis på åderförkalkning. Det är en vanlig sjukdom, cirka 10% av Sveriges befolkning över 65 år beräknas vara drabbade. Det otillräckliga blodflödet medför att patienten drabbas av smärta i benen och i vissa fall utvecklar sår. Den allvarligaste formen av sjukdomen kallas för kritisk ischemi och innebär att blodcirkulationen är så dålig att patienten har smärta i benen även i vila. Patientgruppen har en förhöjd risk att drabbas av en amputation till följd av den vävnadsdöd som den nedsatta blodcirkulationen medför. Patienter med benartärsjukdom har även en ökad dödlighet, då det är vanligt att åderförkalkningen påverkar hela hjärt-kärlsystemet. De behandlingsmetoder som finns att tillgå för att förbättra blodflödet till det drabbade benet är endovaskulära metoder, där behandlingen utförs via blodkärl, eller öppen kirurgi. Dessa behandlingar kombineras med rådgivning om livsstilsförändringar och minskning av eventuella riskfaktorer. Trots kärlkirurgisk behandling behöver ungefär 10% av patienterna genomgå en amputation. Hos vissa patienter saknas möjligheten till en kärlkirurgisk behandling vilket medför att en primär amputation behöver utföras.

I Sverige genomgår ca 3000 patienter en amputation på den nedre extremiteten varje år och majoriteten av dessa utförs på grund av att patienten har benartärsjukdom och/eller diabetes. Amputationer kan utföras på olika nivåer, i denna avhandling ingår amputationer som är på underben-, knä- eller lårbensnivå. Att genomgå en amputation innebär en stor förändring för patienten och studier har visat att det är ett svårt beslut att fatta för såväl patient som läkare. Möjlighet till att lära sig att gå med en protes är viktig för patientens upplevelse av självständighet. Valet av amputationsnivå har stor betydelse för om patienten ska kunna lära sig att gå



Eva Torbjörnsson

med en protes, då en underbensamputation bland annat kräver mindre muskelstyrka hos patienten än en lårbensamputation. Nackdelen med en amputation på underbenet är att det innebär en större risk för att patienten behöver genomgå en re-amputation. Val av amputationsnivå är ett kliniskt beslut som tas av den behandlande läkaren då det idag saknas riktlinjer som stöd för beslutet.

Den övergripande målsättningen med avhandlingen var att belysa följande frågeställningar:

1. Vilka riskfaktorer finns för amputation hos patienter som genomgått ett kärlkirurgiskt ingrepp?
2. Vilka är riskfaktorerna för att patienten ska behöva genomgå en re-amputation?
3. Påverkar protesanvändning efter en amputation patienternas livskvalitet?
4. Hur ser patienternas upplevelse av att genomgå en amputation ut?

Delarbete I analyserade 855 patienter som genomgått kärlkirurgisk behandling för kritisk ischemi under åren 2009–2013. Under studieperioden som sträckte sig från 2009–2017 genomgick 178 patienter (21%) en amputation, varav majoriteten gjordes inom ett år efter den kärlkirurgiska behandlingen. Dödligheten i patientgruppen var hög, under studieperioden avled 49%. Riskfaktorer för amputation analyserades med en competing risk regression och jämfördes med en Cox regressions analys. Riskfaktorer för amputation skiljde sig åt mellan de två analysmetoderna. I analysen med competing risk regression fann vi att patienter med nedsatt gångförmåga, hög ålder samt ischemiskt sår som indikation hade en ökad risk för att behöva genomgå en amputation trots kärlkirurgisk behandling.

Delarbete II analyserade 288 patienter som genomgått en amputation under åren 2007–2017 efter ett kärlkirurgiskt ingrepp. Under uppföljningstiden genomgick 50 patienter en eller flera re-amputationer till en högre nivå. Patienter med ischemisk smärta som indikation till amputationen hade nästan fyra gånger så hög risk att behöva genomgå en re-amputation jämfört med patienter som hade sår som indikation (sHR, 3.55; CI 1.55 – 8.17).

Delarbete III var en prospektiv studie där 98 patienter som genomgått en amputation under åren 2014–2018 inkluderades. Vid inklusionen fyllde patienterna i en enkät om upplevd livskvalitet (EQ-5D-3L) samt svarade på frågor om deras gångförmåga veckan innan operation. Efter ett år följdes patienterna (n=73) upp via telefon. Intervjun utgick från EQ-5D-3L samt frågor om eventuell protesanvändning. Samtliga patienter skattade en högre livskvalitet ett år

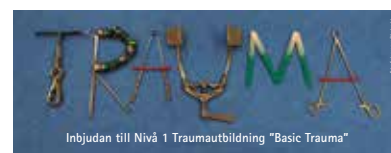
efter amputation jämfört med värdet innan de genomgått sin amputation. Den största skillnaden i upplevd livskvalitet efter ett år var i gruppen som klassades som gångare (0.78; IQR 0.52-1.00 vid ett år jämfört med 0.12; IQR -0.04-0.59, $p < .001$ vid inkludering).

Delarbete IV var en intervjustudie där 13 patienter från delarbete III ingick. Intervjun utfördes två månader efter amputationen och utgick utifrån patienternas upplevelse av att genomgå en amputation. Intervjuerna analyserades med innehållsanalys och resulterade i tre teman: "Från irreversibla symtom till amputationsbeslut", "En känsla av att befinna sig i ett vacuum" samt "Anpassning till sin nya livssituation". Patienterna upplevde en informationsbrist då beslutet om en amputation fattades. De ansåg inte att hälso- och sjukvårdspersonalen hade tagit sig tid att förklara hela processen kring amputationen. Trots detta upplevde samtliga patienter sig nöjda med sitt beslut att genomgå en amputation, vissa uttryckte även en önskan om att beslutet om amputation skulle fattats tidigare i processen.

Sammanfattning: Det finns en risk för felaktiga uppskattningar av riskfaktorer vid användandet av en Cox regression i patientgrupper med hög dödlighet. Nedsatt gångförmåga innan kärlkirurgisk behandling är en stark riskfaktor för att patienten behöver genomgå en amputation. Patienter som har en ischemisk smärta som indikation till sin amputation har hög risk för att drabbas av en re-amputation. Det är viktigt för patientens livskvalitet att kunna bli protesanvändare efter en amputation. Det gäller även den gruppen som enbart kan använda sin protes för förflyttningar mellan säng och rullstol. Patienter som ska genomgå en amputation behöver informeras om hela processen i samband med amputationen för att underlätta att de upplever sig delaktiga i sin vård. För att undvika onödigt lidande bör beslutet om en amputation fattas i ett tidigare skede för vissa av våra patienter.

Vi gratulerar Eva Torbjörnsson till ett väl genomfört och viktigt arbete! •

För mer information kontakta:
Eva Torbjörnsson via epost:
eva.torbjornsson@ki.se



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

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

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

Tid
Fredag 23 oktober kl. 08.30 – 15.30

Plats
Svensk sjuksköterskeförening,
Baldersgatan 1, Stockholm

Kostnad
1 900 kr ex moms

Mer information och anmälan: rfop.se

Höstmanöver för 40 år sedan

Vi var fem tjejer som ställde upp som tillfälligt anställda för delatagande i Kustartilleriets krigsförbandsövning, KFÖ, (allt bör ju forkortas det för juvar det militära livet) hösten -78. Det är ju med nu gällande lagar inte möjligt att inkalla krigsplacerad kvinnlig personal. Vi skulle delta i upprättandet av ett MASS (Marint stridsjukhus). Sjukhuset skulle vara en del i låtsaskriget Ran där 7000 man, båtar, flyg m m deltog. Sjukhuset och dess försörjning (transport, mat o dyl) krävde 175 man. Förutom vi fem tjejer (det var tänkt att 12 skulle ingå) fanns 8 läkare, 1 apotekare, 15 tandläkare, 2 psykologer och resten var repgubbar utan anknytning till sjukvård i det civila. Tandläkarna fungerar som läkarassistenter.

Inryckningsdagen förflöt i förvirringens tecken. Ingen var riktigt van att helt plötsligt ha "damer" med i kriget. Utrustning och inkvartering stod på programmet. Våra uniformer skulle hämtas ut ur ett speciellt förråd och där uppstod vissa svårigheter eftersom det var låst och nyckelinnehavaren bortrest! I stället fick vi kort information av chefsläkaren. Då ingen efter lunch fortfarande hittat någon nyckel till förrådet fanns inte mycket annat att göra än inkvartera oss och invänta nästa dag. Till godnattlitteratur erhöll vi BAMS:MASS (bestämmelser och anvisningar för Marint stridsjukhus). Denna innehöll i grova drag hur sjukhuset var tänkt att fungera.

Dag 2

Dag två hade förrådsmanen återfunnits och vi fick skruva oss i kronans "sköna, gröna kläder". Större delen av dagen ägnade vi sen åt att titta på MOB förråden, där allt materiel förvaras i fredstid. De förestås av speciell personal som berättade för oss att det vi skall plocka fram ur förråden skulle dom sen spendera ett år att sortera och återställa efter övningen. Tälten, 32 stycken till antalet, anlände till platsen och före kvällen var de resta. Sjukhuset bestod av mottagande avdelning, poliklinik, tandpol, röntgen, apotek, laboratorium,

medicinsk-kirurgisk- och psykiatrisk vårdavdelning, operation, postop- och intensivvårdsavdelningar. Blodcentral ska ingå men sattes inte upp denna gång på grund av personalbrist. Vi fem tjejer var fördelade enligt följande: Monica som var labass var ensam ansvarig för lab och fick hjälp efter ett par dagar av en sjukvårdare ur armén. Birgitta och Junis delade på ansvaret för mottagande avdelning och pol tillsammans med en läkare och ett anat repgubbar. På op avd var vi 20 st inräknat narkospersonal och två killar skötte steriliseringen. Anita och undertecknad delade på avdelningens tre "salar" varav den ena skulle vara flyttbar vid behov. Två läkare och en tandläkare (som käkspecialist) fanns i gänget som i övrigt sysslade med allt utom sjukvård till vardags.

Dag tre gällde det att fylla tälten med något. Vi fann då att transporterna skulle bli ett av huvudproblemen. Det tog tid att få grejerna ut till tälten och att få dem i någorlunda vettig ordning. Naturligtvis kom golven sist! Detta gjorde att när vårt första olycksfall dök upp fanns inget förbandsmaterial tillgängligt och sjuktransport fick avgå till närmaste civila sjukhus. Psykgruppen arbetade febrilt med skylttillverkning och uppsättning så att alla skulle hitta rätt bland tälten. I slussen till operation fick vi

en skylt som tilltalade oss mycket: *Detta är de heliga rummen, I som här inträden gören detta med rent hjärta och RENA FÖTTER.*

Golven till operation och IVA anlände som tidigare sagts i skydd av nattens mörker och då inget lyse fanns tillgängligt fick vi vänta med våra inredningsplaner. Golvet bestod av lastpallar, masonitskivor och gum-mimattor. På övriga avdelningar fick de nöja sig med presseningar som "golv".

Den fjärde dagen lades golven och alla inventarier kom på plats. Då elektrisitet och vatten fortfarande saknades var vi ändå ganska handlingsförlamade. Labs utrustning och autoklaver går visserligen på fotogen också men då gällde det att få fram mängder av den varan, och transporterna var de samma !! dessutom behövdes vatten till disk av instrument och till klavarna på . vårdavdelningarna, polikliniken och apoteket klarade sig bra med vedkaminer och fotogenlampor. Vårdavdelningarnas stora problem var hur de skulle få plats med dagens långa soldater i kronans 180 sängar. I samband med allt detta eldande av ljus, fotogenlampor och kaminer dök det upp ett större problem - Brandfaran! Ingen brandutrustning fanns tillgänglig, inte ens





vattenhinkar. Ett akut påbud utgick efter brandsläckare, rökningförbjudet-skyltar och evakueringsvägar mellan tälten där så var möjligt. Operations-enheten var svår eftersom tälten måste sys ihop av sterilitetsskäl men vi löste även det problemet.

Ljus och vatten

Den femte dagen vart det ljus och vatten. En febril aktivitet utbröt på operation. Sjukhuset skulle vara funktionsklart i alla detaljer och stå färdigt för användning till kvällsuppställningen, annars uteblev den hägrande helgpermissionen. Autoklaverna var först att gå igång för provdrift efter idogt läsande av bruksanvisningen. Det visade sig att klavarna var avsedda för vätskesterilisering och sterilgodset skulle få svårt att torka. Det gjorde inte saken bättre att dessa klavar skulle serva hela sjukhuset. Allt material och alla instrument kom i stora lådor där var och en fick plocka upp det man ansåg sig ha behov av. Det var ett drygt jobb att ur ett sammelsurium av gammalt och nytt sätta ihop funktionsdugliga instrumentset och att packa dem på ett vettigt sätt. Suturet och trach-set till polikliniken gick bra att packa i rondsålar och folie. De "stora" (Sic!) allmänna seten fick vi packa på gammaldags sätt i kanistrar, och lösa instrument i folie på vanligt sätt. Vi hade ansvaret för alla instrument varför det var viktigt att skriva ordentliga instrumentlistor och ordna sterillförrådet så att det var lätt att hitta, då grabbarna inte visste något om instrument sen tidigare. Det vart undervisning medan vi packade upp, diskade och steriliserade. Diskade instrumenten gjorde vi för hand i plastbaljor som

genom snillrika slangkopplingar fick varmvatten från klavarna. Tack och lov fick vi använda engångset och engångsrockar så vi slapp köra textilier. Lakanen hade säkert aldrig torkat i de klavarna. Klavarna gick för övrigt non-stop med grejor till alla avdelningar så med op-textil hade vi nog blivit kvar hela helgen. Dränagerör var det sparsamt med och Bülowdrän fanns inte alls, till det fick vi använda grova Nelatonkatetrar, vilka fungerade. I alla fall på grisarna som vi kom att operera. Personalrum inredes av snickare som ingick i opgruppen (som här annars var i sterilen och pass på sal) och när dagen led mot sitt slut hade vi en fungerande op-avdelning. Alla inventarier på plats, sterila instrument, skinande rent överallt och ett dukat kaffebord. Vad mer kan man begära? Röntgen och lab hade hade prokört sin apparatur och var nöjda. Tandpol hade till och med haft sin första patient! Så det var

en nöjd skara som begav sig hem på första och enda permissionen under de veckor kriget" skulle vara.

Permissionen slut!

Måndag och veckan började med stort rabalder. Nya ideer hade kläckts under helgen och ytterligare instrument skulle köras i klavarna omedelbart på morgonen. Ångan från klavarna gick då rätt in i opsal 1 och orsakade ett smäare kaos. Dessutom vägrade apparaterna senare släppa ut allt vatten och dränkte allt det sterila godset varför det i alla fall inte gick att använda. Efter smärre justeringar återgick allt till det normala. "Sterilitetsbegreppet" infördes för alla besökande till op-avdelningen. Träskor delades ut till alla op-personal och ställdes i slussen. Försvarets storlek 31 visade sig vara helt i klass med landstigningsbåtar. Man kunde åtminstone vara ett par stycke i varje sko samtidigt. Anita och jag undervisade i att passa på sal och kirurgerna demonstrerade sug och diatermi. Dessutom hade vi genomgång av instrument och instrument- och materialvård. Under dagen förevisades sjukhuset för högre militärer och barn från en närbelägen skola. De sista uppskattade besöket mest även om en del uttryckte besvikelse över soldater utan vapen. Frivilliga att tap-pas på lite blod önskades av lab så att Monica skulle kunna köra alla sina apparater. Följande analyser kunde hon göra: Hb, hemtokrit, räkna vita blodkroppar, sänka, protein och glukos i urin med uristix, sediment (mikroskopiskt), Na och K (flamfotometer), kreatinin, glukos i blod med stix. Syrabas apparat ska komma så att man kan köra blodgaser.





Tisdag – torsdag operationsdagar

Mer höga dignitärer skulle gästa oss framgent för nu skulle vi börja operera grisar. Skoputs påbjöds till deras ära. Borstar och övriga attiraljer placerades ut på strategiska ställen. "om man spottar på kängorna blir det bättre glans på putsen" tipsade killarna som varit med förr. Det stämde! Operatonskläderna bestod av t-shirts och bomullsbyxor för oplagen och passen utrustades med kronans skyddsrockar sjukhusmodell men gr/br/gr färgade. De såg mer ut som järnhandlare än nånting annat. Grisarna sövs med Mebumal och Ketalar, tracheotomeras och skadas därefter. De hålls sövda hela tiden under transport och operation. Efter operation avlivas de med kaliumklorid direkt i hjärtat. Allt under överinseende av veterinär. Grisar används då deras inre anatomi liknar människans. Skadorna var mestadels skottskador. Allt från de snällare, gjorda av vanlig pistol och kulspruta till de riktigt ruskiga gjorda av höghastighetsvapen, där kulan exploderar och sliter sönder vävnaden. Leverskador, tarmperforationer och bäckensskador var vanligast. "Patineterna" kom i strid ström och vi fick verkligen se vad klavarna förmådde och hur våra instrument räckte till. Operationerna pågick hela dagarna och kvällarna ägnades åt att städa och packa nya instrument. Fler tarmklämmare var av nöden. Annars visade sig våra set duga ganska bra. Om man inte har för stora pretentioner! Killarna som passade på salarna gjorde en suverän insats. Dom öppnade förpackningar, hämtade instrument och suturer som om de aldrig gjort annat i sitt liv. Städade gjorde de också med den äran, men så tyckte dom att det

var så kul med sina nya jobb. Andra operationsdagen gick brunnnen torr. Gytta kom upp i vattnet till klavarna. Ett tag trodde de att vi skulle få kalla in brandkåren för att få vatten. Men det löste sig med allmän vattenransonering. Berdskapslista upprättades för det annalkande kriget. Eftersom vi bara var två operationslag var det enkelt. Torsdag + lördag till lag ett och fredag + söndag till lag två! Detsamma gällde för pollagen. På lab var det ännu enklare då Monica var ensam, hon fick ta rubbet! Sista opdagen gick ena klaven sönder, engångsförråden började tryta, allt miskade liksom utom vår grupp som utökades med en katt. Katten ockuperade helt sonika en säng på postop och tycktes trivas alldeles utmärkt som patient.

Det stora kriget bröt ut

Fredag – söndag delar av operationsgruppen åkte ut och följde sjukvårdsövningar med sårmarkörer. Vi åkte till en oländig plats, någonstans i Sverige, där flyganfall fingerades. "Offren" sminkades och beklädes med plasttappar och rödfärg, för att naturtroget markera skador. Tarmar på magen, öppna thoraxskador, öppna benbrott, käk- och skallskador för att nämna några exempel. Sjukvårdarna på platsen gav första hjälpen, noterade utförd behandling och ordnade vidaretransport till hållplatstroppen. Det är en flyttbar grupp i tält på ca tjugo stycken man, en läkare ingår. Deras uppgift är att sortera och prioritera de skadade. Dom ska avgöra om de skadade ska behandlas på plats eller skickas vidare till sjukhuset. Sjuktransporter skedde både med båt och med bil och det kunde ta ända upp till sex timmar från skadeplats

till sjukhuset. Väl på sjukhuset togs de omhand på mottagningen som ordinerade röntgen och operation på löpande band. På operation togs patienterna emot mycket vänligt och betittades av alla. Efter det fick de demaskera sig och sitta ner vid en rundabordskonferens. Där skrevs ett ungefärligt fiktivt operationsprogram, operations- och narkosrapporter ungefärlig tidsåtgång och hela gruppen diskuterade diagnos, prognos och den tidigare behandlingen. Om patienten fått adekvat vård från början och hur transporttider och annat kan ha påverkat utgången för just deras skada. Dessa konferenser var mycket uppskattade både av patienter och personal. Patienterna droppade in på de mest omöjliga tider hela helgen, precis som vanligt med andra ord.

Måndag – onsdag

På måndagmorgon slogs fienden tillbaka för gott. Vi hade vunnit kriget. Demontering och avrustning kunde börja. Nu skulle allt räknas, rengöras och stuvats tillbaks i lådorna. Det värsta jobbet föll på dem som drog nitlotten att göra ren alla kaminer och fotogenlampor. Det tog två dagar att plocka ihop det inre sjukhuset och detta firades med en god middag och tältets vin. När vi på onsdagen återkom efter att ha hört en genomgång av det totala kriget, fanns heller inte tälten kvar. Hela denna gigantiska apparat var totalt försvunnen på tvo och en halv dag. I det mesta fungerade sjukhuset väl trots bristen på sjuksköterskor i allmänhet och anestesi i synnerhet. Vårdavdelningarna hade besvär med kyla, för korta sängar och avfallshantering. Vi andra tyckte det var mycket tidsödande att inte kunna använda engångsartiklar som plaströr, drapering, sprutor etc. Det fanns inga bukduksställ och ingen kontrollmärkning av bukdukar vilket kändes mycket otillfredsställande. Speciellt med tanke på alla bukar vi packade på de patienter vi opererade. Autoklaverna var som tidigare nämnts under all kritik. Det bästa av allt var personalen. För att travestera Churchill: "aldrig har så få gjort så mycket av så lite!" Torsdag MUCK

Skickar en utmaning till som deltog i Manövern Aurora att skicka in sin berättelse av en modernare krigsförbandsövning. Intressant tror jag för alla som vet att nu uppdateras mobförråden igen. •

BARRIER® EasyWarm®

En varm behandling genom hela den perioperativa fasen.



Dags för en aktiv självvärmande filt för att värma patient i samband med kirurgi?

Aktiv patientuppvärmning har visat sig minimera risken och konsekvenserna av hypotermi¹.

Att göra detta så enkelt och effektivt som möjligt är avgörande. BARRIER® EasyWarm® är utformad för att hålla patienterna varma genom två enkla steg: öppna och veckla ut.



1. Sessler D MD, Kurz A MD. Mild perioperative hypothermia, Anesthesiology news special edition; October 2008

Läs mer på www.molnlycke.se

Mölnlycke Health Care AB, Gamlestadsvägen 3C, 402 52 Göteborg. Telefon 031-722 30 00. info.se@molnlycke.com
Varumärkena, namn och logotyper Mölnlycke, Biogel och EasyWarm är registrerade globalt till ett eller flera av
Mölnlycke Health Care-koncernens företag. © 2020 Mölnlycke Health Care AB. Alla rättigheter förbehållna.


Mölnlycke®

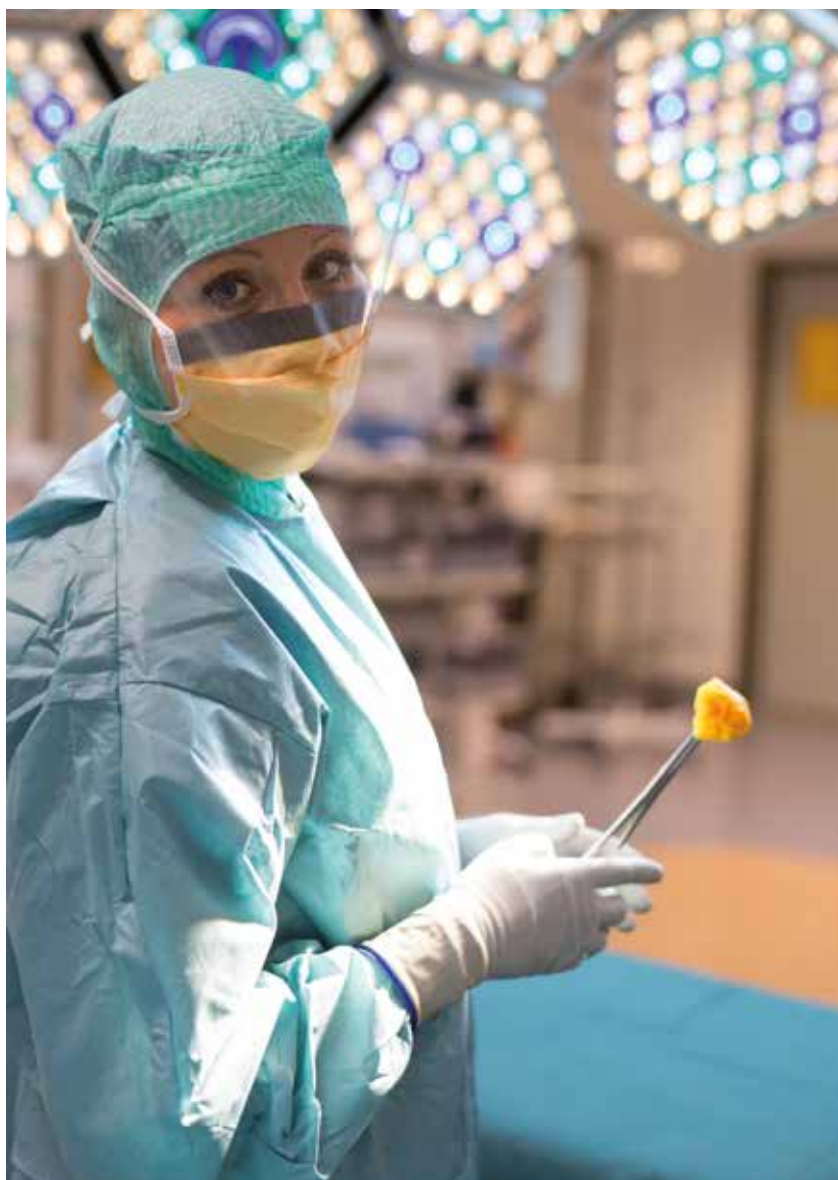
Hur många sopsäckar får du ihop på en operation?

På temat Hållbara operationer kommer vi i några nummer framöver ta upp frågor kring om och hur vi kan arbeta med att minska vår miljöpåverkan på operationsavdelningarna runt om i landet. Vi startar här med att titta på, Hur många sopsäckar får du ihop på en operation?

I Sverige köper vi in instrument och förbandsmaterial samt läkemedel och apoteksvaror för drygt 60 miljarder kronor inom regionerna varje år. Inte nog med att alla dessa produkter bidrar till en hög andel av regionernas klimatpåverkan genom sin tillverkningsprocess och användning de bidrar till ytterligare påverkan genom den mängd avfall som uppstår

när artikeln är förbrukad. Operation tillsammans med intensivvårdsavdelningar står för ca 30–40% av allt avfall som sjukhusen producerar.

Det är nästan 850 miljoner m² mark och vatten som tas i anspråk för tillverkning och användning av instrument, förbandsmaterial, läkemedel och apoteksvaror inom den svenska sjukvården. Processen innebär dessutom ett utsläpp av 1000 ton hälsofarliga partiklar per år, små nog att andas in i våra lungor. Sammantaget så bidrar inköpen till 820 000 ton av det årliga koldioxidavtrycket vilket motsvarar ett utsläpp från drygt 1,8 miljoner bilar. Jämför det med att det idag finns 4,7 miljoner bilar i trafik i Sverige.



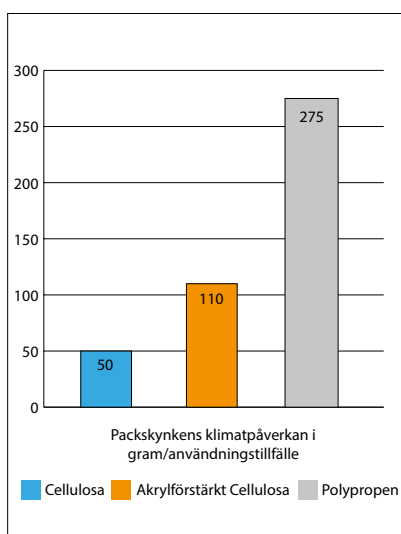
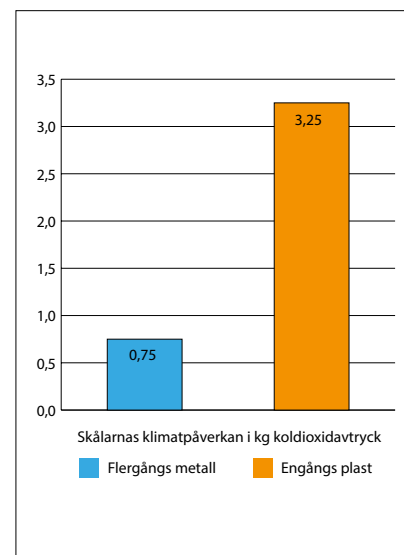
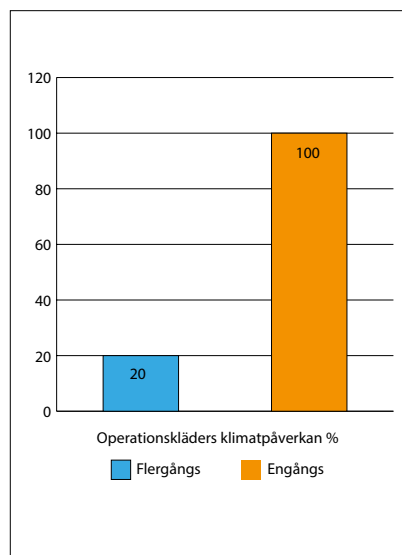
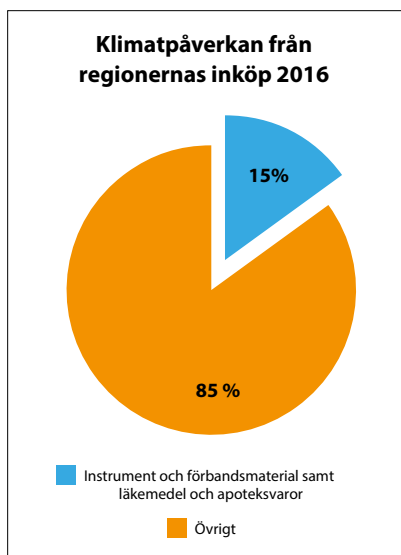
Faktaruta

Klimatpåverkan kan mätas på flera sätt. Här följer de tre vanligaste:

Landanvändning visar hur mycket land och vatten som tas i anspråk för att tex tillverka en produkt. Landanvändningen påverkar den biologiska mångfalden och hur våra ekosystem fungerar. Det mäts i m².

Hälsofarliga partiklar uppstår vid slitage, förbränning, industriprocesser och utsläpp. De minsta varianterna (2,5µm) kan ta sig ner i våra lungor och orsaka ohälsa. De mäts i ton.

Koldioxidavtryck (carbon footprint) är den mest kända faktorn. Den påverkar framförallt den globala uppvärmningen. Avtrycket innefattar flera gaser, för enkelhetens skull är de omräknade till den påverkan motsvarande utsläpp av koldioxid skulle ge. Det mäts i ton CO₂-eq.



Flergångsmaterial kontra engångsmaterial

Vad hamnar egentligen i våra sopsäckar? Debatten kring engångskläder må främst i dagsläget röra sig om andra frågor men blir åter aktuell när vi tittar på det ur miljösynpunkt. De består till största delen (71%) av plast. Flergångskläderna innehåller faktiskt också till en stor del plast (31%) men till största delen bomull (61%). Det som har störst miljöpåverkan är dock tillverkningsprocessen, av båda plaggen. Skillnaden blir att varje gång ett plagg slängs istället för att tvättas så tillkommer en tillverkningsprocess av en ny uppsättning kläder. Det ger att ett engångsplagg påverkar klimatet i fem gånger större utsträckning än vad ett flergångsplagg gör. Det här är en svår nöt att knäcka då man i studier har kunnat se att engångskläder släpper ut färre hudpartiklar i rummet och bidrar till lägre CFU/m³ på sal, vilket i sin tur kan minska risken för postoperativa infektioner.

Efter att vi har klätt på oss våra engångs- eller flergångskläder går vi in på operation för att klä på oss ytterligare. Vi får en liten extra handduk att pilla bort från rocken och lägga åt sidan. Det finns alltid nån som vill putsa spegeln hemma med den. Eller...vi slänger den förresten, vi har redan samlat så många.

Nu dukar vi upp. Vårat kundanpassade set "bullen" kan vi inte vara utan. Vad vi vet. Och de är, om de är optimerade, ett ganska miljövänligt alternativ eftersom att flera engångsartiklar ligger i en och samma förpackning vilket bidrar till mindre sopor. Men vad har vi egentligen i bullen? Någon på operationsavdelningen är ofta ansvarig för att anpassa beställningarna så att de är optimerade för verksamheten. Vi måste alla hjälpas åt här. Vad är det som vi operation efter operation slänger? Kan vi byta ut en artikel mot ett miljövänligare alternativ osv. Vi har ofta med en beställning på engångsskålar i plast till dessa set för att slippa flergångsskålar i metall. Hur skiljer sig dessa när det gäller miljöpåverkan? Från tillverkning till förbrukad bidrar engångsskålarna med drygt 3 kg CO₂-eq per gång de används. Det är 2,5 kg mer per användning en vad en flergångsskål i metall åstadkommer.

Efter att bullen är upplockad börjar vi packa upp våra instrument. Vilka material använder vi för att packa våra instrument? Våra packskycken, som efter genomsyning åker i soporna och bidrar till sopsäckssamlingen efter operationen. De är allt som oftast, om inte endast, av engångsmaterial. Vad består dessa av? Vissa består till 100% av cellulosa, naturliga växtfibrer.

"Vi klimat-kompenserar i alla fall lite genom att cykla hem!"

De kan också bestå av akrylförstärkt cellulosa med inblandning av syntetiska textilfibrer eller av polypropen som är en plastfiber.

Efter operationen river vi våra omsorgsfullt uppsatta sterildraperingar från patienten och pressar ner dessa i ytterligare en sopsäck. På detta hamnar sedan både sladdar, sugslangar och respiratorslangar. Hur många säckar har vi nu? En, två, tre, fyra... de samlar vi sedan prydligt på hög för bortforsling. Så, klappat och klart. Dags för hemgång. Vi klimatkompenserar i alla fall lite genom att cykla hem! •

Mer finns att läsa på

www.upphandlingsmyndigheten.se
www.textilia.se

Västra Götalandregionens arbete om att skapa klimatsmarta operationer.

Senaste nytt om MDR

Vi på redaktionen fortsätter att följa utvecklingen kring MDR som träder i kraft den 26 maj. Vi fördjupar oss lite mer i CE-märkningens riskklasser och kring anmälda organ. För er som inte hängt med kommer här en snabbgenomgång, för er som hänger med blir det en kort repetition.

Medicinskteknisk produkt = instrument, apparat, anordning, programvara, implantat, reagens, material eller annan artikel som enligt tillverkaren är avsedd att, antingen separat eller i kombination, användas på människor.

CE-märkning = är en information till de ansvariga myndigheterna att

kraven i föreskrifterna är uppfyllda. Klassas som Is, Im, Ila, I Ib och III beroende på risk för patienten.

MDR = Medical Device Regulation. Ny medicinteknisk förordning, börjar gälla den 26 maj 2020 enligt beslut i EU 2017.

Förordning = Bindande unionsakt, gäller i alla medlemsländer oberoende av nationell lagstiftning.

Notified Body = Anmält organ. Krävs för att kunna godkänna medicinsktekniska produkter enligt MDR. I Sverige finns idag inga godkända anmälda organ.

UDI = Unique Device Identification. Streckkod på de medicinsktekniska produkterna.

EUDAMED = European Database on Medical devices. Central databas inom EU med start 2022.

Riskklasser

Det finns fem riskklasser för de medicinsktekniska produkterna: Is, Im, Ila, I Ib och III. De är baserade på risken det innebär för patienten att de används där klass I innebär lägst risk och klass III högst risk. För riskklass I där Is representerar sterila produkter och Im produkter med mätfunktion intygar tillverkaren själv att produk-



Riskklassificering av medicintekniska produkter

Medicintekniska produkter delas in i olika riskklasser. Majoriteten av all medicinteknik ligger i de lägre riskklasserna.

Produkter i **klass IIb** och **klass III** har den största risken och måste granskas av ett anmält organ. Det anmällda organet kan antingen certifiera tillverkarens kvalitetsledningssystem och/eller göra en typprovning av produkten.

Produkter i **klass I** kan vara vissa förband, termometrar och stetoskop; produkter förknippade med en lägre risk. Tillverkare ska själva intyga att produkten uppfyller regelverket.

För produkter med mätfunktion (klass Im) eller är sterila (klass Is) eller för kirurgiska instrument avsedda för återanvändning (klass Ir) krävs att ett anmält organ granskar tillverkningsprocessen.



Aktiva medicintekniska produkter för implantation är genomgående förenade med mycket höga risker och området indelas därför inte i riskklasser enligt det tidigare regelverket MDD.

I **klass IIa** finns produkter med låg till måttlig risk där granskning av anmält organ krävs för vissa delar. För att kunna CE-märka sin produkt försäkrar tillverkaren att produkten överensstämmer med de väsentliga kraven. Det anmällda organet gör sedan en typprovning av produkten, eller certifierar kvalitetssystemet för tillverkning och/eller gör en slutgranskning. Det anmällda organet kan även certifiera tillverkarens kvalitetsledningssystem.

ten uppfyller kraven. För klass IIa kan kraven variera beroende på produkt men för riskklass IIb och III, som är de högsta riskklasserna, krävs att ett *anmält organ* godkänner produkten.

Exempel på produkter i de olika klasserna:

Is bandage eller sårvårdsprodukter och de flesta kirurgiska flergångsinstrument som packas sterilt

Im de flesta kirurgiska flergångsinstrument som har mätfunktion

IIa injektionssprutor utan nål, pleuradränage, röntgenkatetrar

IIb till exempel anestesipparater

III alla implantat

Att märka de medicinsktekniska produkterna med UDI är tillverkarnas ansvar och kommer att ske i tre faser enligt följande:



5 010029 020519 >

1. **Klass III**-produkter: den 26 maj 2021.

2. **Klass II**-produkter: den 26 maj 2023.

3. **Klass I**-produkter: den 26 maj 2025.

Produkter enligt de tidigare förordningarna MDD/AIMD och som är märkta innan maj 2020 får som längst säljas fram till maj 2024.

Notified Body/anmält organ

Det finns inga krav på svenska anmällda organ men det underlättar för svenska tillverkare att ha en svensk samarbetspartner nära och språkligt.

Från 1993 fram till 2012 fanns ca 90 anmällda organ i EU när tidigare förordningen MDD gällde. Runt den tiden gjordes en genomlysning av dessa och det var inte alla som fick vara kvar för att de helt enkelt inte höll måttet. Det var "allmänt känt" att nivåerna var väldigt olika mellan anmällda organ och detta är en av anledningarna till att MDR kom – en viktig sak i MDR är just kraven på de anmällda organen som skärpts och att alla måste söka om. Kvar blev 56 anmällda organ för MDD och med detta antalet var det ändå långa ledtider för tillverkare att få igenom granskning av sina tekniska filer. Tills idag har ca 43 ansökt för att bli anmällda organ för MDR. Av de 56 som fanns för MDD var det alltså inte ens alla som

ansökte. Av dessa ansökningar har nu enbart 11 st blivit godkända (kallas designerade) för MDR. En prognos är att 15–20 ska vara designerade till maj 2020.

I Sverige fanns för MDD Intertek och Rise. Båda har också ansökt för MDR. Intertek är väldigt nära att bli klara, prognosen är innan sista mars 2020. Rise har ganska nyligen ansökt och meddelar att de beräknar vara klara i slutet av 2021. En aspekt att ta med i frågan är även det "scope" som ett anmält organ har. Så kallat "fullt scope" så kan de ta sig an alla typer av produkter. Alla anmällda organ har inte fullt scope. Intertek har ansökt för det. Rise har inte gjort det (vad vi hört). Ju större scope desto mer kompetens behöver ett anmält organ kunna visa att de har. De handlar om personer med olika typer av erfarenhet och bland dessa även kliniker. Det är en ännu svårare för tillverkare med en ovanlig produkt att hitta ett anmält organ. Det handlar då om ett smalt scope, som anmällda organ helt enkelt prioriterar ner för det kostar för mycket att ha resurs för området om det är få tillverkare. •

Mer finns att läsa på
www.swedishmedtech.se
www.lakemedelsverket.se



Ersta sjukhus



Åsa Hillenborg och Carina Wallin

Vi heter Carina Wallin och Åsa Hillenborg och arbetar sen ett antal år tillbaka på operation på sjukhuset med Stockholms bästa läge, Ersta sjukhus. Adress Fjällgatan 44, Södermalm = Vackraste utsikten i stan. Sjukhuset drivs av Ersta Diakoni som är en stiftelse, en ideell förening som arbetar för människor i utsatta livssituationer. Bedriver sjukvård, social verksamhet utbildning och forskning utifrån en kristen helhetssyn. Sjukhuset startade på sin nuvarande plats på Fjällgatan Södermalm i Stockholm 1863 men fanns tidigare på Kungsholmen där man också startade den första sjuksköterskeskolan i Sverige. Sjukhuset tar emot landstingspatienter, utomlänspatienter, försäkringspatienter och ett fåtal privatpatienter i bariatrisk kirurgi. Den största delen är landstingspatienter.

Vår operationsavdelning har fem salar. Vi har övervägande elektivkirurgi, en hel del är dagkirurgi, mycket colorektalkirurgi och bariatrisk kirurgi, gallkirurgi, all sorts bräckkirurgi, benign oesophagus kirurgi bland annat opereras Akalasi både med laparoskopisk och endoskopisk teknik. Poem är det bara vi som gör. Vi har också mycket proctologi av alla de slag.

En hel del av den Colorektalkirurgin är stor cancerkirurgi och den kan innebära behov av rekonstruktivkirurgi och då kommer operatörer från Karolinska Universitetssjukhuset. Vi har en kirurg som opererar Rektusdiastas något vi är ganska ensamma om. De operationerna görs laparoskopiskt och intefattar inte korrigerande plastikkirurgi men patienterna är mycket nöjda ändå. De har haft så stora besvär att utseendet inte är det väsentliga, utan det är att få ihop bukmusklerna och kunna börja träna igen.

Vi har en del akut kirurgi på inneliggande patienter som behöver reopereras. Oftast går det bra att få in dessa operationer i dagsprogrammet. Om det inte är möjligt finns ett operationslag som arbetar till kl 19, de har efter det nattberedskap i hemmet. Det händer inte särskilt ofta att de blir inringda. I övrigt slutar all personal kl 16 eller 17. Då ska alla vara klara är tanken. Det är sällan vi behöver stryka en operation eller dra över. Vi gör i snitt 106 operationer per vecka på fem salar. För närvarande är vi 10 operationssjuksköterskor, 11 undersköterskor. Vi har vår egen sterilenhet som bemannas av en steriltekniker.

Vi har dessutom ett antal pensionärer som kommer in och jobbar stadigt både operations- och anestesisjuksköterskor och undersköterskor vilket vi tycker visar på att man trivs att jobba här.

Vem "passar"?

Vem som "passar" på sal varierar mellan undersköterskor och operationssjuksköterskor. Det är ganska vanligt att vi är två operationssjuksköterskor på sal. Det är smidigt att vara två sjuksköterskor när det är stora operationer med mycket utrustning. Vi försöker också alltid vara två sjuksköterskor på sal vid inskolning. Vi strävar efter att utnyttja personalen på ett bra och optimalt sätt. Med hjälp av en van operationssjuksköterska kan man ju stå på nästan vad som helst som ny. All personal tvättar händerna innan man går in på sal för att iordningställa för dagens operation. När salen är iordningställd och patienten positionerad går vi operationssjuksköterskor ut och steriltvättar oss för att sen gå in och draper och duka upp instrument. Vi löser inte av varandra under pågående operation men försöker ställa upp i byten så att kollegan hinner ut och fika. Vanligvis är det anestesisjuksköterskan som följer patienten till postoperativa avdelningen. Vi går med och rapporterar vid stora operationer och vid akut kirurgi.

När det gäller miljön så sorterar vi naturligtvis allt avfall. Vi försöker minimera släng genom att använda Procedure pack, uträknade efter specifika ingrepp. Ingreppen är standardiserade så det finns inte mycket utrymme för enskilda operatörers speciella önskemål. Vi praktiserar standarduppdugning av instrumenten vid vissa ingrepp vilket gör det lätt att duka upp och räkna ner och lätt att lösa av. Detta ger också tidsvinst vilket gör att vi kan hålla planerad produktion och minska kostnaderna. All personal som är involverad i operationerna blir drillad i ekonomi. Vi använder flegångskläder.

Bra att jobba här

Det finns mycket som är bra med att jobba här. Sjukhuset är litet och har bara två vårdavdelningar, en veckoavdelning och en vanlig vårdavdelning. Det finns kirurgisk, medicinsk och gastrologisk mottagning, även vårdcentral och hospice. Det gör det enkelt att samarbeta och vi har kontinuerliga möten tillsammans med vårdavdelningarna, mottagningarna, postop, IVA och forskningsenheten för att arbeta i team runt patienterna och bli av med irritationsmoment som kan uppstå när det brister i vårt samarbete. Vi har ett bra samarbete med våra kirurger och vi som operationssjuksköterskor är väldigt delaktiga under operationen. Vi både instrumenterar och assisterar. Vi står oftast ensamma med operatören vilket är väldigt roligt och stimulerande som operationssjuksköterska. ST-läkare förekommer och vi har operationssjuksköterskestuderenter men tyvärr inte så många från grundutbildningen.

Grundutbildningsstudenterna finns på vårdavdelningarna och följer ibland med patienter till operation och de är alltid välkomna. Vi skulle gärna ha

någon grundutbildningsstudent hos oss under deras akutplacering för att kunna intressera dem för att arbeta på operation. Det finns också stipendier inom stiftelsen för sjuksköterskor som vi kan söka varje år. Bland annat har vi varit i Danmark och studerat hur de jobbar med proktologi. Då åkte vi tillsammans en grupp sjuksköterskor från mottagningen, avdelning, anestesi och operation. Åsa har också varit på konferens om Kvalitetsarbete på Brompton Hospital i London, då också med en grupp sjuksköterskor från olika avdelningar. Forskningsavdelningen på sjukhuset drivs av en sjuksköterska och en läkare vilka avgör vilken ansökan som beviljas. Efter det att man blivit tilldelad ett stipendium och varit iväg måste man lämna en reserapport. Detta för att dela med sig av det man lärt sig. Det är bra att åka tillsammans från olika enheter, man lär av varandra. Vi har ju olika perspektiv i vårdkedjan.

Levnadsvanor

På mottagningarna finns speciella sjuksköterskor som pratar levnadsvanor med patienter inför operation. De har också Sluta röka skola inför operation. Alla patienter informeras

om att rökstopp främjar ett bra operationsresultat men det är inte alltid lätt att kontrollera om de följer det. Vid stora ärrbräckoperationer är man mycket restriktiv och vill inte ta risken med ett dåligt resultat på grund av att patienten inte slutat röka. Vi på operation har haft studiebesök från ERAS anestesisjuksköterskor utifrån landet, då kunde vi presentera Riksföreningens broschyr om Levnadsvanor som de blev mycket intresserade av och det kändes bra att kunna tipsa om hur de hittar information på nätet.

På Ersta upplever vi inte samma stress med patienterna som vi upplevt på tidigare arbetsplatser. Det är roligt att jobba på ett litet sjukhus, vilket gör det lättare att arbeta över avdelningsgränser. Efter laparoskopiska ingrepp mår patienterna ofta väldigt bra postoperativt och går hem redan efter en-tre dagar beroende på kirurgi. Även om dagkirurgiska patienter åker hem direkt har de som behöver en extra dag möjlighet att stanna.

Nu ser vi fram emot vårt nya sjukhus som kommer stå klart 2023. •



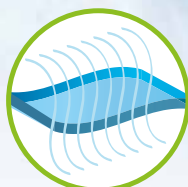
Effektivt smittskydd
och skön komfort.

På operation utsätts du ofta för stänk och minsta lilla droppe ökar risken för smittspridning.

Med Halyards patenterade SMS- och POWER-GUARD-teknologi får du en mycket effektiv barriär mot väta och mikroorganismer.

Munskydd, Typ II och Typ IIR, som du kan andas obehindrat i och är extra snälla mot huden. Rockar som låter dig arbeta bekvämt utan den där klubbiga känslan.

Var rädd om dig! Jämför skillnaden i skydd och komfort. Kontakta oss för mer information och demonstration.



Andningsaktivt



Vätskeresistent



Bakteriefiltrering

William Halsted

- en berättelse om banbrytande kirurgi, droger, operationshandskar och kärlek

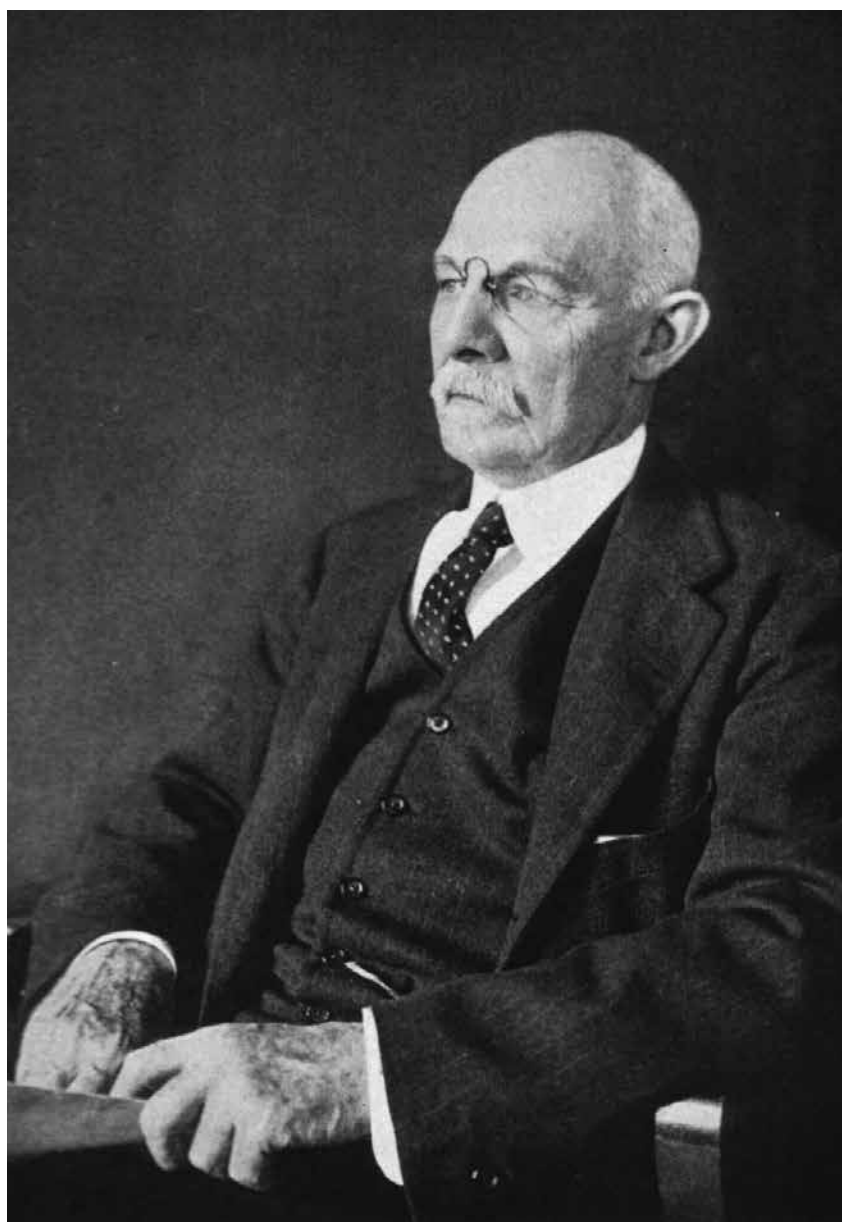
William Stewart Halsted (1852–1922) räknas som den historiskt mest inflytelserika kirurgen i USA. Han utvecklade allt från operation av bröstcancer och lumsbräck, platt och skruv fixation av frakturer till att vara den som först införde gummihandskar i operationssalen. Han var också först ut i USA med att lyfta och utveckla filosofin "säker kirurgi". Hans arbete hade stor betydelse internationellt men även här i Sverige. Han valdes in som medlem i Kungliga Vetenskapsakademien 1917. Han var den förste i sitt land med att införa speciella operationskläder, att vit rock, mössa och munskydd skulle användas i hans operationssal.

1882 utförde han den första galloperationen i USA, en cholecystektomi på sin egen mor på grund av tillstånd med akut cholecystit. Operationen utfördes mitt i natten på ett köksbord. Hans mor tillfrisknade fullt efter operationen.

Halsted utförde också en av de första akuta blodtransfusionerna i USA. Han hade blivit tillkallad för att se till sin syster efter att hon fött barn. När han anlände var hon moribund av blodförlust, han tog av sitt eget blod, förde över till sin syster, därefter opererade han henne och räddade hennes liv. På grund av dessa ope-

rationer blev Halsted känd och gav honom ett rykte att han var djärv som kirurg. Halsted utvecklade metoder för lokalanestesi genom att använda kokain för att injicera i nerver. Han testade på sig själv och anlade 1885

medicinshistoriens första perifera nervblockad genom att injicera kokain mot mandibularis nerven för att smärtfritt bli av med en problematisk underkäksmolar. Han utförde en rad experiment med att injicera kokain i



William Stewart Halsted 1922 (69 år)

Faktaruta

Halsteds grundläggande kirurgiska principer för skonsam hantering av vävnad

- noggrann hemostas
- bevarande av blodtillförsel
- strikt aseptisk teknik
- exakt vävnadsanpassning
- undvika spänning i vävnader
- förhindra deadspace

Peang Halsted-mosquito



En av de ursprungliga operationshandskarna av gummi, tillhörde Dr J. M. T. Finney. Johns Hopkins Hospital

nerv, försöken utfördes på sig själv, kollegor och medicinstudenter. Detta ledde till att Halsted och flera av hans kollegor blev drogberoende. Han vistades under längre perioder på avvänjningskliniker. Där behandlingen var att kokainet byttes ut mot morfin. Drogberoendet följde honom livet ut.

Utbildningsprogram för kirurger

William Halsted var främst verksam som chefskirurg vid John Hopkins sjukhuset i Baltimore. Han var den förste i USA att införa utbildningsprogram för kirurger eftersom det tidigare inte fanns några formella utbildningar till kirurger. Halsteds modell av lärande och träning av unga kirurger, "see one, do one, teach one" har efter det länge varit den traditionella undervisningsmetoden i kirurgi.

Halsted misstänkte att cancer spreds via blodet och utifrån det tänkte han sig att tillräckligt lokalt avlägsnande av tumörer skulle bota cancer. Detta ledde till att han genomförde den första radikala mastektomin av bröstcancer i USA. Ingreppet har därför kallats Halsteds radikala mastektomi. Han tog till sig av Listers kunskaper kring aseptik och intresserade sig för basal operationsteknik med betoning på noggrann dissektion och rigorös



The all-star operation 1904

En ny kirurgisk amfiteater vid Johns Hopkins Hospital öppnades formellt 1905. Halsted övertalades av sin personal att invigja den nya anläggningen genom att arbeta i den med sina seniora läkare, och inte som brukligt med de yngre läkarna. Dr Cushing märkte den här bilden med deltagarnas namn och roller Dr. Halsted - opererande, Dr. Finney - 1: a assistent, Dr. Cushing - 2: a assistent, Dr. Young - instrument, Dr. Mitchell - anestesiläkare, Dr. Follis - lämnar, Dr. Baetjer - sittande, fröken Hampton - operationssjuksköterska. Detta var tidigt i användningen av gummihandskar, en praxis som började vid Johns Hopkins.

hemostas istället för det snabba opererandet som var dåtidens praxis. Trots att introduktionen av generell anestesi gjort att kirurger hade möjligheten att operera försiktigt och metodiskt fortsatte de flesta andra kirurger vid denna tid fortfarande operera snabbt

och blodigt, utifrån den vanan att patienten var vaken, skrikande och hölls fast av assistenter. Här utvecklade han sin peang "mosquito" som möjliggjorde exakt hemostas under operationerna och bidrog till hans rykte som en oblodig kirurg.

Dr Wiliam Mayo, en av grundarna till Mayo kliniken, kommenterade en gång att Dr Halsted tog så lång tid på sig att utföra operationer att patienterna vanligtvis läkte innan han hade en chans att försluta snittet. Den utrustning som fanns i Halstedts operationssal beskrivs som enkel och bestod av ett operationsbord i trä som han uppfunnit, i salen fanns glaskärl innehållande kraftfulla antiseptiska lösningar avsett för händer, armar och instrument. Allt steriliserades i lösningen och den aseptiska metoden var rigorös och smärtsam för personalen som ständigt hanterade och badade instrumenten i medlet.

Dr Halstedts operationssköterska, Caroline Hampton drabbades av kontakt dermatit vilket gjorde att hon inte längre klarade av den kraftiga fenollösning som användes. Följande återberättas av Dr Halsted själv:

"Under vintern 1889-1890 - jag kan inte minns vilken månad - klagade sjuksköterskan med ansvar för min operationssal över att lösningarna med kvicksilverklorid gav henne dermatit i händer och på armar. Eftersom hon var en ovanligt effektiv kvinna tog jag upp frågan och en dag i New York bad jag Goodyear Rubber Company om att göra ett experiment med två par tunna gummihandskar. När dom testades visade sig dessa vara så tillfredställande att ytterligare handskar beställdes. Under hösten när jag återvände till sjukhuset var också



Halsted's operationssjuksköterska miss Caroline Hampton

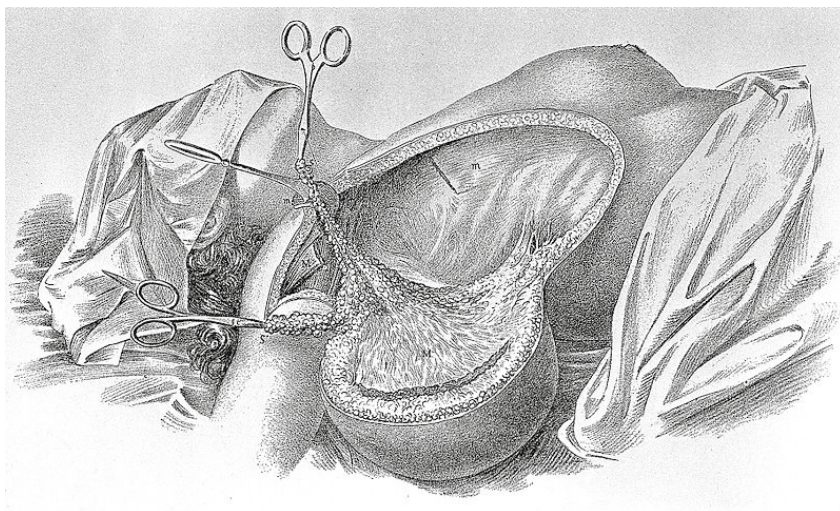


Illustration av radikal mastektomi enligt William Stewart Halsted

den assistent som räckte instrument och trädde nålar försedd med gummihandskar vid operationer. Först bar operatörerna dem endast vid ledoperationer. Efter en tid blev assistenterna så vana att arbeta med handskar att de också bar dem som operatörer och då upplevde att dom var mindre kunniga med sina bara händer än med handskar på".

Denna beskrivning har kallats det mest berömda stycket som någonsin skrivits i den kirurgiska litteraturen, inte bara för att det beskriver historien kring införandet av operationshandskar av gummi utan också för att det beskriver början på ett kärleksförhållande som finns dokumenterat i den medicinska litteraturen. En kollega till Halsted, dr William Osler, känd som den moderna medicinens fader, observerade att relationen mellan dr Halsted och operationssjuksköterskan miss Hampton började förändras från att tidigare varit strikt professionell:

"En söndagsmorgon gick jag in i det patologiska laboratoriet och fann att Dr Halsted undervisade henne i osteologi - där han visade fibula, jag visste då hur det var ställt med honom".

En vecka senare meddelade dom förlovningen. William Halsted och Caroline Hampton gifte sig i juni 1890. De förblev gifta till hans död 1922, Caroline dog två månader efter honom.

Operationshandskar var ursprungligen utformade för att skydda operationspersonal från frätande ämnen, därefter för att skydda patienten från kontaminering av operationspersonalen, till idag då handskar åter bärs

även som ett personligt skydd för personal mot blodburna infektioner.

"The only weapon with which the unconscious patient can immediately retaliate upon the incompetent surgeon is hemorrhage." William Stewart Halstead, 1912. •

Referenser:

S. Robert Lathan (2010) *Caroline Hampton Halsted: The First to Use Rubber Gloves in the Operating Room*, Baylor University Medical Center Proceedings, 23:4, 389-392,

W.G MacCallum *Biographical memoir of William Stewart Halsted 1852-1922* national academy of sciences of the united states of america biographical memoirs Volume XVII-seventh memoir 1935

William Stewart Halsted - Our Surgical Heritage Cameron,J,L. Annals of Surgery vol 225, No 5 445-458

A History of Surgery in the instrument Tray: Eponymous Tool Used in Hand Surgery. C.G Meals, R.A Meals. The Journal Of Hand Surgery 2007;32A:942-953

William Steward Halsted: His Life and Contributions to Surgery Lancet Oncol 8 (3) 256-65 Mar 2007

K. Hagelsteen Surgical Education Assessment of simulation for training and selection of trainees. Lunds Universitet 2018

S, Kotsis K, Chung. Application of See One, Do One, Teach one concept in Surgical Training. *Plast Reconstr Surg* 2013 May 131 (5) 1194-1201

KEBOMED



AirSeal[®]iFS

Den intelligenta insufflatorn

AirSeal mode ger

Stabilt pneumoperitoneum

Konstant rökevakivering

Ventilfri access

KEBOMED distribuerar och marknadsför medicintekniska produkter och avancerad apparatur till den svenska sjukvården.



Ett omväxlande jobb - kombinationsuppdrag

På Nya Karolinska Universitetssjukhusets, (NKS), Medicinska enheten bröst-, endokrina tumörer och sarkom (BES) i Tema Cancer startade ett projekt hösten 2018 med operationssjuksköterskor knutna till ett patientflöde inte till en operationsavdelning. Det som låg till grund för att starta projektet, var att verksamheten är ensamutförare av endokrin kirurgi i Region Stockholm och upplevde problem med att operationsavdelningen som är en servicefunktion, PMI, (se organisationsskiss) ofta strök salar på grund av personalbrist och att det var de endokrina patienter som då blev strukna. All operationsverksamhet på NKS drevs vid den här tidpunkten av funktionen Perioperativ Medicin och Intensivvård (PMI). Då endokrin kirurgi oftast är elektiv och till stor del benign upplevdes det som att det var lätt att stryka till förmån för akut kirurgi. Eftersom man är ensamutförare i Stockholm byggdes det upp en lång kö av endokrin kirurgi. Vad göra för att slippa strykningar? Svaret blev att anställa egna operationssjukskö-

terskor knutna till sitt patientflöde, (BES) inom Tema Cancer. Här opererar man Hyperpara, total och hemi thyroidektomi, binjurar, sarkombukar och andra endokrina tumörer i buk. Alla övriga operationssjuksköterskor på NKS är anställda inom PMI som är funktionsenhet och samarbetspartner på NKS.

Man annonserade externt och sökte operationssjuksköterskor som ville jobba i ett patientflöde, före, under och efter operation. Allt gjordes i samarbete med PMI, annons, intervjuer, löneförhandlingar. Idag har projektet blivit standard därför att det fungerade så bra. Det som blev utvärderingsmätt var att man inte har strukit några patienter sen projektet startade på grund av personalbrist. Idag är fem operationssjuksköterskor anställda inom BES. Alla fem anställdes inte samtidigt och alla är inte inskolade på alla funktioner i flödet än. Anställning gäller dagtid 40 tim./vecka, förtroendetid, alltså ingen övertidsersättning. Arbetet innefattar

idag rotation mellan operationsplanering, mottagningsarbete och arbete under operation. Ytterligare en operationssjuksköterska som är anställd inom PMI alternerar 50% BES och 50% Neuro och det involverar enbart salsarbete än så länge.

Preoperativt är sjuksköterskorna delaktiga i vårdplanering, pratar med patienterna före operation och kan informera om operation med en detaljkunskap som ingen annan som jobbar i öppenvården har. I planeringsfasen har operationssjuksköterskorna också en djup kunskap om vad som händer på sal vilken utrustning som behövs mm. som underlättar vid inplanering i Orbit. För närvarande arbetar tre stycken med operationsplanering. Tanken är att alla ska kunna delta men det tar tid att lära sig. Har man ingen erfarenhet av det tidigare tar det väldigt lång tid. En del har erfarenhet från tidigare jobb med viss planering på avdelningsnivå men den här är mycket mer omfattande och kräver ett större perspektiv. Intraoperativt arbetar de som vanliga operationssjuksköterskor men också som assistenter till operatörerna det vill säga ersätter en annan läkare. De analyserar också PTH värden (IOPHT) en uppgift som tidigare sköttes av forskningssjuksköterskor. Att assistera är en del i utvecklingen för sjuksköterskorna, en utvecklingsmöjlighet att kliva i kompetensstegen och bli First assistant. Det är det man strävar efter.

Inskolning

Man täcker upp de salar som är tilldelade BES på NKS. Man har också en viss verksamhet på plastikoperation där deras personal gör jobbet. Ibland deltar man där som assistent eller gör intraoperativt PTH. Inskolningar av nyanställda på PMI och studenter ingår naturligtvis också i verksamheten. Att lära ut är ett måste. Det behöver finnas backup vid sjukdom, då måste



DET ÄR VI SOM JOBBAR PÅ BES INOM TEMA CANCER



Elena Kuzmina
Westerlund



Suzanne
Svensson



Annika
Bungerfeldt



Rebecka
Lindwall



Malin
Kalliamvakou



Amina
Hussein Salem

ju operationerna kunna genomföras och kunskapen finnas. Även operationssjuksköterskor från PMI bemannar BESs salar. Övrig personal på sal är anställda inom PMI. Två av flödes-sjuksköterskorna är också delaktiga i att ta fram statistik på postoperativa infektioner inom enheten.

Operationssjuksköterskorna har ett gemensamt möte på fredagsmorgnar då de går igenom planerat operations-schema för den kommande veckan och fördelar arbetsuppgifter. Vilka salar ska bemannas, vilka övriga uppgifter som ska utföras, IOPH-mätning, inskolningar mm. Alla får önska vad de vill göra och man försöker se till så att alla får variera. Hittills har man kommit överens utan problem. Man diskuterar schemaläggning gemensamt och lägger det på gemensam disc så att cheferna har information och kan lägga in önskemål om det sker förändringar. En sjuksköterska sköter lunchavlösningen varje dag det är ofta den som arbetar med operationsplaneringen den dagen. Man vet alltid när det är långa operationer så de är lätta att planera in. Då planerar man att en kommer senare den dagen. Händer det vid andra tillfällen att det drar över försöker de som inte haft salsarbete den dagen att lösa av om behov finns. Ingen chef diffar eller godkänner utan de jämkar själva. De är en liten arbetsgrupp där alla bidrar. Det var väldigt ovant i början att sköta schemaläggning själva, men nu upplevs det bara positivt. Ledigheter stäms också av gemensamt och det brukar inte innebära några problem. Sommarsemestern läggs med hänsyn tagen till sjukhusets operationsplanering och med hänsyn till dels våra egna arbetskamrater dels mottagningen så att de alltid har en bra bemanning. Under sommarens lugna veckor räcker det med en person på planeringen. Är någon sjuk blir det mindre folk på operationsplaneringen,

salarna går först. Antalet salar/vecka beror på tilldelning till verksamheten enligt sjukhusets kapacitetsplan. Man kan naturligtvis gå hem om en operationsdag blir kortare (förtroende tid) men oftast går de till operationsplaneringen där det alltid finns saker att ta tag i. Att man försvinner från operationsavdelningen kan ju leda till missförstånd hos kollegor vilket det nog gjorde i början. Det fanns också en tro att de hade bättre betalt vilket inte är fallet. Lönerna skiljer sig inte från många kollegor med vanlig operationsanställning.

"Att få fokusera på en verksamhet, man blir ett team på ett helt annat sätt"

En ny dimension till arbetet

Att arbeta på detta sättet ger en ny dimension till arbetet. Det är skönt att kunna grotta ner sig och verkligen kunna något i grunden. Det ger så mycket mer som gör salsarbetet roligare. Att få gå på föreläsningar för att lära sig endokrin kirurgi ordentligt och förstå provtagningen. Ju mer man lär desto roligare är det. De får en bättre bild av patienten speciellt då de haft kontakt innan och sen träffar samma patient i samband med operation. Arbets sättet ger också en djupare kunskap om specifika sjukdomar. Man får en bra bild av patienterna i samtalen preoperativt och kan lotsa vidare till perioperativa samtal. Patienterna får skriftlig information om levnadsvanor och besvarar en elektronisk hälsodeklaration preoperativt. Idagsläget känner de att de är dåliga på att följa upp att det finns mycket mer de skulle kunna göra då kunskapen finns. Man informerar men följer inte upp och har inga rutiner för hur man skulle kunna lotsa patienter till andra kontakter. Till exempel kunna erbjuda hjälp då vi är ett rökfritt sjukhus. Det finns utvecklingspotential. Det finns en tanke om att man också

"Att få fokusera på en verksamhet, man blir ett team på ett helt annat sätt"

ska följa patienten postoperativt. Kan vara utskrivning på avdelning, om det är en slutenvårdspat eller ha egen mottagning som postoperativ sårkontroll sex veckor efter operation och även för att lämna över PAD besked. Det finns idag inga planer på att utöka gruppen, även med postoperativt arbete tror man att man kommer att klara sig på fem operationssjuksköterskor. Om det finns någon nackdel kan det vara att man blir för snäll, ställer upp mycket, man blir mer lojal. Om det nu är en nackdel?

Framtid?

Sjukvården behöver engagerade och motiverade medarbetare. Varför hamnar man med icke motiverade medarbetare – en diskussion alla chefer måste föra. Kanske är en lösning på dagens bekymmer med operations-sjuksköterskebrist att som här tänka utanför det gängse och se om man kan ha olika anställningsformer inom verksamheten. För att nå framåt för framgångsrik sjukvård bör vi inte vara rädda att tänka nytt och arbeta för att ha bra samarbete på alla nivåer. När de i projektet intervjuade i samband med annonsen ställde de frågan: vad är det som gör att du vill komma till jobbet varje dag? Det är en jätteviktig fråga för sjukvården i stort att ställa för att säkerställa bemanningen i framtiden. Det viktiga är inte hur man är anställd utan att man har en dialog med varandra och jobbar mot samma mål. •

Berätta för omvärlden – gör en poster!

Riksföreningen för Operationssjukvård vill gärna att medlemmarna presenterar kvalitets-/utvecklingsarbeten, resultat från examensarbeten på grund- eller avancerad nivå, eller forskningsresultat på kongresserna. Ett väldigt bra sätt att nå ut är att göra en poster! Hittills har intresset från medlemmarna att presentera på poster varit ganska svalt, därför vill Riksföreningens Vetenskapliga råd uppmuntra till och ge några tips, om hur en poster kan konstrueras. Exemplet på poster som presenteras på omstående sida fungerar väl för en poster till Riksföreningens höstkongresser och Hygienforum.

Allmänt om posterkonstruktion

En poster kan ha olika format; liggande ("landskapsformat") eller stående ("porträttformat"). Olika konferenser och kongresser vill ha olika format och storlek (beroende på vilka skärmar de har för att sätta upp dem). Börja därför med att kontrollera vilket format och vilken storlek du får använda innan du börjar.

När du vill presentera din poster på en konferens brukar organisationen som organiserar konferensen först efterfråga ett abstract. När detta blivit antaget får du meddelande om att du kan gå vidare med att konstruera postern och vilket format och storlek som gäller. Kostnaden för att trycka upp en poster brukar ligga runt cirka 500 SEK, oftast är verksamheterna villiga att ta den kostnaden om du blivit antagen att presentera resultat av arbete som utförts på kliniken.

Det finns inga egentliga "måsten" för layout på en poster. Du kan exempelvis ha en bild som tonad bakgrund



över hela postern, eller så kan du ha en mer konventionell indelning i textfält. Posterexemplet på omstående sida har en konventionell indelning.

Om du ska göra en poster första gången är det lättast att ha en mall att utgå ifrån. Många sjukhus och lärosäten har egna postermallar, med logotype, som kan laddas ned från interna sidor. Dessa mallar är oftast i Power Point-format, en programvara som de flesta har tillgång till.

Lycka till med posterkonstruktionen! Vetenskapliga rådet hoppas nu att fler vill presentera spännande arbeten som pågår i landet, kanske redan till nästa kongress? •

Några tips

(utöver dem i posterexemplet)

- Blanda inte olika teckensnitt, använd ett teckensnitt utan fonter (exempelvis Arial) som är lättare att läsa.
- Om du använder grafer (t.ex. diagram), särskilj olika data/grupper med olika färger. Försök se till att färgerna harmonierar med övriga färger i postern (framför allt om du använder postermall från sjukhus/lärosäte där profilfärgerna inte får ändras)
- Ange en tydlig avsändare, med kontaktuppgifter, så att den som vill kontakta dig efteråt kan nå dig. Hänvisa gärna till var läsaren kan hitta mer information, exempelvis på hemsida eller Facebook. Inkludera gärna en porträttbild.
- Du kan söka bilder som är fria att använda på Internet (exempelvis hos www.freeimages.com), följ noga de regler som gäller om du använder bilder du inte själv har upphovsrätt till.



NOIR[®] SUPREME CUT SCISSORS

AESCLAP SURGICAL INSTRUMENTS



I huvudet på en chef

Det är roligt att vara chef och den känslan hoppas jag kunna förmedla till mina medarbetare. I början av min chefstid var jag orolig för att ha utvecklingssamtal men jag har kommit på att det är ett bra sätt att möta mina medarbetare. Ett tillfälle att få ge min blid av verksamheten utifrån helhet till enskilda prestationer. Det man upptäcker när man varit chef i en större organisation under flera år är att året är ganska inrutat med vissa givna arbetsmoment, utöver daglig drift av operationsavdelningen, allt från medarbetarsamtal till lönesamtal, arbetsplatsundersökningar och arbetsplatsträffar. Vår HR - avdelning ger oss fint stöd i de olika processerna.

Lönesamtalen är väl det som väcker mest känslor hos medarbetarna och det inte alltid lätt att förklara hur fördelning av pengarna sker. Snart går vi in i en ny lönerevision med Vårdförbundet som ska vara klar i mars. Där vi utgår från fastställda lönekriterier men det är ofta diskussioner hur ska vi använda dem för de är gemensamma för hela kliniken inte specifika för vår avdelning. Vi vill ha samma lönekriterier för anestesioch operationspersonal. I princip får alla chefer samma pott när sjukhuset delar ut 2 % men ibland har man valt att rikta satsningar på vissa områden. Om vi nyanställer försöker vi hitta en lagom lönenivå baserat på hur man förhåller sig i gruppen. Man ska ha en lönespridning efter kompetens. Men det är inte enkelt att väga in tidigare yrkeskompetenser vid nyanställning till exempel tio år som intensivvårds-sjuksköterska och ett år som operationssjuksköterska. Hur lönesätter man den kompetensen på en operationsavdelning? Att sänka lönen, ingångslönen för den individen känns inte som ett bra underlag till rekrytering eller skapar det oro i arbetsgruppen om man varit allt för frikostig vid nyanställning.

Att särskilt yrkesskickliga fick en extra tilldelning är något nytt som kom till lönerevisionen 2019, som inte var så kul att hantera som man

kunde tro. Vi tycker att det är ett olyckligt uttryck för det är väldigt många som är yrkesskickliga. De som fått del av extrapengarna har en särskild förmåga och kan hantera det mesta som kommer till avdelningen, som resonerar på ett sätt som gör att man som chef känner sig trygg med att verksamheten har en viss kvalitet, dom utvecklas själva, delar med sig av sin kunskap och tar ett eget ansvar. Vi har en hög procent yrkesskickliga men vi blir hårt styrda att det bara ska vara typ 10 % som är Särskilt yrkesskickliga på sjukhuset. Det känns tråkigt för jag skulle vilja säga att minst en tredjedel av vår personal tillhör kategorin Särskilt yrkesskickliga. Det är lite som tidigare i skolan

när man bara fick ge två femmor sen var femmorna slut och då "får du en fyra för femmorna är slut". Det känns inte rätt alla gånger.

Lång och bred kompetens

Det är tryggt som chef att alla personalkategorier har lång och bred kompetens, vilket innebär att det sällan blir några omedelbara kriser. Tryggheten i arbetet som chef handlar ju också om att vara trygg i sin grundprofession. Jag har jobbat länge inom yrket innan jag blev chef. Chefsjobbet är ju ett jobb, men att veta hur verksamheten är uppbyggd och kunna utrustning är nödvändigt. På min enhet så har vi ett delat ledarskap, vilket enligt oss två chefer är mycket



Foto: byLindahl

bra. Det är tryggt att alltid ha någon att bolla sina idéer och tankar kring ledarskapet med. Det är en styrka att vi två chefer har ganska olika personligheter och yrkesbakgrund men tillsammans blir vi bättre som chefer.

Vi diskuterar alltid tillsammans min chefskollega och jag. Vi vill att det ska vara rättvist. Det som är svårt med att vara chef är att återföra aktuell information så att medarbetaren känner tillit och att det inte finns någon dold agenda för då blir det lätt oro i leden, alla måste förstå uppdraget. Vår vardag på operationsavdelningen är en viktig del av sjukhusets verksamhet, vi ska producera och vi ska fylla våra salar och vi har en känsla av att det vi gör är bra. Men vi har ingen insyn i hur vårdproduktionen påverkar ekonomin på sjukhuset i stort. Vi ser inte våra siffror och det är frustrerande. Vi ser inte vad allt kostar i stort. Att vi håller i kostnaderna på avdelningsnivå vet vi men vi har ju ingen aning om de totala kostnaderna. Det är inte som när du har en firma där du kan leverera och vet att de här resultaten har vi gjort och så här ser vår ekonomi ut och så här stor pott av

utbildningspengar har jag och det här är löneutrymmet som vi har.

Man kan få ner kostnader för avdelningen rejält om man tar ansvar för sin utrustning. Om man har kunskap om utrustningen och hur man hantarerar den. Utan den kunskapen skulle det bli dyrt för sjukhuset. Vi är styrda av upphandlingar och vissa inköp av material eller utrustning får vi inte köpa eftersom det inte är upphandlat eller måste upphandlas. Det är inte alltid det som är bäst och kostar minst som är tillåtet att köpa, utan skapar en hel del extra arbete.

Här och nu

Det är många saker som kan behöva lösas här och nu. Ibland är man bara en avlastningsplats för någon. Kan vara hur en person har reagerat på ett beslut, vederbörande har ställt in sig på en sak och då är det som gäller och det blev inte så. Då får man försöka förklara. Allt är inte positivt. Ibland måste man fatta obekväma beslut och då gäller det att man är tydlig med varför och hur. Försöka förankra det men det är ju så att alla blir ju inte lika glada alla gånger. Man får rätt

mycket frågor om allt mellan himmel och jord. Den ena dagen är inte den andra lik. Det är lite av det som är charmen.

Med rätt bemanningsnivå klarar man det mesta. Det är svårt det här med bemanningsnycklar för de kan förändras över tid beroende på ekonomi. Men för vår del nu är att man har förstått att det är viktigt att vi är rätt bemannade för att en sal som står för att det saknas en kategori i teamet är jättedyrt. Det gäller att vi har rätt bemanning hela tiden. Vi har väldigt sällan strykningar på grund av att det saknas personella resurser. Det vanligaste är att patienten uteblir, att det inte passar i livet med operation just nu eller att vårdplatser saknas. Det är den vanligaste strykningsorsaken. Att leda en verksamhet under förändring där operationskapaciteten behöver öka har varit en utmaning för oss chefer. Att personalen känner sig kompetent och behövd har varit en framgångsfaktor för att vi ska kunna behålla och nyanställa personal. Tillsammans så har vi jobbat bort vårdköer genom att göra rätt saker, inte genom att springa fortare. •



PI-KARE
Skin-friendly PI Technology

Nästa nivå av operationshandskar i Polyisopren – Ansell's PI KARE™ Technology

Förbättrad allergenprofil

Alla kemiska accelerators som är kända för att orsaka typ IV-allergi eller överkänslighet har eliminerats från Ansell's PI-KARE™ Technology operationshandskar. PI-KARE™ Technology uppfyller helt riktlinjerna fastslagna av Upphandlingsmyndigheten, som har publicerat en lista över kemikalier och kända allergener som skall undvikas i handskar för medicinskt bruk ("Kemikalier och allergener vid tillverkning av engångshandske, 2018-06-04").

Förbättrad hållbarhet med bibehållen känsla

Ansell's PI-sortiment innehåller några av de tunnaste PI-handskarna på marknaden. Hållbarheten hos dessa handskar sträcker sig långt över kraven i ledande internationella standarder, närmare bestämt ASTM, ISO och EN, och några av produkterna har bättre prestanda än motsvarande latexalternativ. PI-KARE™ Technology ger en starkare mer hållbar handske, med bibehållen följsamhet.



BERNER
Medical

Ansell, ® and ™ are trademarks owned by Ansell Limited or one of its affiliates. © 2019 All Rights Reserved.

Varför väljer specialistsjuksköterskor inom anesthesi- och operation att lämna sin arbetsplats?

Den närmaste chefens svek och nonchalanta beteende och kollegornas avvisande attityd och systematisk utfrysning nämndes som huvudorsakerna till varför specialistsjuksköterskor inom perioperativ kontext lämnade sin arbetsplats. Det innebar att deltagarna inte kände sig behövda, och att de inte var involverade i viktiga beslut som fattades. Andra orsaker var påfrestande arbetsschema, skiftarbete, och ökat produktionskrav som ledde till negativa hälsoeffekter, dålig lön, och ett önskemål om att kunna arbeta för att leva och inte tvärtom som det upplevdes av många. Deltagarna beskrev att de hade varit till sin närmaste chef för att diskutera sina tankar om att lämna vid flera tillfällen men hade blivit bemötta med axelryckningar och ingen hade fått ett uppföljande samtal av chefen för att beskriva varför hen valde att lämna arbetsplatsen.

Enligt en amerikansk studie från 2014 lämnade 17,5 procent av grundutbildade sjuksköterskor sin arbetsplats inom första året efter avslutade studier. Liknande siffror finns i en svensk studie där en treårsuppföljning visade att 18 procent av grundutbildade sjuksköterskor samt undersköterskor lämnade arbetet, 16 procent blev sjukskrivna motsvarande 28 dagar eller längre. Den senare studien pekade på att sannolikheten att lämna arbetsplatsen var större hos yngre sjuksköterskor och sannolikheten till att bli sjukskriven var högre hos äldre undersköterskor.

Arbetstagare lämnar arbetsplatsen av olika orsaker och det kan ske frivilligt eller ofrivilligt. Det finns fem faktorer som påverkar sjuksköterskors arbetsmiljö, att sjuksköterskor får

delta i sjukhusets angelägenheter, att sjuksköterskor får arbeta med vårdkvalitet, bemanning och tillgängliga resurser, kollegiala relationer sjuksköterskor emellan och mellan sjuksköterskor och läkare. Studier visar att sjuksköterskor lämnar sin arbetsplats eller yrke på grund av personliga och organisatoriska orsaker som ledarskapet, vad arbetet erbjuder, missnöje med arbetet eller arbetsplatsen eller för att de är trötta på arbetet, eller på grund av pensionsavgång.

Att vara missnöjd med arbetet kan leda till negativa hälsoeffekter som stress, depressiva symptom och generellt dålig hälsa. Att inte känna mening med sitt arbete kan leda till långtidssjukskrivning. Fysiska effekter har studerats tidigare. Det finns studier som beskriver att skiftarbete innebär en och en halv gång högre risk att drabbas av ryggsmärtor och att sömnen påverkas negativt. Höga krav på arbetet och känsla av låg kontroll kan leda till högt blodtryck. Arbetstillfredsställelse å andra sidan påverkas av arbetstider, organisatoriska faktorer som antal personer som arbetar på en arbetsplats, den egna hälsan och ekonomiska faktorer, det vill säga lönen. Avsikter att lämna sin arbetsplats eller yrket är ett tidigt tecken på att vilja lämna. I denna studie studerades orsaker till att specialistsjuksköterskor "frivilligt" lämnade sin arbetsplats.

Studien genomfördes på nationell nivå på sju universitets- och länsdelsjukhus. Individuella djupintervjuer utfördes där 20 specialistsjuksköterskor inom perioperativ kontext valde att delta för att beskriva varför de lämnade sin arbetsplats. Det var 11 anestesijuksköterskor och nio

operationssjuksköterskor. Åtta var män och 12 var kvinnor. Åldern var mellan 28 och 54 år, medelåldern 41 år. Data samlades in via face-to-face och telefonintervjuer.

Den närmaste chefens svek och avvisande attityd, och att inte känna sig behövd

Deltagarna kände ett svek av den närmaste chefen som upplevdes att inte lyssna på dem eller involvera dem i viktiga beslut. Deltagarna upplevde sig inte vara viktiga för verksamheten eftersom det inte visades någon uppskattning mot dem. Chefen upplevdes som frånvarande och att hon/han inte hade sina medarbetares intressen i åtanke när det gällde schemaläggning m.m. Flera hade tagit kontakt med den närmaste chefen för att beskriva sina problem under flera tillfällen, men de avvisades med axelryckningar vilket upplevdes som nonchalans. Att lämna arbetsplatsen beskrevs som en process, något som deltagarna hade reflekterat över vid flera tillfällen och tidpunkter, och försökt diskutera med sin närmaste chef. En av deltagarna beskrev det i ett citat att "jag har gått till chefen både en och två gånger, jag går inte dit en tredje gång".

Deltagarna var missnöjda med sina löner och på vissa arbetsplatser hade det förekommit massuppsägningar p.g.a. bl.a. orättvis lönesättning och låg lön. Flera av dem som hade lämnat arbetsplatsen enligt deltagarna, hade börjat att arbeta i kommunal verksamhet där de kunde fördubbla eller tredubbla sina löner. Ingen av deltagarna i studien hade kontaktats av arbetsgivaren efter att de hade lämnat arbetsplatsen för att förstå orsaken till varför de hade slutat, och flera berättade att de upplevde sig



exkluderade när de hade velat komma tillbaka senare.

Omänskliga arbetsförhållanden som ledde till negativa hälsoeffekter

Deltagarna beskrev höga produktionskrav och krav på att arbeta flera kvälls- och nattskift och beredskapsspass per vecka, vilket gjorde att de undrade hur de skulle klara av att arbeta till pensionsåldern. Väl på arbetet, beskrevs arbetspassen som tuffa med arbete non-stop från det när de anlände till arbetsplatsen tills det var dags att åka hem, med små möjligheter till rast speciellt på jourtid. En känsla av instängdhet på operationssalen beskrevs av deltagarna och att det var svårt att veta om de kunde åka hem när arbetsdagen var slut eller om de skulle arbeta övertid. Flera hälsoproblem beskrevs som t.ex. sömnproblem, svimfärdighet under nattarbete, och en annan trodde att hen hade fått hjärtinfarkt.

Inte vara fri att bestämma om sitt eget liv och att familjelivet var viktigare än arbetet

Deltagarna beskrev att fritiden var helig men i och med att de arbetade



Erebouni Arakelian

som de gjorde var det svårt att vara ledig. De ville utöva fritidsintressen som att jaga och ha tid med familjen. Det uttrycktes som att "man ville arbeta för att leva" och inte tvärtom. Deltagarna beskrev att de hade så

kallade önskescheman men det var ett "utopi" att kalla det för det eftersom det var väldigt få av önskemålen som accepterades. Bristen på specialist-sjuksköterskor gjorde att deltagarna tvingades arbeta dubbla skift ibland för att uppfylla produktionskraven. De var tvungna att lägga ledigheter sex månader före det önskade datumet och även då rådde det osäkerhet kring om det skulle godkännas. Uttryck som att "känna sig som slav" på arbetet användes för att beskriva arbetssituationen.

Kollegorna gjorde att man kände sig mindre värd

Deltagarna beskrev att kollegornas avvisande attityd var en av de viktigaste orsakerna varför de valde att lämna sin arbetsplats. Det beskrevs hur de "nya" eller "yngre" inte fick komma in i de erfarnas "gäng" och att de fick vänta på sin tur i flera år för att kunna ha åsikter om olika saker. Systematisk utfrysning av kollegor beskrevs av deltagarna, och det uttrycktes t.ex. att kollegan var långsam att drapera patienten före operationen. Operationssjuksköterskorna uttryckte också att de hade blivit illa behandlade av kirurger.



Slutsats

Studien visade den närmaste chefens betydelse för specialistsjuksköterskors välbefinnande på arbetsplatsen och hur dennes handlingar eller brist på handlingar påverkade sjuksköterskorna till den grad att de beslutade att lämna arbetsplatsen. Sättet att beskriva sina tankar visade att deltagarna hade funderat på att lämna sin arbetsplats och att det beskrevs som en process, men att när beslutet var fattat kunde "ingen lön i världen kunde ändra det". Därför är det viktigt att den närmaste chefen har kunskap om att hen kan påverka beslutet, om hen agerar i tid.

Resultatet visar också kollegornas betydelse för att varje individ ska känna att hen är en i arbetsgruppen och välkommen på sin arbetsplats, speciellt om man är nyanställd. Chefen är ytterst ansvarig för att skapa en icke-våldsam arbetsmiljö men arbetskamraterna har också stor och viktig roll i det. Det finns övningar som kan göras för att skapa noll tolerans mot mobbing på arbetsplatsen.

Brist på sjuksköterskor och i synnerhet specialistsjuksköterskor inom perioperativ kontext diskuteras både nationellt och internationellt som ett allvarligt problem, och som påverkar patienter när planerade operationer blir inställda. Brist på specialist-sjuksköterskor innebär lidande för patienter och stora kostnader för både patienten men också för sjukvården. Flera åtgärder måste vidtas och kan vidtas både på mikronivå (på enskilda avdelningar på sjukhusen) men också på makronivå (nationellt och internationellt) för att de utbildade specialistsjuksköterskorna stannar på sin arbetsplats eller väljer att återvända till sin arbetsplats om de lämnat.

Det är ett aktuellt ämne som diskuteras både inom hälso- och sjukvården men också inom de olika lärosäten. Det som studien visar är att det går påverka den negativa trenden men att olika aktörer måste agera tillsammans. Idag finns det ett annat aktuellt problem och det är söktrycket som minskat till vissa specialistutbildningar beroende på olika orsaker, vilket är bekymmersamt. Därför måste åtgärder sättas in redan idag! •

Referenser

Josephson, M., et al., *The same factors influence job turnover and long spells of sick leave--a 3-year follow-up of Swedish nurses*. Eur J Public Health, 2008. 18(4): p. 380-5.

Harju, L., J.J. Hakanen, and W.B. Schaufeli, *Job boredom and its correlates in 87 Finnish organizations*. J Occup Environ Med, 2014. 56(9): p. 911-8.

Theorell, T., et al., *Influence of job strain and emotion on blood pressure in female hospital personnel during workhours*. Scand J Work Environ Health, 1993. 19(5): p. 313-8.

Rudolfsson, G., I. von Post, and K. Eriksson, *The development of caring in the perioperative culture: nurse leaders' perspective on the struggle to retain sight of the patient*. Nurs Adm Q, 2007. 31(4): p. 312-24.

Rudolfsson, G. and G. Flensner, *Suffering and suffering with the other - the perspective of perioperative nurse leaders*. J Nurs Manag, 2012. 20(2): p. 278-86.

Higgins, B.L. and J. MacIntosh, *Operating room nurses' perceptions of the effects of physician-perpetrated abuse*. Int Nurs Rev, 2010. 57(3): p. 321-7.



Erebouni Arakelian

Fakta: Erebouni Arakelian – Docent i Vårdvetenskap med inriktning mot perioperativ vård, Lektor, Specialistsjuksköterska anestesijukvård och intensivvård, Med Dr.

Jag vill minnas Ann Lögde, anestesijuk-sköterska och doktorand på Arbets- och miljömedicin vid Uppsala universitet som påbörjade arbetet men som avled senare. Jag vill också rikta ett stort tack till Ingbritt Olausson, anestesijuksköterska och tidigare universitetsadjunkt som språkgranskade artikeln.

Författarna till vetenskapliga publikationen är Ann Lögde, Gudrun Rudolfsson, Roma Runesson Broberg, Anna Rask-Andersen, Robert Wälinder, Erebouni Arakelian.

Kallelse till ÅRSMÖTE

Riksföreningen för operationssjukvård håller årsmöte den 24 april 2020

Plats: Digitalt, se rfop.se för mer information Tid: Kl. 13.00

Välkommen!

OBS! mötet hålls digitalt!





Skriv till: hygien@rfop.se

Fråga: Vi diskuterar munskydd på op-sal. Finns det evidens på att det blir mindre partiklar i operationssalen om alla bär munskydd eller om "bara" de som är sterilklädda eller inom en halvmeter från operationsområdet?

Svar: Munskydd används främst som stänkskydd men förhindrar också att partiklar sprids in mot den sterila zonen vid samtal. Varje individ genererar partiklar. Känner inte till någon studie runt detta.

Fråga: Engångs- eller flergångsmoppar på operationsavdelningen, spelar det någon roll?

Svar: Vid städning på operationsavdelning ska golvmopparna ha en definierad renhetsgrad vare sig den är engångs eller flergångs och ska därför skyddas fram till användning. Operationsavdelningen klassas som hygienklass 3. Om man använder flergångsmopp så rekommenderar textilhandboken tvätt av mopp i 70 gra-

der i minst 10 minuter i en validerad tvättprocess. Golvmoppar som inte hanteras rätt kan sprida smitta med omgivningsbakterier som till exempel pseudomonas-, acinetobacter- och bacillus species (Bergen 2009).

Fakta: Gunnar Hagström, Hygiensjuksköterska, Universitetssjukhuset Örebro.

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

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

Det går att göra mer.

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

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

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

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

Hybridsalar

Hybridsalar skapades delvis för att öka effektiviteten vid kirurgiska ingrepp.

I en ny avhandling ifrågasätts om det lyckades. – Det behövs en översyn av arbetsmetoder, samarbetet och helhetsansvaret för patientens omvårdnad, säger May Bazzi, röntgen-sjuksköterska och doktorand vid Sahlgrenska Akademin.

Hon är aktuell med avhandlingen *Patients and Staff in the Hybrid Operating Room - Experiences and challenges* vid Göteborgs Universitet. Tidigare forskning har studerat de tekniska framstegen, men May Bazzi har fokuserat på samarbete och vårdomsorg i hybridsal. Hon har intervjuat patienter och personal och filmat arbetet vid endovaskulära aortabehandlingar.

I huvudsak är patienter och personal nöjda med vårdmiljön i hybridsalen. Men det finns förändringsmöjligheter som skulle göra teamarbetet mer effektivt och förbättra omvårdnaden, visar avhandlingen.

– Operationssjuksköterskorna stod sysslolösa vid stora delar av behandlingen i väntan på kommande uppgift eller om det skulle bli öppen kirurgi, vilket det aldrig blev. Teamarbete är fragmenterat. Patienten vågar inte störa personalen med sina frågor. Och vem leder egentligen arbetet på salen? exemplifierar May Bazzi.

Hybridsalen är en kombination av en traditionell operationssal och en radiologisk interventionssal (röntgen). Den är ett exempel på den teknologiska utvecklingen inom sjukvården. Den 93 kvadratmeter stora hybridsal där May Bazzi studerat arbetet skapades som en utvecklings- och övnings-sal inför bygget av det nya Bild och interventionscentrum på Sahlgrenska Universitetssjukhuset, som stod klart 2016, och innefattar sex stycken hybridsalar. I hybridsalarna arbetar operations-, anesthesi- och radiologisk sjukvårdspersonal. Till sin hjälp har de modern bilddiagnostik genom



May Bazzi

röntgen och numera också magnetkamerateknik, MR.

Fördelen med hybridsalen är att det med hjälp av bilddiagnostik går att genomföra det som tidigare var stora kirurgiska ingrepp genom mindre interventioner men ändå ha möjlighet att genomföra öppen kirurgi. Förväntan var att det skulle leda till färre transporter mellan röntgen, avdelning och operation och därmed minskade risker för patienten. Ett exempel på ingrepp i hybridsalen är behandling vid aortaaneurysm, bräck på stora kroppspulsådern. Tidigare öppnades hela buken för operation, idag sätter man in en stent i bukaorta, ett katetersystem som förs in genom en liten öppning i en artär i lumsken. Ingreppet kallas EVAR, endovaskulär aorta reparation.

Detta har gjorts på röntgenavdelningar under mer än 20 års tid. Skillnaden är att i hybridsalen är man också redo för att akut växla över till en stor, öppen bukoperation, ifall det visar sig behövas.

– Operationssjuksköterskorna förbereder patienten i en hybridsal med samma höga hygienkrav som inför en öppen bukoperation. Därför tar det tid innan själva ingreppet kan startas.

En fråga är om dessa förberedelser kan modifieras eftersom statistik visar att en planerad EVAR bara övergick i öppen bukkirurgi i endast 0,3 procent av fallen under 2016 i Sverige.

Patienterna nöjda

I sin första studie intervjuade May Bazzi 18 patienter (17 män och en kvinna) om sin upplevelse av ingreppet i hybridsalen. EVAR är ett relativt vanligt ingrepp bland män över 60 år och antalet behandlingar ökar stadigt. Patienterna i intervjuerna var mest oroliga över sin sjukdom, aorta aneurysmet, och konsekvenserna av den. Väntan på operation var både en orolig och förväntansfull tid, eftersom de kände oro för sin sjukdom, men hoppades bli bättre efter ingreppet. De kände sig väl omhändertagna i hybridsalen men reagerade på att det var så mycket teknik och personal i salen. De upplevde en viss distans till personalen. Ifall de hade funderingar inför ingreppet behöll de sin oro inom sig. De ville inte störa personalen.

– Patienterna berättade att de inte ville ta kontakt med personalen om de hade frågor, för att inte riskera att besvara dem då de verkade så upptagna med de praktiska förberedelserna inför ingreppet, säger May Bazzi.

Patienterna berättade att de inte var förberedda på att tiden efter ingreppet skulle vara så pass påfrestande. De hade mest tänkt på själva operationen och hur skönt det skulle vara att bli kvitt rädslan för att kroppspulsådern plötsligt ska brista, på grund av aortaaneurysmet. En del drabbades av komplikationer. Trots att de hade fått information om att komplikationer kunde uppstå trodde patienterna inte att det skulle drabba dem.

– Jag tror att en stor del av patienternas upplevelse och reaktioner efteråt skulle kunna förebyggas genom utökad information till och mer kommunikation med patienten genom hela vårdprocessen. Kanske ska en sjuksköterska i teamet ha ett särskilt ansvar för omvårdnaden av patienten vara med under hela ingreppet, säger May Bazzi.

Fakta

Avhandlingens titel: Patients and Staff in the Hybrid Operating Room. Experiences and Challenges. Institutionen för vårdvetenskap och hälsa, Sahlgrenska Akademien, Göteborgs Universitet, 2019.

Namn: May Bazzi, röntgensjuksköterska och doktorand.

Arbete: Doktorand. Tjänstledig 2019 ut från tjänst som röntgensjuksköterska vid Sahlgrenska universitetssjukhuset. Förhoppningen är att fortsätta forska.

Kontakt: may.bazzi@gu.se

Samarbete i hybridsalen

Den stora skillnaden i en hybridsal mot en vanlig operationssal är att fler yrkeskategorier möts i samma rum. Redan när provsalen inreddes och började användas pågick diskussioner om vilka personalkategorier som skulle vara där, hur de skulle samarbeta och vilka utbildningar som behövdes för att utveckla teamarbetet. I en artikel i Omvårdnadsmagasinet 2011 beskriver projektledaren utmaningarna som väntar och behovet av utbildning för att möta den nya tekniken och slopa stuprörstänkandet hos personalen. Men trots att hybridsalen använts i tre år när May Bazzi gjorde sina studier noterar hon att det finns en del kvar att göra för att nå målen som satts upp.

– Det räcker att titta på hur hybridsalen är organiserad. Röntgen-, anestesioch operationspersonalen har till exempel varsin del av lokalen. Där har de sitt eget material och samlas mellan sina insatser. Det finns fortfarande ett stort fokus på den egna yrkeskategorin framför teamarbete och helhetssyn på processen, säger hon.

Den andra och tredje studien i avhandlingen baseras på nio filminspelningar. Syftet är att fånga arbetsprocessen och samarbetet i hybridsalen.

I sina analyser av materialet urskiljs fyra faser av arbetet under en EVAR. I den *första fasen* rullas den vakna patienten in i salen. All personal som är i rummet, i genomsnitt fem personer, är engagerade för att förflytta patienten till operationsbädden. En annan viktig del i fas ett är att narkosläkare och narkossjuksköterska sover patienten.

I *fas två* påbörjas intensiva säkerhetsförberedelser. Under den läggs patienten noga till rätta på operationsbritten. Här hjälps alla sjuksköterskor som är i rummet åt. Allt material och utrustning prepareras sedan inför ingreppet. Visserligen är planen att patienten ska genomgå ett mindre ingrepp med ett litet snitt i lumsken, men patienten förbereds med samma strikta hygienkrav som om det gällde operation med öppen bukkirurgi. Här är det främst operationssjuksköterska och röntgensjuksköterskan som förbereder sig och klär sig själva och patienten i steril utrustning. De praktiska förberedelserna kan ta upp till två timmar. När hygienförberedelserna är klara och övrig personal (bland annat kärlkirurg och en radiolog) klätt sig sterilt presenterar sig hela personalen i salen för varandra.

I den *tredje fasen*, som är den längsta, görs ingreppet. Nu är det få i personalen som deltar, det är främst kärlkirurgen, radiologen och röntgensjuksköterskan som är aktiva, men samtidigt är det som mest personal i salen.

– Trots att det är få aktiva under ingreppet kan det vara upp till 12 personer i hybridsalen vid denna tid. Det är också en hel del spring ut och in för personalbyten, paus och lunch, men även andra kommer in för att observera proceduren eller fråga kollegor om någonting, noterar May Bazzi.

Här står operationssjuksköterskorna och operationsundersköterskorna till stor del sysslolösa. I fokusgruppsintervjuerna berättar de om sin frustration över att inte få använda sin kompetens fullt ut.

– Min reflektion är att det kanske inte är nödvändigt att de är i salen under den perioden. Det finns exempel på liknande ingrepp på andra sjukhus i landet där operationspersonalen väntar i beredskap utanför, säger May Bazzi.

Men samtidigt kan det vara märkligt att komma in i vissa delar av behandlingen om man inte har varit med från början.



Jenny Granby, sektionsledare käril, Sundsvalls sjukhus Foto: AnneMarie Nilsson

När ingreppet är genomfört börjar *fas fyra*. Nu ska patienten vakna ur sin narkos och rummet rengöras och material plockas undan. Sorteringen av material sköts oftast av operations-sjuksköterskan och/eller operations undersköterska.

Fokusgruppsintervjuer

För att förstå de individuella upplevelserna av arbetet i en hybridsal gjordes

fokusgruppsintervjuer med personalen. Sjuttion anställda, varav femton kvinnor och två män, samtalade över ämnen som patientsäkerhet, omvårdnad, samarbete, sin egen roll i teamet och vilken kompetens de anser behövs i hybridsalen. I filmerna framgick att arbetet skedde i separata team inom den egna yrkesprofessionen vilket också bekräftades av personalens berättelser i fokusgruppsintervjuerna.

Ett samarbete med andra berodde på enskilda personer och byggde på personkemi.

Alla var eniga om att patientsäkerheten var högre i hybridsalen än i vanliga operationssalar eller radiologiska interventionssalar. När de samtalade om säkerhet gjorde personalen det med utgångspunkt från sin egen kompetens och utbildning. Alla var eniga

om att de ville skydda patienten, men från sitt eget perspektiv.

– För operationssjuksköterskorna var deras förberedelser, som utgick från att en öppen bukoperation kanske måste göras, av största vikt. För narkossjuksköterskorna var den största faktorn för patientens säkerhet att alla katetrar och kablar satt korrekt vid narkosen, berättar May Bazzi.

För röntgenpersonalen var säkerhetsansvaret främst strålskyddet, men de upplevde inte alltid att den övriga personalen hade respekt för detta och uppfattade deras kunskap. När ämnet om patientsäkerhet diskuterades var det ingen i personalen som nämnde att det höga personalflödet under ingreppet kunde utgöra en risk.

Under fokusgruppsintervjuerna betonar personalen att de samarbetar och lyfter fram flera exempel på att de hjälps åt mellan yrkeskategorierna. Men filmerna ger en annan bild. Det fragmenterade teamarbetet märks i tveksamheten över vem som har ansvaret för patientens omvårdnad, vem som leder arbete, vem som har

ansvaret för dokumentation och materialkontroller efter operation.

Under diskussionerna om samarbete diskuterades flera faktorer som hindrade samarbete och teambygge.

– Det saknades gemensamma avstämningar före och efter procedurerna. Ojämna arbetsfördelning och olika anställningsvillkor ansågs också vara hinder för samarbetet menade personalen, säger May Bazzi.

I de filmade arbetspassen framgick att personalen var upptagen av sina praktiska förberedelser, och att kommunikation med patienterna var begränsad under tiden de var vakna, även när personalen rent fysiskt var nära. Att det praktiska arbetet var i fokus var något som också patienterna noterade och därför undvek att ta kontakt med personalen, även om de ville fråga om något.

– Dessa uttalanden står i kontrast till personalens uttalanden. Under fokusgrupperna säger personalen att de valde att inte kommunicera så mycket med patienterna för att inte störa dem, säger May Bazzi.

Det visar på, menar hon, behovet av en helhetsanalys på samarbete och ansvar.

Mer tillit i teamet

May Bazzis slutsats är att det behövs en modifierad sammansättning av teamet i en hybridsal och en bättre fördelning av ansvar och arbetsuppgifter.

– Det skulle förhoppningsvis öka effektiviteten och öka personalens tillfredsställelse, säger hon.

Hon tror att en förbättring skulle kunna ske genom teamträning, utbildning och teammöten före och efter en EVAR behandling.

– Det behövs också en öppenhet och kunskap om varandras yrkeskompetens för att öka tilliten i teamet, säger May Bazzi. •

Kunskap in, bakterier ut.

CRC
medical

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

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

www.crcmed.com





Rapport från EORNA

Här kommer en rapport från EORNA:s styrelsemöte den 8 och 9 november 2019, Porto, Portugal. Mötet öppnades av EORNA:s President May Karam, Frankrike. Ordförande i Portugals operationssjuksköterskeförening, AESOP, hälsade oss välkomna till Portugal och före detta presidenten i EORNA, Margret Brett nu bosatt i Portugal, inledningstalade om vikten av europeiskt samarbete i den perioperativa omvårdnaden.

Närvarande länder: Belgien, Finland, Frankrike, Island, Israel, Italien, Kroatien, Nederländerna, Norge, Portugal, Schweiz, Spanien, Sverige, Tjeckien och Turkiet.

Frånvarande länder: Danmark, Cypern, Estland, Ungern, Polen, Serbien, Ryssland och Slovenien.

Röstning om att godkänna agendan. Vi från Sverige föreslog att höja medlemsavgiften till 600 EUR för att förstärka EORNA:s ekonomi. Åtgärd: förslaget skulle röstas om på lördag (inte gjort).

Rapport från vårens EORNA-kongress: Henk Folkertsma, från värdlandet Nederländerna, och Jaana Perttunen (Finlands representant och ordförande i EORNA:s vetenskapliga kommitté) rapporterade från EORNA kongressen 2019. EORNA-kongressen i Haag hade 1220 deltagare (varav 88 % från Europa), nästan 40 utställare, 49 sessioner och 244 abstrakt. Till nästa kongress; hur locka fler deltagare från europeiska länder? Turkiet, USA och Israel toppade listan på antal inlämnade abstrakt. Aina Hauge (representant från Norge) informerade om planeringen och genomförandet av EORNA-kongressen 2021 i

Stavanger. Under fredag eftermiddag arbetade EORNA:s arbetsgrupper. Kommittéerna ombads bland annat att svara på frågor i syfte att utveckla vårt arbetssätt. Frågorna behandlade våra mål, målgrupper och informationskanaler. Hur ska arbetet som görs inom EORNA presenteras?

Dag 2

På mötets andra dag informerade Nederländerna om att de lämnar EORNA. I samband med detta meddelade även vi att Riksföreningen för operationssjukvård också under en längre tid funderat på ett utträde. Både vi och Nederländerna framlade vad vi upplever som problematiskt med föreningen. Bland annat funderar vi på vad medlemskapet i EORNA ger våra medlemmar i Sverige. Kostnaderna för styrelsemötena är höga och dessutom är många av dessa möten ofta ineffektiva. Beslutsprocessen är



komplikerad till viss del beroende på språkförbistringar, men också för att medlemmar kommer oförberedda till möten och ibland lämnar möten under diskussionerna inför att ett beslut ska tas. Diskussionerna har ofta haft en otrevlig ton som bidragit till en tråkig känsla för oss som varit där. Diskussionen på mötet fick efter detta en helt annan karaktär där många förslag till förbättring lades fram. EORNA:s styrelse fick i uppdrag att fortsätta arbetet med att anpassa den nuvarande situationen och ta itu med oron för EORNA:s framtid som många medlemsländer har. EORNA måste på ett tydligare sätt visa upp det arbete som görs och den betydelse föreningen har för länder som kanske inte har samma strukturerade utbildning som Sverige har eller där operationssjuksköterskors arbetssituation inte är lika fördelaktig som vår.

Eftermiddagen ägnades åt kommittérapporter. Michael Elin, Israel, informerade om arbetsgruppen *Perioperative Nursing Care Issues (PNC)* arbete. De har bland annat arbetat med en guideline/rekommendation angående operationssalsventilation

som kommer att publiceras inom kort. Gruppen ägnar sig nu åt en rekommendation angående kirurgisk utrustning. Christine Willems, Belgien, berättade om utbildningskommitténs arbete vars mål är att säkra en hög kompetensnivå hos perioperativa sjuksköterskor runt om i Europa. Detta ska göras bland annat genom att sprida EORNA:s kompetensbeskrivning och utbildningsplan. Arbetsgruppen planerar att analysera medlemslänternas utbildningar och vilka krav som ställs för att bli operationssjuksköterska (ackreditering). Kommittén har även varit remissinstans till Cardinal Health för en film om användande av dubbla handskar.

Mötet avslutades med att varje deltagare på mötet fick komma med förslag på vad EORNA bör arbeta med i framtiden.

- Skapa verktyg för att underlätta "migration"/"utbyte" av operationssjuksköterskor i medlemsländerna
- Öka möteseffektiviteten bland annat genom att förbättra information/kommunikation inför

styrelsemöten och på så sätt förenkla att komma till beslut. Strikt dagordning

- Inrätta stipendier för att finansiera utbyte av sjuksköterskor i hela Europa
- Medlemslänerna bör förmedla publicerade publikationer till EORNA för att på så sätt öka spridning av kunskap.
- Göra kärnkompetenserna mer synliga
- Arbeta nära AORN och använda deras riktlinjer (istället för att skapa egna EORNA-rekommendationer)
- Förbättra kommunikation och informationsdelning mellan medlemsföreningar

Vi åkte hem från styrelsemötet med en bättre känsla än på länge, men har ändå diskuterat vidare om fortsatt medlemskap i EORNA i vår svenska styrelse och med våra olika råd i Riksföreningen för operationssjukvård. •

stryker

Neptune

Vätske- och rökevakueringsystem

Skydda din personal



Bär inte



Rör inte



Bränn inte



**Scanna QR-koden
för mer information
om Neptune**



Föreliggande dokument är endast avsett för sjukvårdspersonal

Det är den opererande läkaren själv som efter egen fackmässig bedömning bestämmer om hon eller han vill använda en viss produkt vid behandlingen av en viss patient. Stryker ger inga medicinska råd, utan rekommenderar att kirurgerna själva före det operativa ingreppet genomgår utbildning i hur produkten ska användas. I föreliggande information beskrivs de produkter som Stryker erbjuder. Ansvarig läkare ska alltid läsa förpackningsbilagan, produktetiketten och/eller användningsinstruktionerna innan man beslutar att använda en produkt från Stryker. Det är inte säkert att produkterna i denna broschyr finns på alla marknader. Det beror på att produkttillgängligheten är beroende av lagstiftningen och/eller medicinsk praxis i olika länder. Kontakta därför din Stryker-representant om du vill vet mer om produkter som finns tillgängliga i ditt land. ProCare Serviceschemat är föremål för de allmänna villkoren i serviceavtalet.

Stryker Corporation med dotterbolag eller andra närstående företag äger, använder eller har ansökt om godkännande av följande varu- eller servicemärken: SafeAir Neptune, ProCare och Stryker. Övriga varumärken och märkesnamn tillhör respektive ägare. Ovanstående medicinska produkter är CE-märkta i enlighet med tillämpliga EU-förordningar och direktiv. Materialet är inte avsett för spridning utanför EU eller EFTA.

12/2/2019 2019-23221 SUOTH-SS-3_23221 Nicolai Sorensen



Nätverksträff

Gävleborg 5 november 2019

Text: Mi Sundberg, DS, Gävleborg

Årets möte hölls i konferensrummet på centraloperation i Gävle. Vi var 14 stycken operationssjuksköterskor från Centraloperation samt dagkirurgen i Gävle som deltog på mötet.

Kvällen startade med lite mingel och mat och en kort presentation av Riksföreningens arbete "Riksföreningen anser och rekommenderar". Jag tycker det är viktigt att belysa dessa riktlinjer då dessa dokument med fördel kan användas som grund i verksamhetens arbete. Intentionen med dokumenten är att varje patient ska få en god och säker vård och som vilar på kvalitet utifrån evidens

samt att skapa en god arbetsmiljö för oss operationssjuksköterskor och medarbetare i teamet. Kvalitetsrådet arbetar för närvarande med två stycken "Riksföreningen anser och rekommenderar". En om övertäckning av sterila instrument och en om rutiner för besökande till operationsavdelningen.

Agneta Engström från Ethicon kom och föreläste om suturer och nålbe-teckningar. Vi pratade närmare om Ethicons antibakteriella Plus-suturer då vi hade önskemål om detta. Plus-suturen från Ethicon är behandlad med triclosan för att minska antalet bakterier i operationssåret och för att minska risken för att bakterier ska kunna fastna på suturerna och därmed ge upphov till infektioner. Efter föreläsningen blev det tid för diskussioner. Vi fick träna på att sy och knyta.

Ett stort tack till Agneta samt till mina kollegor som kom på mötet och gjorde det till en trevlig kväll. •





NORNA

Följ med till våra grannländer i Norden genom NORNA Nordic Operating Room Nurses Association som är operationssjuksköterskornas nordiska nätverk. Sverige var initiativtagare till NORNA som bildades 1993. Syftet är att uppmuntra forskning och utveckling inom perioperativ omvårdnad. Syftet är också att vara ett nätverk för utbildning i de nordiska länderna och samarbeta i de nationella föreningarna för att utveckla lika utbildningsnivåer i våra respektive länder. Uppmuntra och arbeta tillsammans mot en masternivå i specialistutbildningen för operationssjukvård. Uppmuntra och underlätta utbyten för studenter och operationssjuksköterskor.

Visionen är att sätta den kirurgiska patienten i fokus. Vårt mål i allt arbete är att kontinuerligt utveckla kvalitén i patientens peri operativa vård. Genom åren har vi kunnat hjälpa till att stärka varandra i de nordiska länderna i olika frågor. Ett exempel är då Island gick in i en ekonomisk kris och de bestämmande i landet bestämde att man skulle återanvända engångsprodukter. Genomförandet av WHO:s checklista är ett annat exempel där det i början var svårt att genomföra i vissa delar av Norden. Danmark har länge kämpat för en specialistutbildning för operationssjuksköterskor. De har inte fått gehör hos politiker och har vädjat om stöd från oss. Under våren 2019 inbjöds representanter från Norge för att informera om masterprogram som ingår i specialistutbildningen i Norge.

Vi är två styrelseledamöter från respektive fem länder som träffas två gånger om året, vår och höst. Vi har en turordning att vi träffas var femte år/land. Via NORNA anordnas en nordisk kongress vart annat år. 2018 genomförde Sverige sin andra nordiska kongress på Waterfront i Stockholm. Mötet var välbesökt med 375 deltagare från 8 länder vilket var rekordsiffror. Kongress språket var engelska enligt NORNA:s guidelines. Alla nordiska länder fanns representerade som föreläsare. Vi hade 15

posterutställare. Den 9–11 september är det dags för den 6:e Nordiska kongressen i Bergen, Norge. Temat på kongressen är "ONE STEP AHEAD- Perspectives on operating room nursing". Det finns information om kongressen på vår hemsida rfop.se.

Att delta på en kongress ger dej möjlighet att få inspiration från föreläsningar och posterutställning. Du får även det senaste i produktutveckling via den medicinskekniska utställningen. Vi hoppas att så många som möjligt har möjlighet att delta. •



AnneMarie Nilsson



Gunilla Fredheim och Aina Hauge, Norge



Från vänster: Janni Ulrich, Danmark, Marianne Lundsten, Finland, Gunilla Fredheim, Norge och Marja Sirkeinen, Finland

NORNA

Nya medlemmar 1 januari - 4 mars 2020

RFop hälsar 35 st nya medlemmar Välkomna!

Linda Andersson, Höör
My Andersson, Skövde
Hanna Bexell, Jönköping
Helena Ekdal, Västerås
Maria Eriksson, Uppsala
Anna Hoffert, Täby
Mahnaz Hojjat Jajali, Uppsala
Eva-Marie Hultén- Bergström, Kramfors
Anna Hållberg, Borlänge
Joakim Johansson, Värnamo
Tanya Kallberg, Enskede
Rebecka Lagerkrantz, Visby
Anna Lagerström, Stockholm
Jannie Lewiezewski, Linköping
Helena Lindberg, Tullinge
Jenny Lindbäck, Umeå
Eva Mattsson, Billdal
Emma Molander, Kungälv

Gunhild Nilssen, Skövde
Kerstin Nilsson, Kungsbacka
Nathalie Nilsson, Umeå
Gunilla Olsson, Trelleborg
Emil Oskarsson, Lund
Eva Philemark, Falköping
Asmarat Rasulova, Norsborg
Paola Rojas Velasques Navarro, Sundsvall
Hanna Sandberg, Åland
Emely Schannong, Uppsala
Sofia Schultz, Helsingborg
Peter Selin, Falun
Matilda Strid, Uppsala
Malin Strålman, Skövde
Maria Sundblad-Brännström, Uppsala
Josefine Svensson, Växjö
Pia Åhlberg, Uppsala

Boktips

Allt jag har fått lära mig

Författare: Tara Westover

En berättelse om att växa upp i en mormonfamilj, avskärmad från samhället. En i mina ögon fascinerade historia om hur olika man kan se på utbildning och sjukvård i nutid. En otroligt stark skildring av en resa mot ett nytt liv.



Den 56:e Höstkongressen 26 – 27 november 2020

Höstkongressen 2020

Vi har i dagarna ställt in Hygienforum 2020, glädjande är att vi har en Höstkongress att se fram emot (det måste vi våra tro på).

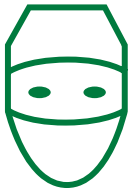
Programrådet för Höstkongressen har i princip hela programmet klart och vi kan inom kort presentera programmet, håll koll på hemsidan. Fast redan nu kan vi avslöja några föreläsningar.

- Teamarbete på hybridsal
- Teamträning av HLR på operationssal
- OpLeanAn
- Svart låda under operation
- Operationsklädelns påverkan på operationsmiljön
- Digital preparatgranskning
- Teamwork, kompetens och säkerhets-klimat i operationsrummet

Vi hoppas ni är många som efter denna tuffa tid får möjlighet att komma och delta på Höstkongressen. Det kan även bli så att vi kommer att presentera en halvdag med uppföljning och erfarenheter av Covid19 i samband med kongressen.



RFop kalendarium



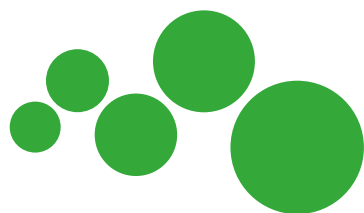
RFop är aktiv i olika projekt, seminarier och tillfälliga utbildningar – både självständigt och i samverkan med andra. Alla utbildningar och evenemang som RFop bedriver ska stärka och utveckla ledarrollen inom den perioperativa omvårdnaden samt främja utvecklingen av densamma. Vi arrangerar årliga utbildningar i form av bland annat Hygienforum, Höstkongressen och Chefkonferens. Dessa hålls i syfte att synliggöra aktuell forskning, kunskap och erfarenhet inom perioperativ omvårdnad.

Vidare så genomför vi nätverksträffar, konceptutbildningar och kunskapsseminarier om bl.a. Trauma, Levnadsvanor, SPOR och planerar även för fler kunskapsstödjande evenemang. Alla utbildningar och evenemang genomförs i Stockholm. För mer information, innehåll och priser se: rfop.se

2020 6-7 Februari ✓ Levnadsvanor i samband med kirurgi	2020 14 Februari ✓ SPOR nätverksräff	2020 15 Februari ✓ Perioperativa sjuksköterskans dag	2020 12-13 Mars ✓ Chefnätverk	2020 Flyttad till 23 okt Mars Trauma-utbildning, Nivå 1	2020 24 April Årsmöte
2020 13-15 Maj Trauma-utbildning, Nivå 2 Inställt!	2020 14-15 Maj Hygienforum Inställt!	2020 26-28 Augusti Trauma-utbildning, Nivå 2	2020 10-11 September Chefnätverk	2020 25 September SPOR nätverksräff	2020 1-2 Oktober Levnadsvanor i samband med kirurgi
2020 23 Oktober Trauma-utbildning, Nivå 1	2020 26-27 November Höstkongress	2021 27-28 Maj Hygienforum	2021 2-3 December Höstkongress		

POSTTIDNING B

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



Mölnlycke®



MEDI PLAST



Medtronic
Further, Together

CRC
medical

BERNER
Medical

B | BRAUN
SHARING EXPERTISE

Johnson & Johnson MEDICAL
DEVICES
COMPANIES

stryker

VINGMED

KEBOMED