

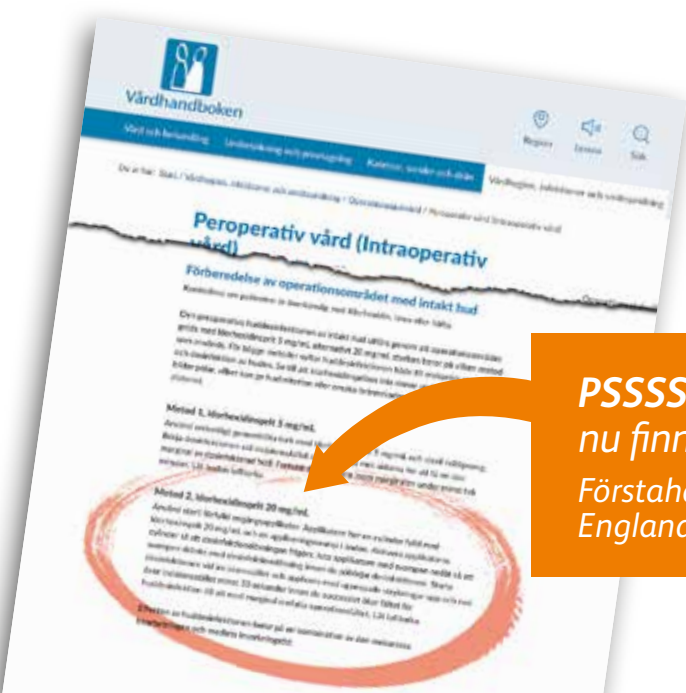
Uppdukat

Nr 1 februari 2021 årgång 33



ChloraPrep™ ger kliniskt bevisad högre reduktion av bakterier vid peroperativ huddesinfektion

ChloraPrep är en steril lösning i sterila, förfyllda engångs-
applikatorer, som ger varaktig antibakteriell aktivitet^{1,2}
och en kliniskt bevisad reduktion av bakterietalet³⁻⁵
och postoperativa sårinfektioner^{2,6}
jämfört med andra vanligen
använda desinfektionsmedel.



**PSSST! Visste du att ChloraPrep
nu finns med i VÅRDHANDBOKEN?**
Förstahandsvalet i bl a USA, Frankrike och
England rekommenderas nu också i Sverige.

Referenser: 1. Hibbard JS. J Infus Nurs 2005; 28: 194-207. 2. Darouiche R et al. N Engl J Med 2010; 362: 18-26. 3. McDonald CP et al. Vox Sanguinis 2006; 91 (Suppl.3): P-150. 4. Saltzman MD et al. J Bone Joint Surg Am 2009; 91: 1949-53. 5. Ostrander RV et al. J Bone Joint Surg Am 2005; 87: 980-5. 6. Casey A et al., American Journal of Infection Control 2015; Aug 43(8): 816-20.

Förskrivningsinformation:Chloraprep/Chloraprep färgad (Kutan lösning. Klorhexidindiglukonat 20 mg/ml Isopropylalkohol 0,70 ml/ml). ATC-kod: D08AC52, Ej förmån. Indikation: Detta läkemedel ska användas för desinficering av hud före invasiva medicinska ingrepp. Kutan användning. Chloraprep/ Chloraprep färgad kan användas på alla åldersgrupper och patientpopulationer. Chloraprep/Chloraprep färgad ska dock användas med försiktighet på nyfödda spädbarn, särskilt prematurt födda. Kontraindikationer: Känd överkänslighet för Chloraprep/ Chloraprep färgad eller något av läkemedlets hjälpämnen, särskilt för dem som tidigare uppvisat eventuella allergiska reaktioner mot klorhexidin. Varningar och försiktighet: Lösningen är brandfarlig. Använd inte i samband med diatermi eller andra tändkällor förrän huden är helt torr. Ta bort allt blött material, operationslakan eller skyddsrockar innan behandlingen fortsätter. Använd så liten mängd som möjligt och låt inte lösningen bli kvar i hudveck eller under patienten och inte heller droppa på lakan eller annat material som är i direktkontakt med patienten. Om oklusivförband ska appliceras på områden som tidigare behandlats med Chloraprep/ Chloraprep färgad, måste försiktighet iakttagas så att det inte finns något kvar av produkten innan förbandet appliceras. Endast för utvärtes bruk på intakt hud. Chloraprep/ Chloraprep färgad innehåller klorhexidin. Det är känt att klorhexidin inducerar överkänslighet, bland annat generaliserade allergiska reaktioner och anafylaktisk chock. Förekomsten av överkänslighet mot klorhexidin är inte känd, men enligt tillgänglig litteratur är detta sannolikt mycket sällsynt. Chloraprep/ Chloraprep färgad ska inte administreras till någon som eventuellt tidigare uppvisat en allergisk reaktion mot lösningen som innehåller klorhexidin. Lösningen verkar irriterande på ögon och slemhinnor, med risk för ögonskador som nedsatt syn och kemiska brännår. Därför får den inte användas i närheten av dessa områden. Om lösningen kommer i kontakt med ögonen, måste de sköljas omedelbart och grundligt med vatten. Användning av klorhexidinlösningar, såväl alkohol- som vattenbaserade, för hud-desinfektion före invasiva ingrepp har satts i samband med kemiska brännskador hos nyfödda. Tillgängliga fallrapporter och publicerad litteratur tyder på att risken för hudskada tycks vara störst hos prematura spädbarn, särskilt de som är födda före graviditetsvecka 32 och hos alla prematura spädbarn under deras två första levnadsveckor. Får ej användas i öppna hudsår. Får ej användas på icke intakt/skadad hud. Dessutom måste direkt kontakt undvikas med nervvävnad och mellanörat. Undvik långvarig hudkontakt med alkoholhaltiga lösningar. Det är viktigt att rätt appliceringsmetod används. Om lösningen har använts alltför rikligt på mycket ömtålig eller känslig hud, kan det uppstå lokala hudreaktioner som exempelvis: hudrodnad eller inflammation, klåda, torr och/eller avflagnande hud och smärta på administreringsstället. Så fort tecken på lokal hudirritation visar sig, måste appliceringen av Chloraprep/ Chloraprep färgad stoppas. Fall av anafylaktisk reaktion har rapporterats under anestesi: Symtom kan vara väsende/svårt att andas, chock, svullnad i ansiktet, nässelutslag eller andra hudutslag. Observera att symtom på anafylaktisk reaktion kan följas hos en patient under narkos, då en stor del av huden är täckt eller patienten är oförmögen att kommunicera tidiga symtom. Om överkänslighet eller en allergisk reaktion inträffar/misstänks ska behandlingen genast avbrytas. Alla produkter innehållande klorhexidin under anestesi ska tas bort, för att undvika att patienten exponeras för andra klorhexidinnehållande produkter under pågående behandling. Förpackningsstorlekar: Läkemedlet är tillgängligt i volymer 1ml, 3 ml och 10,5 ml för ofärgad. Läkemedlet är tillgängligt i volymer 3 ml, 10,5 ml och 26ml för färgad. Förpackningsstorlek: 1ml, 60 applikatorer, 3 ml, 10,5ml och 26ml: 25 applikatorer. Senaste översyn av produktresuméer: 2019-08-20. För ytterligare information se www.fass.se

BD, Stockholm, Marieviksgatan 25, 117 43, Sweden

bd.com

© 2020 BD, BD och BD Logo är varumärken som tillhör Becton Dickinson and Company BDP001SE.2.v6



Utgivare

Riksföreningen för operations-
sjukvård ISSN 1101-5624.

Upplaga

2200 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: KS, Solna

Foto: Yvonne Törnqvist

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 1 2021 årgång 33

Redaktionens ord...sid 4

Operationssjuksköterska i FM...sid 6

Gästkrönika...sid 10

Hälso- och Sjukvårdens
katastrofmedicinska beredskap...sid 12

Nytt nationellt programområde
Perioperativ vård, intensivvård
och transplantation...sid 14

MDR ...sid 16

Langenbeck...sid 18

Nej till att återanvända
engångsprodukter...sid 21

Porträttet...sid 22

Nya i chefrådet ...sid 27

Magnetmodellen kommer
till Sverige ...sid 28

Min operationsavdelning ...sid 30

Jag vill dig bara väl...sid 32

Redaktionen tipsar...sid 35

Mobiltelefoner i operationssalarna...sid 36

Föreningsnytt...sid 37

Basic Trauma en utbildning i
traumaomhändertagande för
operationssjuksköterskor...sid 42

sid 10



sid 42



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: Poo Sjöberg



År 2021 och vi fortsätter som vi slutade år 2020, med pandemi, begränsningar, restriktioner, oro, frustration och för en del av oss arbete på annan arbetsplats än den hen är van. Dock med en stor skillnad, vaccinationerna! Jag hoppas ni är många som redan fått er vaccination eller snart står på tur, och att alla i vårt samhälle, som planerat, kan vara vaccinerade när vi närmar oss midsommar. Och med det att vi tar oss in i en ny fas av epidemin.

I detta nummer får du ta del av Anette Reuterwalls erfarenhet av att jobba som operationssjuksköterska på intensivvården under 2020.

Det är lätt att hamna i Covid19 fokus i nästan alla olika situationer en befinner sig i, trots att det kanske egentligen ska handla om något helt annat och så är det även i detta redaktionens ord. Förhoppningen var, länge, att Hygienforum skulle kunna genomföras efter ett års väntan, men för ca en vecka sedan på RFop:s styrelsemötet beslutade styrelsen att skjuta upp det ytterligare ett år, till 19 - 20 maj 2022, så långt bort det känns! Vi har dock en liten dörr på glänt och en fundering på en extra dag, 1 december med Hygientema, i anslutning till Höstkongressen 2 - 3 december 2021. Vi återkommer till det.

De aktiviteter som vi vet att vi kommer att genomföra under våren 2021 är:

- SPOR nätverkets möten och de sker via teams. Läs mer om dessa och anmäl dig via hemsidan för att delta.
- Chefnätverket planerar vi, än, att genomföra 27 - 28 maj med begränsat antal deltagare till 20 även det kan du läsa mer om på hemsidan och anmäla dig till.

- Årsmöte den 24 april kl. 10.00 - 12.00. En av föreningens viktigaste aktiviteter är årsmötet och i år genomför vi det digitalt en lördag förmiddag så att så många som möjligt kan vara med. Det kan till och med vara så att digitala årsmöten öppnar upp för ett större deltagande än när det sker på en geografisk plats där endast ett färre antal medlemmar har möjlighet att närvara. Ta chansen att vara med, lyssna på vad din förening gjort, tänker göra framöver och du kan vara med att påverka genom frågor, förslag och att rösta. Läs mer på rfop.se samt anmäl ditt deltagande där.

Som ni ser ovan är ej Trauma nivå 1 med under vårens aktiviteter och den har vi bestämt att skjuta upp till höstens datum 29 oktober. Du kan dock läsa i detta nummer om utbildningen och vad deltagare har för erfarenheter av den. Samt så får du veta lite om vår nya föreläsare, Anna Lindblom från Göteborg.

Chefrådet, de som arrangerar våra chefnätverk och Chefkonferens, får nya medlemmar under våren 2021, Katja Vuori och Linn Almér, läs vad de tänker bidra med och varför Chefnätverket är ett viktigt nätverk för chefer på operationsavdelningar.

I detta nummer har vi även populärvetenskapliga artiklar, Jag vill dig bara väl och Mobiltelefoner i operations-sal. Vi vill även uppmärksamma Karin Granqvist operationssjuksköterska och doktorand vid Göteborgs universitet till Florence Nightingale-stipendiet som hon i år har erhållit för sitt forsknings-

projekt med att utveckla bedömningen av följsamhet till handhygien bland vårdpersonal med hjälp av nya tekniska lösningar. I år viktigare än någonsin.

Till sist vill jag uppmärksamma er på RFop:s arbete med Stark för kirurgi, stark för livet - Levnadsvanor i samband med operation. Vi har under flera år jobbat i projektform tillsammans med svensk sjuksköterskeförening, fast 2020 hade vi ansökt och fått eget statsbidrag från Socialstyrelsen för att genomföra, revidering av de två tidigare framtagna kunskaps/informationsmaterialen, ett för sjuksköterskor och ett för de personer som ska genomgå kirurgi. Dessa finns att ladda ned på hemsidan under utbildning och evenemang/Hälsosamma levnadsvanor inför operation Där kommer vi under våren att lägga upp mer utbildningsmaterial i form av föreläsningar och material. Vår intention är att i oktober kunna genomföra en workshop i ämnet. En annan del vi fick stöd för att genomföra var att starta en podd! En podd som fokuserar på kunskap och enkla råd om levnadsvanor inför ett kirurgiskt ingrepp och mycket mer. I dagsläget har vi fem (eller sex beroende på när du får tidningen i din brevlåda) publicerade. Vi kommer att fortsätta spela in och ni kommer att få följa en person som ska genomgå en operation och dennes förändringar av sina levnadsvanor. Lyssna på kollegor som blir intervjuade, allmänt "snack" om vad som händer under en operation, hur en operationsavdelning ser ut osv. Vi tror att den kan utvecklas som en bra marknadsföringsplats för vår profession, synliggöra operations-sjuksköterskan och framför allt bidra till att personer som ska genomgå en operation på ett enkelt sätt när den så önskar kan ta del av och få kunskap om sina egna levnadsvanors betydelse för en lyckad operation. Du hittar podden, **Din operation**, på Spotify och via appen podbean. Kolla även in vårt Instagram och facebook, där kan du följa avsnitten och även se så mycket mer om din förening Riksföreningen för operationssjukvård.



NYHET

Mölnlycke® angiografisortiment

Mölnlycke erbjuder nu ett brett sortiment av lösningar inom angiografi. Allt från speciallakan till ett omfattande sortiment av angiografikomponenter, antingen från Mölnlyckes egna produktion eller från partnerleverantörer. Samtliga komponenter kan ingå i ditt Mölnlycke® kundanpassade set.

Besök Mölnlycke® Portal för en fullständig överblick av sortimentet!

Läs mer på www.molnlycke.se

Mölnlycke Health Care AB, Box 13080, Gamlestadsvägen 3 C, 402 52 Göteborg. Telefon 031 722 30 00
Varumärkena, namn och logotyper Mölnlycke och BARRIER registreras globalt till ett eller flera av Mölnlycke Health Care-koncernen. © 2020 Mölnlycke Health Care AB. Alla rättigheter förbehållna.



Mölnlycke®

Operationssjuksköterska i FM



Mali09. Beskrivning: Många fina vyer väntar en när man kommer ut.
Foto: Kaius Kaartinen

Det är inte optimala förutsättningar när man måste operera i en öken full av sand i 60 graders värme. Man gör bara det nödvändigaste, så kallat damage controle surgery. Operationen får max ta en timme. Det är inte alltid man stänger patienten heller utan man åtgärdar den traumatiska blödningen sedan läggs ett Vac-Pac och patienten skickas bakåt i vårdkedjan tex med helikopter till campet eller med flygplan hem till Sverige där Karolinska sjukhuset ansvarar för att ta emot och eftervårda våra soldater.

Simon Knap är 31 år och operationssjuksköterska. Och soldat. Han har alltid haft en fot i vartdera lägret. I gymnasiet gick han omvårdnadsprogrammet och blev undersköterska och efter gymnasiet gjorde han lumpen som skyttesoldat/fordonsförare. Lumpen såg han som en stärkande utmaning och tänkte att ” Ifall jag klarar lumpen så klarar jag det mesta här i livet.” Den eftergymnasiala tiden fördelades som undersköterska i slutenspsykiatri och som soldat i Hemvärnets insatskompani. Efter en tid vaknade lusten att komma vidare och Simon utbildade sig till sjuksköterska. Som legitimerad önskade han ändra inriktning på också sin militära

karriär och han bytte från att vara skyttesoldat till att bli kompanisjuksköterska.

Efter ett par år inom yrket som sjuksköterska vaknade lusten efter en specialistutbildning. Att jobba med bara en patient i taget lockade och han funderade på både IVA, ambulans, OP och anestesi. Det landade tillslut i att utbilda sig till operationssjuksköterska eller anestesisjuksköterska eftersom det gav större förutsättningar för internationellt arbete. Antagningsbeskedet för operationssjuksköterska kom först! Som nyutbildad operationssjuksköterska 2015 började Simon arbete på ortopedi i Hässleholm och ganska snart, 2016, anställdes han som GSS/T-soldat inom FM, deltidsanställd med civil karriär och detta är han än idag. I sin civila karriär har Simon hunnit med en hel del olika arbeten, framförallt som bemanningssjuksköterska, han har också hunnit ta en till specialistsjuksköterskeexamen som anestesisjuksköterska. Fram till i juni i år arbetade han civilt som bemanningssjuksköterska på ett längre uppdrag på operation i Skövde.

Sedan sommaren håller Simon på och förbereder sig för sin tredje

utlandsmission. Han är deltidsanställd som operationssjuksköterska på 2:a sjukhuskompaniet på FörMedC men har sedan 2017 varit utlånad till de förband som ansvarat för utlandsmissioner och har alltså redan hunnit med två stycken, Mali06 och Mali09 och skall nu på sin tredje, Mali13, i november. Siffran efter Mali står för vilken omgång i ordningen det är. För varje tjänstgöringsår som GSS/T i FM får man en tjänstgöringsorder. Där erbjuds man gå olika utbildningar och vara med på diverse övningar under året som kommer. Det handlar om allt från 4–10 veckor per år sammanlagt som man är borta från sitt civila arbete. I samråd med FM tittar man på vilka utbildningar och övningar soldaten önskar genomföra och hur det passar in i ens privata liv. Simon upplever att FM visar på stor flexibilitet här, om man inte kan eller önskar vara med på en övning är det sällan något problem, de är måna om att man ska få det att fungera. Inför en utlandsmission så innebär det lite mer specifika utbildningar och övningar som måste genomföras.



Inför Mali13. Utbildning på K3 i Sverige. Det är inte bara vanliga operationssysslor man tränar på, det förväntas att du ska kunna mycket mer i din roll som sjuksköterska tex en IVA-transport med helikopter.
Foto: Försvarsmakten

Missionerna

I regel så finns det tillgång till ett operationsteam bestående av sju personer och en operationssal. Teamet består av två kirurger, en anestesilog, en operationssjuksköterska, en anestesijuksköterska, en sjukvårdare och en gruppchef. Kirurgerna bör ha lång vana och bred kompetens inom framförallt traumakirurgi och ortopedi. Under operationerna dokumenteras allt i en pappersjournal liksom nedräknade bukdukar med mera. Custompack, eller "bulle", används som är optimerade för de typer av operationer som FM utför. Sedan tillhandahålls tre olika instrumentgaller varvid ett stort grundgaller innehållande diverse peanger, kärlpeanger, langenbeckhakar, kocherhake och såg för amputation. Det finns också ett tilläggsgaller för framförallt thoraxkirurgi, med hakar och instrument för sternotomi och ett enklare suturgaller med de nödvändigaste för ytligare skador och thoraxdränage. Någon sterilcentral finns inte utan det ingår i ramen som operationssjuksköterska och du har ansvar för både desinfektion, packning och sterilisering av instrumenten.

Mali06, Timbuktu 2017. Simon var där från slutet av juni till början augusti. Hans hemvistelse var på Camp Nobels fältsjukhus. Det är speciellt första gången man stöter på den speciella kontexten som operations-sjuksköterska, det är en utmaning. Vi är ganska fyrkantiga i vårt hygien-tänk. Men nu handlar det om att förhålla sig till att saker bara är sterila så länge de ligger i sin förpackning, när förpackningen väl är öppnad är det snarare högradigt rent. Detta för att sanden tar sig in och fram överallt. Operationssalen städas konstant men ändå så finns det alltid sand någonstans. En morgon när Simon kom och öppnade dörren till operationssalen så kom en spindel springandes över golvet. BILD 6 Man får göra det bästa av situation och jobba på sin flexibilitet i yrkesrollen helt enkelt.

Mali06 var en ovanlig mission på flera sätt. FM har inte alltid så lätt att rekrytera personal till de kirurgiska teamen och de fick denna gång vända sig till International SOS för att rekrytera. Det resulterade att den ena kirurgen kom från Frankrike, den andra Tanzania, anestesiologyn från Tyskland och Simon och hans anestesijuksköterskekollega från Sverige. Det i sig självt bjuder på utmaningar



Mali06. Med de mäktiga sandstormarna tar sig sanden in överallt. Foto: Försvarsmakten



Mali06. Camp Nobels fältsjukhus operationssal. Foto: Simon Knap

inom tex kommunikationen men det var ett duktigt team och det gick bra. En trygghet är att FM har höga krav när de rekryterar och det är dessutom Svensk hälso- och sjukvårdslag (HSL) som gäller när man arbetar på den svenska campen.

Mali09, Timbuktu 2019. Simon var där från januari till slutet maj. Denna gång var han operationssjuksköterska/fordonsförare i ett mobilt team som kallas för Forward Surgical Team, FST. Det här teamet finns med när soldatgrupper rör sig mer än två timmar ifrån campet, det är reglerat av att man skall ha möjlighet att bli opererad inom två timmar från ett skadetillfälle. Det mobila teamet rör sig längst bak i en progression medan skyttegruppen är längst fram. Detta är kanske det som skiljer sig mest hemifrån. Inom FM är du inte bara ope-



Mali09. Forward surgical team, FST. Mobilt tält inrett till operationssal. Man ska kunna operera inom två timmar från skadetillfället. Foto: Simon Knap



Mali09. Även om man åker iväg som sjuksköterska på en utlandsmission så får man hjälpa till med det mesta, allt ifrån mecka fordon till att fixa sovplatserna när man är ute på rull. Foto: Kaius Kaartinen

“Jag trivs i min anställning. Jag uppskattar kontexten. Jag uppskattar när jag kommer tillbaka till mitt civila arbete, det är rent, det finns extrapersonal och du är inte själv.”

Kontakta rekrytera inom FM och säg att du är intresserad av att jobba inom FM. Ev FörMedC Lennart Hammarstrand

rationssjuksköterska, så länge du inte har några operationer har du massa andra uppgifter som kan ligga ganska långt ifrån rollen som sjuksköterska, som att mecka med bilar.

Mali13, Gao 2020. Simon ska åka från november i år till maj 2021. Det blir hans längsta mission hittills och det är på egen begäran för att få vara med under hela missionsperioden istället för bara delar av den. Han kommer vara med och starta upp den kirurgiska enheten i Gao som är där för att understödja FN-förbanden.

Även om du som operationssjuksköterska i FM på utlandsmission i första hand är soldat och har många andra uppgifter har du också många, för flera av oss, avvikande uppgifter inom rollen som operationssjuksköterska. Till exempel är du ensam ansvarig för den kirurgiska enheten vilket innebär att du har jour dygnets alla timmar. Det innebär också att du måste arbetsleda dina kollegor, som kirurgerna i material- och instrumentvård. Det är också du som måste lösa de problem som uppstår inom ditt ansvarsområde. Visst kan du ringa hem till en kollega för råd men om utrustning går sönder så finns det ingen servicekille att ringa utan du får helt enkelt försöka lösa det. Simon berättar om när autoklaven gick sönder vid en av missionerna, det sprutade ånga ur den och han och en säkerhetsansvarig fick tillsammans leta igenom alla lådor för att tillslut finna en reservdel som kunde avhjälpa problemet. Detta var ju helt nödvändigt för att kunna bedriva kirurgisk vård.

Även om det kan kännas som att man behöver tillbringa mycket tid utanför sin komfortzon vill Simon ändå poängtera att det sämsta med att vara ensam operationssjuksköterska i FM är också det bästa för att du ensam är ansvarig för operation, du är din egen chef. Man har stora möjligheter att anpassa vilket material som ska användas från det som finns att tillgå samt organisera arbetet inom sitt ansvarsområde efter eget tycke. Du har stor frihet under ansvar. Alla i teamet blir också väldigt sammansvetsade och driver på arbetet tillsammans, ingen har en dold agenda utan alla vill att arbetet skall bli så bra och snabbt genomfört som möjligt.

Det är två skilda världar. Jobbet som operationssjuksköterska inom det civila och FM. Egentligen skiljer de sig inte särskilt mycket när det kommer till själva operationsyrket, utan det är allt runt omkring som är annorlunda. Kontexten är annorlunda, det är annorlunda förutsättningar, men det innebär också ett skönt avbrott från vardagen, man lär sig uppskatta hur bra man har det inom svensk sjukvård. Det gäller att ha i åtanke att FM är en stor organisation med många olika spår jämfört med Regionerna, på gott och på ont. Förändringar kan gå långsamt. •



Mali09. Viktigt att ta sina kaffepauser när tillfälle ges när man är på rull. Det är inte alltid besvärligt att vara på mission. Man måste leva i nuet. Foto: Kaius Kaartinen

PÅLITLIG PREOPERATIV HÅRAVKORTNING

Medline Clipper är designad för säkerhet, komfort och användarvänlighet.

En håravkortare med tre olika blad för håravkortning- 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. Clippern är vattentät vilket underlättar rengöring och desinficering.



Blad, smalt,
för intim
håravkortning



Blad
universellt



Blad, neuro



Blad för hudnära
rakning



För frågor eller behov av mer detaljerad information om våra produkter, kontakta vår kundservice eller besök mediplast.com.



Att jobba som operationssjuksköterska på intensivvården våren 2020



Anette Reuterwall

I början av 2020 fick vi alla göra en ny bekant-skap – Corona, det som för många tidigare varit en ölsort visade sig vara något mycket värre – en Pandemi.

Ett virus Covid-19, *Coronavirus SARS-CoV-2* som vände upp och ner på mer än svensk sjukvård. Plötsligt fanns ett utökat behov av vårdplatser och särskilt Intensivvårdsplatser, så stort att personal behövde rekryteras från övriga avdelningar på sjukhusen. I april blev verksamheten på Barnoperation dagvård, neddragen med enbart imperativ kirurgi på grund av det ökade behovet av vårdplatser för pandemipatienter. Personalen på operationsavdelningarna tillfrågades då om att bemanna avdelningar med ökande intag av Covid patienter.

Frivilligt att jobba på IVA? Nja egentligen inte. Verksamheten drogs ju ner på alla operationsavdelningar och någonstans var vi ju tvungna att arbeta. På min avdelning blev det bara ett operationslag kvar, och det var egentligen bara på IVA det fattades folk. Vi var två operationssjuksköterskor från min arbetsplats som gick till IVA och anestesijuksköterskorna fick gå till ECMO. Vi bemannade även LIVA och BUVA på stora Barnop, NKS. En rokad fick göras för att få loss personal från pre/postop som hamnade på BIVA, NKS.

Jag var på Covid-IVA Karolinska Solna i lite över en månad våren 2020. Avdelningen var en omgjord Postop avdelning där det bara var en vägg mellan patienterna och fullbelagt hela tiden. En halv dags introduktion

fick vi innan vi började och den bestod av att lära oss vända patienter i bukläge och ta artärgas. Vi arbetade i grupper med fem till sex patienter att vårda. Vi var alltid tre som jobbade tillsammans. Förutom mig själv kunde det vara en anestesijuksköterska eller intensivvårdssjuksköterska samt en undersköterska.

Att gå från att arbeta på operation till att jobba på intensivvården över en natt, det var läskigt tycker jag. Man kan inte bara säga att det här kan inte jag utan det var bara att lära sig. Patienterna krävde mycket läkemedel så alla hade massor av pumpar som pep ideligen. Det var alltid två anestesijuksköterskor i läkemedelsrummet, som inte behövde ha all skyddsutrustning. Vi som hade patientnära arbete bar hela arbetstiden rock, handskar, munskydd, visir och hjälmhår. Vi var portade från läkemedelsrummet. Där blandades det läkemedel för fulla muggar, och det var bara att gå och hämta läkemedelssprutor och byta i pumparna. Ibland kändes det som att det enda vi gjorde var att hämta stora sprutor och fylla på i pumparna. En annan arbetsuppgift var att suga slem i slutet system, byta slangar, rengöra trachen och byta förband, mäta urin, ta artärgas och läsa av olika mätvärden som syresättning mm. Min profession som operationssjuksköterska kom väl till användning när det skulle bytas förband på cvk'er och oftast behövdes det sättas nya stygn också. Då kände man sig hemma. Det var en härlig känsla att göra något som man kände igen och inte alltid känna "sist på bollen" känslan.

Ett enormt tålamod

De som jobbade där ordinarie är guld värda. De hade ett enormt tålamod med oss och tacksamma för att det var fler händer som kunde hjälpa till och avlasta. Jag jobbade tillsammans med samma tjej i tre dagar och det

kändes som jag känt henne i flera år. Det var jätteskönt att komma tillbaka dagen efter och känna igen personen man skulle jobba med och vi hade fått in en rutin tillsammans, så roligt. Allt vi gjorde skulle som vanligt dokumenteras och här blev det då på papper, inga datorer fanns. Vi var också på andra avdelningar tex thoraxiva och där fanns datorer. Tyvärr hade vi ingen acces till Clini Soft så det blev lite krångligt ibland. Munvård och annan patientomvårdnad gjorde alla så gott man kunde och hann. I bukläge låg patienterna i 16 timmar. I övrigt försökte vi hinna med att vända så gott det gick var 4e timme. Sprita och hålla ordning runtomkring patienten var också viktigt. I medel låg patienterna ett par veckor men det var alltid fullt kändes det som, det kom ju ständigt nya när någon avled.

Jag ingick inte i krisavtalet utan gick min ordinarie arbetstid som är dagtid, 07.00 till 16.30. I krisavtalet som de flesta arbetade efter jobbade man 12,5 timmars pass, man var mycket noga med rasterna. Vid morgonmötet gick vårdledaren igenom rastschema, vem som hade rast 1, 2, 3 på förmiddagen, likadant med lunch och eftermiddag. Fika 30 min, lunch 45 min tror jag att vi hade. Det tog ganska lång tid att ta av sig skyddsutrustningen efter alla konstens regler och lika lång tid att ta på sig igen när rasten var slut. Jag stannade oftast över på eftermiddagen för att alla skulle få sin rast för när jag gick hem blev de ju en person mindre.

Ont i magen

I början hade jag lite ont i magen varje dag för det här var ju inte min profession och patienterna var ju heller inte "vanliga" IVA-patienter vilket sköterskorna och läkarna på IVA påpekade, det här var ju något nytt även för dom. När man var mitt inne i det tänkte man inte så mycket utan bara jobbade på, duschade, åkte hem och sov. Efter att

Hälso- och Sjukvårdens katastrofmedicinska beredskap

Hälso- och sjukvården är en del av samhällets hela krishanteringssystem. Enligt hälso- och sjukvårdslagen (HSL 2017:30) ska regionerna planera sin hälso- och sjukvård så att en katastrofmedicinsk beredskap upprätthålls. Beredskapsplaneringen styrs av lagar, riktlinjer och föreskrifter och bygger på risk- och sårbarhetsanalyser, förmågeanalyser, kontinuerligt uppföljningsarbete samt lokala förhållanden i sjukvårdens struktur och geografi. Detta beskrivs bland annat i Socialstyrelsens föreskrift (SOSFS 2013:22) 1.3.1 Lagar och föreskrifter av betydelse för kris och katastrofmedicinsk beredskapsplanering samt planering för civilt försvar. I HSL föreskrivs också att regeringen, eller den myndighet som regeringen bestämmer, får meddela särskilda föreskrifter om hälso- och sjukvården i fredstid om det ur ett nationellt perspektiv finns behov av katastrofmedicinska insatser.

Socialstyrelsen genomför för närvarande ett utvecklingsprojekt med denna förstärkningsresurs för att pröva hur utbildning, träning, övning samt personalförsörjning kan genomföras i en sådan nationell sjukvårdsförstärkningsresurs. Till denna förstärkningsenhet rekryterades Susanna Eriksson, Operationssjuksköterska och Trauma-koordinator Traumacentrum Karolinska Solna och Louise Almström, Operationssjuksköterska, Projektledare Traumacentrum US Linköping och Lärare på KMC Linköping i november 2019 som chefssjuksköterskor för deras sjukvårdsförstärkningsenhet.

Inriktningen för enheten är att inom något dygn kunna förstärka en region/sjukhus vid en större händelse och då ffa en större händelse med traumatiska skador. Till enheten rekryterades personal från hela landet, anestesiloger, kirurger, ortopedier, akutläkare, anestesijuksköterskor, akutsjuksköterskor, intensivvårdssjuksköterskor, röntgensjuksköterska, undersköterskor från akut/iva/op, samt operationssjuk-



Susanna

sköterskor. Till att börja med två från varje yrkeskategori.

Uppdraget påbörjades i januari 2020 då de hade ett första möte med ansvariga på Socialstyrelsen där en första information gavs om hur enheten är uppbyggd och hur bemanningen är tänkt att vara. Enheten består av ett antal tältmoduler liknande de som försvaret har, exempelvis finns en operationsmodul med hepafilter ventilation för att ha en så optimal operationsmiljö som möjligt i ett tält. I början av februari så var det en utbildningsvecka i Göteborg där alla fick lära känna de övriga som rekryterats till denna enhet. Under veckan var det undervisning i hur tältmodulerna fungerar och sätts upp, olika föreläsningar om traumaomhändertagande vid begränsade resurser, triagering och traumakirurgiska principer. Planering inför vårens tänkta övning påbörjades och utrustning gick igenom. Alla deltog med uppslag och idéer på hur vi skulle kunna arbeta tillsammans vid olika typer av belastning. Susanna och Louise påbörjade det stora arbetet med att få fram olika rutiner för hur arbetet i modulen ska bedrivas, inventera vilka kompetenser som finns inom enheten och vad som kan behöva kompletteras med vid framtida rekryteringar. Veckan var väldigt inspirerande och alla åkte



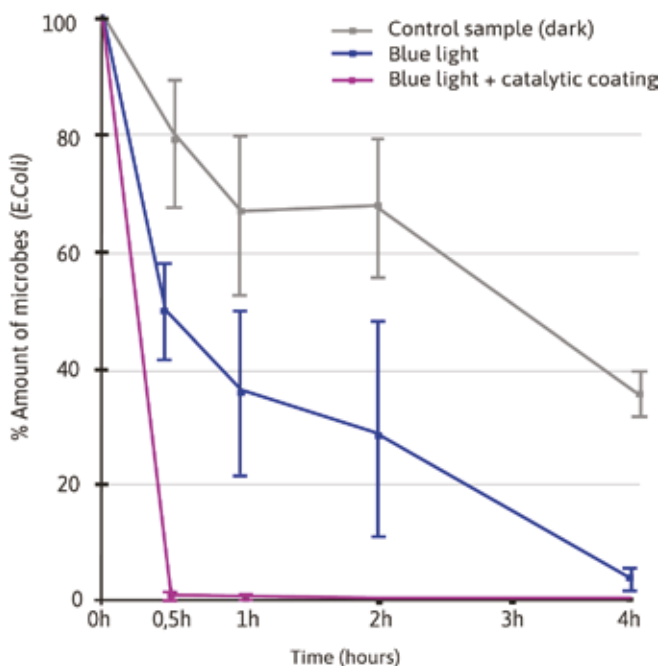
Louise

därifrån taggade på att få en möjlighet att testa enhetens utrustning under Totalförsvarsövningen (TFÖ20) planerad till i mitten av maj. Under tiden i Göteborg så började det talas mer och mer om det nya Coronaviruset och dess spridning, men ingen kände större oro för det där och då.

Ordinarie arbete

Tillbaks i ordinarie arbete började Susanna och Louise att skriva på de rutiner som kommer att behövas. En stor fördel i detta arbete på distans är att de tidigare arbetat ihop på centraloperation på Karolinska Universitetssjukhuset i Solna och att Louise har en bakgrund i försvaret och där har arbetat i liknande tältmiljöer som nu ska upprättas. Det är många frågeställningar som måste lösas: patientdokumentation (vilket inte hade varit ett problem om det funnits ett nationellt journalsystem), former för samarbete med den region/sjukhus som ska stötta, hygienrutiner i tältmiljö, läkemedelsrutiner, strålning, och allt annat som regleras i olika lagar och föreskrifter. När så Coronavirusets spridning blev en pandemi med allt vad det inneburit ställdes totalförsvarsövningen in och fokus har varit att lösa material och bemanningsfrågor på regional nivå. •

Effektiv desinfektion med blått LED-ljus - för infektionsprevention och en god arbetsmiljö



- Minimerar personalens exponering för starka kemikalier
- Förbättrar patientsäkerheten och sparar pengar genom att minska vårdrelaterade infektioner (se USA-baserad longitudinell studie*)
- Uppnår en bättre hygienisk nivå med konsekventa desinfektionsresultat

Läs mer om produkterna på vår hemsida

www.bernermedical.se

Vill du veta mer? Ring oss på 040-680 68 00.

Redan efter 30 min hade 99 % ($2 \log_{10}$) av E.Coli bakterierna eliminerats.

Två timmar under det blå ljuset resulterade i över 99,9 % ($3 \log_{10}$) minskning av E.Coli.

Laborrietester från ackrediterade oberoende laborier visar att LED Tailors blå ljus + fotokatalytiska beläggning är det snabbaste och mest effektiva automatiska sättet att desinficera ytor.

*Användningen av antimikrobiellt blått ljus i operationssalar har i referentgranskade vetenskapliga artiklar påvisats avsevärt minska förekomsten av postoperativa infektioner.

Ref: Murrell LJ, Hamilton EK, Johnson HB, Spencer M. Influence of a visible-light continuous environmental disinfection system on microbial contamination and surgical site infections in an orthopedic operating room. *Am J Infect Control*. 2019 Jul;47(7):804-810. doi: 10.1016/j.ajic.2018.12.002. Epub 2019 Jan 10. PMID: 30638672.

Bröderna Berner AB, Berner Medical
Box 50132, 202 11 Malmö
Besöksadress: Flintränegatan 21, 211 24 Malmö

BERNER
MEDICAL

Nytt nationellt programområde

Perioperativ vård, intensivvård och transplantation

I mars 2020 startade ett nytt nationellt programområde (NPO) för perioperativ vård, intensivvård och transplantation. Där kommer vi ha möjlighet att kunna påverka den framtida vården inom anestesi och intensivvård.

Kunskapsstyrning – vad är det?

Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) lanserade 2018 ett kunskapsstyrningssystem med syfte att göra vården mer kunskapsbaserad, jämlik och resurseffektiv med hög kvalitet. Grunden i systemet är 26 olika nationella programområden (NPO) som leder och samordnar kunskapsstyrningen inom sitt område. Från början fanns inte alla områden representerade men systemet har byggts ut och ett av de senast nytillkomna NPO är perioperativ vård, intensivvård och transplantation.

Ett NPO ska följa upp och analysera sitt område för att kunna prioritera insatser som kan minska skillnader mellan olika regioner och förbättra vården. I uppdraget ingår att identifiera behov av nationella kunskapsstöd, omvärldsbevaka, samarbeta med myndigheter och bidra till arbetet med att utveckla och använda nationella kvalitetsregister. Ledamöterna ska vara experter med bred professionell kompetens inom sitt område och utses av respektive sjukvårdsregion, totalt sex personer. Tyvärr har det inte funnits någon samordning mellan regionerna för att skapa tvärprofessionellt vilket resulterat i att av alla totalt 156 ledamöter är det bara en knapp handfull som är sjuksköterskor, de allra flesta regioner har valt en läkare till "sin" representant. Ett av de få undantagen är NPO Perioperativ vård, intensivvård och transplantation där en av ledamöterna är kliniskt verksam intensivvårdssjuksköterska.

Hur ser det ut i din region? Kolla upp och se hur du kan påverka!



Eva Joelsson-Alm

NPO Perioperativ vård, intensivvård och transplantation

Det nya NPOet startade mitt i pandemin och arbetet hittills har fokuserat på frågor relaterade till Covid-19. I höst 2020 fortsätter uppstartsarbetet och planering av insatsområden där nationella arbetsgrupper kan behöva startas. Ett sådant område som skulle kunna bli aktuellt är jämlik väntetid för operation, där det idag finns skillnader i väntetid till operation mellan olika delar av landet och mellan olika patientgrupper. Den framskjutna vården pga Covid-19 riskerar att öka skillnaderna.

Regionala programområden (RPO)

I varje sjukvårdsregion ska det finnas ett motsvarande regionalt programområde (RPO) som bland annat ska initiera frågor till NPO och stödja och implementera spridning av de nationella kunskapsunderlag som tas fram.

Fakta

Ledamöter

Martin Holmer

Ordförande. Verksamhetschef An/Op/IVA, Länssjukhuset Ryhov, Jönköping. Sydöstra sjukvårdsregionen.

Eva Joelsson-Alm

Specialistsjuksköterska i intensivvård, universitetssjuksköterska på Södersjukhuset, Stockholm och bitr. lektor på Karolinska Institutet. Sjukvårdsregion Stockholm Gotland.

Johnny Hillgren

Verksamhetschef, an/Op/IVA Region Gävleborg. Sjukvårdsregion Mellansverige.

Alfred Janson

Kirurg, Sundsvalls sjukhus. Norra sjukvårdsregionen.

Per Lindner

Verksamhetschef Transplantationscentrum Sahlgrenska. Västra sjukvårdsregionen

Lars Algotsson

Verksamhetschef Thorax Skånes universitetssjukhus, Lund. Södra sjukvårdsregionen

Det är stor skillnad mellan de olika regionerna hur sammansättningen av RPO ser ut men generellt sett verkar omvårdnadskompetensen vara bättre företrädd i RPO jämfört med NPO. Hur ser det ut i din region? Kolla upp och se hur du kan påverka! •

SEE BETTER.^{1,†,Ω} BREATHE BETTER.^{2,‡} WORK BETTER.



Effectively and efficiently
remove surgical smoke from
your laparoscopic procedures^{1,§,Ω}

† 10 out of 10 surgeons and nurses surveyed after use agreed for active mode the device improved visualization vs. nonevacuation.

‡ As compared with non-ULPA filtration or nonevacuation.

§ 9 out of 10 surgeons and nurses surveyed after use agreed for active mode.

Ω 8 out of 9 surgeons and nurses surveyed after use agreed for passive mode.

The Valleylab™ Laparoscopic Smoke Evacuation System

A laparoscopic smoke evacuation device
offering a dual active and passive mode

SEL7010



1. Based on internal test report #RE00139506 rev A, Bourbon: Valleylab™ laparoscopic smoke evacuation system nurses and surgeons claims report. March 12, 2018.

2. Based on the manufacturer report #PR-17003 rev A, ULPA filtration. Jan. 12, 2018.

© 2020 Medtronic. All rights reserved. Medtronic,
EMEA-SE-2000033 - 20-weu-valleylab-lap-smoke-evacuation-advert-4927616

Medtronic
Further, Together



MDR

Nu närmar sig datumet 26 maj 2021 då MDD ska bli MDR! Det skulle ha skett 2020 i maj men sköts upp på grund av rådande pandemi. Här kommer liten uppdatering på vad det innebär att regelverket ändras för medicinteknikprodukter. Uppdukats redaktion har återkommande uppdaterat läget för oss läsare och kommer att fortsätta att bevaka ämnet framöver.

MDR, Medical Devices Regulation (MDR2017/745) en förordning som handlar om medicintekniska produkter om tillverkning och användning, att kunna följa/spåra en säker produkt från tillverkning till patienten. En förordning är en bindande unionsakt och gäller alla medlemsländer oberoende av nationell lagstiftning, det ska alltså vara lika i alla medlemsländerna. Ett regelverk om medicintekniska produkter är inte någonting nytt utan idag finns en svensk lagstiftning om medicintekniska produkter som vilar på eu direktiv 90/385/EEG (aktivt medicintekniska implantat) och 93/42/EEG (andra medicintekniska produkter) dessa kommer att ersättas av MDR.

När ett företag tillverkar en produkt som vi kommer att använda på operation så behöver de idag ett certifikat på produkten. Detta certifikat/godkännande ges av ett anmälade organ (Notify Body) de är en organisation eller ett företag som fått tillstånd att kontrollera så att företagen som tillverkar produkter uppfyller regelverket.

Medicintekniska produkter delas in i fyra klasser, vilken klass produkten hamnar i bygger på de risker som patienten kan utsättas för på grund av en produkts konstruktion, tillverkningsätt eller användning. Det finns 4 klasser Från I till III och den lägsta anses ha

lägst risk för patienten. På operation jobbar vi mestadels med produkter i klass II a-b till III och dessa behöver alla ha ett certifikat/godkännande från ett allmänt organ. De produkter som redan har en certifiering efter 26 maj är ok tills datum för certifiering behöver förnyas. Men saknar en produkt ett godkännande så kan den inte säljas på marknaden. Det behöver inte bero på att produkten är dålig utan att det efter 26 maj finns få anmälade organ (Notify body), resultatet kan komma att bli att det kommer att ta tid att få ut en produkt på marknaden och kostnaderna för att få produkten godkänd kan komma att öka.

När vi jobbar har vi både engångs sterila produkter/instrument och instrument som kan steriliseras flera gånger. De instrument som kan steriliseras flera gånger tex hakar har hamnat i klass I s (steril) och kommer att behöva ett allmänt organ för godkännande av dessa produkter. Detta har fått ett korrigerande och ska börja gälla 2024. Genom klassificering, kontroller och certifiering av anmält organ (Notify Body) är syftet att vi använder oss av säkra produkter vi ska också kunna spåra produkterna och implantat från tillverkning till patient som en patientsäkerhet.

UDI

Spårningen ska gå till genom att varje produkt som tillverkas att få ett eget UDI nummer (Unique Device Identification) vi kan se det som ett personnummer som bara är unikt för en person. Med detta UDI nummer ska vi ska kunna identifiera och spåra den medicintekniska produkten/implantatet och få fram information om: produktnamn, serienummer, tillverkarens namn och adress, varningar, försiktighetsåtgärder,

förväntad livslängd och annan information som behövs för att produkten ska kunna användas på ett säkert sätt. UDI ska lagras av hälso- och sjukvården och användas vid tillverkarens registrering av produkter och vid rapportering av olyckor och tillbud.

EUDAMED (European database on medical devices) och det kommer att bli en central databas inom EU den kommer att komma igång 2022 innehållet i EUDAMED kommer att vara:

- Aktörer, t.ex. tillverkare och auktoriserade representanter
- Produkter
- Certifikat
- Olyckor och tillbud (i dagsläget endast NCAR-rapporter)

Källa: ec.europa.eu

Spårbarheten är något som varje sjukhus behöver se över, hur spårar vi produkter idag, kanske de sker genom att klistra in klisterlappar på implantat som scannas in i journalen men långt ifrån allt hamnar i journalen tex skruvar och plattor mm. Vi får se hur de kommer att ske i framtiden. Vi är många som letat efter paket som hamnat på villovägar. Eller en patient som byter sjukhus och har implantat som ska ut och åtskilliga timmar som gått åt att granska röntgenbilder för att hitta "rätt" instrument till de som patienten har inopererat.

Det här var en kort uppdatering om vad MDR innebär. Vill ni läsa mera så finns länkar att gå in på. Ett tips är att lyssna på Swedish Medtech och medtechpodden i *kap 11 Vården och det nya medicintekniska regelverket* frågar Kristina Lockner Anna Lefevre swedich medtechs VD om MDR. <https://www.swedishmedtech.se/sidor/medtechpodden.aspx> •

Sidor med information

<https://www.lakemedelsverket.se/sv/medicinteknik>

<https://www.upphandlingsmyndigheten.se/upphandling/>

https://ec.europa.eu/health/md_newregulations/getting_ready/procurement_mds_ivds_en

https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/md_newregulations/docs/timeline_mdr_en.pdf

https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/md_newregulations/docs/timeline_ivdr_en.pdf

https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/md_newregulations/docs/procurementecosystem_factsheet_en.pdf

Sterila instrument – ett måste för operation.

AESCULAP® AICON® – ett helt nytt containersystem:

Gör det nära samarbetet med sterilcentralen pålitligt och enkelt. Möjliggör dokumentation för transparens och kontroll. Ökar säkerheten för patient och personal, genom att använda instrumentcontainer för transport till och från operation samt förvaring.

Ett hopp framåt för hantering av sterilgods.



B. Braun Medical AB | www.bbraun.se

ÖVERRASKNINGAR ÄR ROLIGT! MEN INTE I MITT ARBETE!

För smidiga operationsförberedelser är jag beroende av rena och sterila instrument.



Langenbeck

Bernhard von Langenbeck (1810–1887) — mest känd för sina instrument, ingrepp och adepter. Han föddes 1810 i Tyskland blev inspirerad att studera medicin av sin farbror som var ögonläkare och professor vid universitetet i Göttingen, där Bernhard senare påbörjade sina lärarstudier. Bernhard skrev senare en bok som han dedikerade till sin farbror med orden: *”Jag har lärt mig från dig, att varje minut som inte spenderas på att undersöka den mänskliga kroppens mysterier är en bortkastad minut”*

Efter avslutande studier reste Langenbeck runt i Europa under en studieresa som varade i två år. Han återvände efter sin resa till universitetet i Göttingen och fick där en tjänst som docent i mikroskopi, fysiologi och patologi. En av hans tidigaste vetenskapliga upptäckter var med publikationen om svamp i munhålan som han beskrev orsakas av en jästliknande svamp, senare benämnd som *Candida albicans*. Samtida med Bernhard vid universitetet i Göttingen fanns två tyska språkforskare och professorer, Wilhelm och Jacob Grimm, tillsammans kända som sagobrodrerna Grimm.

1840 som 30-åring började han undervisa i kirurgi och fick senare en professur vid universitetet i Kiel, hans rykte som duktig kliniker drog till sig patienter från hela Tyskland. Han flyttade 1847 till Berlin där han efterträdde Johann Friederich Diffenbach vid universitetet och som chef för Charité sjukhuset då Diffenbach nyligen avlidit. Langenbeck har beskrivits vara en liten energisk man vars handlag var exakta, aldrig forcerade eller stressad och bemötte alltid sina elever med stor respekt och såg på dom som kollegor.

Ytterst respektfull

Han beskrivs som varm, med ett stort engagemang, alltid villig att dela med sig av sina egna misstag. Även i patientrelationer var han som ytterst respektfull och gjorde ingen skillnad mellan fattiga och rika utan behand-



Bernhard von Langenbeck

lade alla. Vilket inte var vanligt. Detta fick hans elever se skillnad på då dom vid sina studieresor mötte andra professorer med likvärd ställning som

von Langenbeck. I operationssalen beskrivs Langenbeck som djärv, med stora anatomikunskaper och som kunde utföra operationer med ofattbar hastighet och elegans. Langenbeck själv betonade alltid vikten av försiktig vävnadshantering vid operationer.

Hans assistenter var till stor nytta och upplevde sin mentor som förstående även då de under operationerna gjorde något fel. Det finns en berättelse om ett studiebesök av en amerikansk kirurg som kommit till Berlin för att se Langenbeck utföra en cirkulär amputation vilket han var vida känd för. För en kort stund under den pågående operationen, vände sig den besökande kirurgen bort med ryggen mot operationsbordet för att nysa. När han vänder sig tillbaka var benet redan amputerat och besökaren hade missat hela det kritiska momentet med operationen. Vid operationer hade von Langenbeck alltid på sig en



specialgjord, tätt sittande rock av ett grön-svart material. Rocken rengjordes noggrant varje dag.

Langenbeck lade grunden för tyska kirurger att basera sitt arbete utifrån ett vetenskapligt förhållningssätt, och uppmanade konsekvent att nya operationer först skall testas på djur innan de utfördes på människor.

Under de krig som härjade runt om i Europa vid slutet av 1800-talet var Langenbeck engagerad som krigsskirurg. Inom armén verkade han för förbättrade sanitära förhållanden, mobila behandlingsstationer och effektiva ambulanssystem för skadade soldater. Han beskrivs som en stor och ödmjuk humanist. En av hans viktigaste prestationer var med ståndpunkten att upprätthålla neutraliteten för skadade soldater. En åsikt som han var föregångare med.

”En skadad fiende är inte längre en fiende, utan en kamrat i behov av hjälp”

Med ett stort engagemang för vården av skadade och sårade i krig grundade han tyska ”Röda Korset” och innehade även posten som president i internationella ”Röda Korset”. Langenbeck blev en skicklig kirurg att hantera skottskador och att han gillade utmaningarna med krigsskador och trivdes med det militära livets formaliteter.

1867 introducerades Lister’s anti-septiska principer för kirurgi. Vilka Langenbeck använde sig av vid kirurgi, men uttryckte sina tvivel att använda sig av dessa vid civila operationer. Men under ett besök av Lister i Berlin utförde Langenbeck sin första operation där karbolsyraspray användes och Lister var den som fick sköta förbandsläggningen enligt sina aseptiska principer.

Nya operationsmetoder

Bernard von Langenbeck utvecklade en rad kirurgiska ingrepp vilka ännu i dag bär hans namn. Langenbeck beskrev 1867 postero-lateralt snitt av höften (bakre snitt/ The Langenbeck approach) för att få tillgång till

höftleden vid skador men främst vid infektioner. Snittföringen utvecklades senare till en mer kurverad incision av Theodor Kocher benämns numera som Kocher-Langenbeck approach. Det första försöket till percutan internfixation av en proximal femurfraktur utfördes på en äldre kvinna av Langenbeck runt 1850, men patienten avled i sepsis. Vid den efterföljande obduktionen kunde konstateras en fraktur av lårbenshalsen där de båda fraktur fragmenten var stabilt fixerade med metallspik upp i höftleden. Först 25 år senare gjordes den första lyckade operationen med liknande teknik, men då inte av Langenbeck. Världens första röntgenbild togs först år 1895.

1861 beskriver Langenbeck sin operationsmetod vid gom-läpp-spalt. Han beskriver en operation som utföres på en pojke med gomspalt. Pojken var redan opererad i tidig ålder efter födseln men med dåligt resultat. Langenbeck opererade pojken med sin metod med lyckat resultat. Det finns beskrivet att spalten suturerades ihop med 5 silkesuturer, vilka plockades



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 uppdukningssrummet 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



bort efter några dagars läkning. Operationen tog endast 30 min och is var den enda bedövning som användes. Införandet av eter och Kloroform som anestesiform ökade användningen och framgångarna med Langensbeck's operationsmetod vilken varit den ledande metoden ända fram till 1970-talet.

Och en mängd kirurgiska instrument

Langenbeck är uppfinnare av en mängd kirurgiska instrument. Kanske mest känd och ihågkommen med resektionshake Langenbeck. Ett instrument som med sin enkelhet i utformningen används fortfarande dagligen inom i stort alla kirurgiska specialitet och ingrepp för att temporärt hålla undan vävnad. Han grundade också den första medicinska tidskriften med inriktning mot kirurgi. Tidskriften är fortfarande verksam under namnet *Langenbecks Archive's of Surgery*

Bernhard von Langenbeck räknas som "the father of surgical recidency" efter hans idé om organiserad praktisk träning för läkare efter avslutade

medicinska studier, där studenterna fick bo på sjukhusen och gradvis ta på sig större och större ansvar utifrån år och erfarenhet. Langenbeck var lärare och mentor de flesta kända kirurger från denna tid, bland dem: Theodor Billroth, Emil Theodor Kocher, och Friedrich Trendelenburg. Langenbeck efterträddes vid universitetssjukhuset Charité i Berlin av Ernst von Bergmann. Bernhard von Langenbeck avled 1887 i en stroke. •

Referenser

J, Bartonicek Proximal femur fractures: the pioneer era of 1818 to 1925. *Clinical orthopedics research source*. March 2004

J, Bartonicek Early history of operative treatment of fractures. *Arch Orthop Trauma surg* (2010) 130:1385-1396.

A,Cesmebasi.K,Olehafen Et.al . A Historical Perspective: Bernhard von Langenbeck German surgeon (1810-1887) *Clinical Anatomy* 27:972-975 (2014)

R. M, Goldwyn. Bernhard von Langenbeck, His life and Legacy. *Plastic & Reconstructive surgery Vol 44 No.3 Sept 1969*.

B Langenbeck. Weitere Erfahrungen im Gebiete der Uranoplastik mittelst Ablösung des mucös-periostalen Gaumenüberzuges. Verlag von August Hirschwald. Berlin 1863.

J. Raution. M, Somer.M, Pettay. T, Klockars. U, Elfving-Little. E, Hölttä. A, Heliövaara *Riktlinjer för behandling av läpp- och gomspalter. Duodecim* 2010;126:1286-1294.

T. Schlich "The days of brilliancy are past"; skill, styles and the changing rules of surgical performance, ca 1820-1920. Published online by Cambridge University Press : 19 June 2015

I, Telichink. Nikolay Ivanovich Pirogov (1810-1881) and Bernhard von Langenbeck (1810-1887): similarities on the anniversary of their 200th birthdays. *Journal of Medical Biography* 2015 Aug.

KEBOMED

KLS MARTIN medLED® CHROME PANNLAMPA

Kraftig trådlös pannlampa med
upp till 270.000 Lux

Ett perfekt komplement för operationer
som kräver extra belysning

KLS Martin medLED® Chrome pannlampa
är bekväm, välbalanserad och otroligt
lätt och kan beställas med visir



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

info@kebomed.se | KEBOMED AB | Kanalvägen 1 A
194 61 Upplands Väsby | Sverige | Tel. 040-30 51 05



Nej till att återanvända engångsprodukter

Reprocessing

Åtgärder som vidtas för att en begagnad produkt ska kunna återanvändas: rengöring, desinfektion, sterilisering, provning och återställande av funktioner.

Medicintekniska engångsprodukter som katetrar, tänger och slangar, bör få återanvändas, föreslår Socialstyrelsen. Nu kommer starka protester – bland annat från operationssjuksköterskorna.

– Socialstyrelsens rapport är ett fel-tänk från början. Engångsprodukter är gjorda för att användas en gång, om vi ska återanvända mer borde vi i så fall gå över till flergångsprodukter. Det säger Birgitta Gustafsson, som är sammankallande i det vetenskapliga rådet för RFop, Riksföreningen för operationssjukvård.

Hon har arbetat som operations-sjuksköterska sedan 70-talet och sett många trender genom åren – och hon är bestämd: Inom operation ska man inte återanvända något. Vi har jobbat hårt i många år för att få bort återanvändningen av engångsprodukter. Vi är oerhört måna om att allt ska vara perfekt, inget får gå fel när man står där med en öppen patient, säger Birgitta Gustafsson.

EU skärper lagstiftningen

Bakgrunden till diskussionen är att Socialstyrelsen fått i uppdrag av Socialdepartementet att se över om det ska bli tillåtet att medicintekniska engångsprodukter reprocessas och återanvänds. I maj 2021 införs nämligen en skärpt EU-lagstiftning som gör att det inte längre blir tillåtet att återanvända engångsprodukterna om det inte finns ett nationellt undantag.

I den omfattande utredningen från Socialstyrelsen dras slutsatsen att det finns förutsättningar för att på ett patientsäkert sätt lagstifta om att tillåta återanvändning av medicintekniska engångsprodukter. Det här förslaget orsakar nu starka protester från flera håll. En egen motrapport har tagits fram av Operationssjuksköterskornas

förening, Steriltekniska föreningen, Swedish Medtech och Medea. De riktar skarp kritik mot Socialstyrelsens förslag på flera punkter.

– Den viktigaste anledningen till att Sverige, som de flesta andra europeiska länder, måste förbjuda återanvändning av engångsprodukter är patientsäkerheten. Det vetenskapliga läget är oklart och vi anser att det inte är visat att återanvändningen är säker, säger Anna Lefevre Skjöldebrand, vd för branschorganisationen Swedish Medtech.

Varken frågan om patientsäkerhet eller etiska frågeställningar har belysts tillräckligt i Socialstyrelsens rapport, enligt författarna till motrapporten. De pekar bland annat på att professionerna inom vården kan ställas inför svåra etiska avgöranden: vem ska få en ny produkt och vem ska få en återanvänd?

Återanvändning sker redan i dag

Redan i dag återanvänds engångsprodukter inom vården i nästan alla regioner. Slangar, tänger, borrar, elektroder, masker och filter hör till sådant som återanvänds i mindre utsträckning. Det görs i större utsträckning inom elektrofysiologiska undersökningar och behandlingar där det handlar om diagnostiska katetrar och ablationskatetrar. Inom ortopedin handlar det framför allt om att återsterilisera produkter som inte har använts till exempel vid en operation.

När sjukhusen återanvänder engångsprodukter ska de göra riskanalyser, dokumentera och formellt överta ansvaret för produktens säkerhet. Det här fungerar mindre bra på de flesta håll enligt Socialstyrelsens rapport. Och om Sverige ska kunna leva upp till de nya, skärpta kraven måste hälso- och sjukvården göra stora

ansträngningar för att bli bättre på att efterleva reglerna, sägs det i rapporten.

Ekonomi och miljö

De främsta argumenten för att återanvända engångsprodukter är att sjukvården kan spara pengar. Ett annat argument är att det är positivt för miljön, enligt Socialstyrelsen. Men motrapporten ifrågasätter båda de här argumenten. Hanteringen för att kunna återanvända en produkt kostar också pengar och påverkar miljön. Att återanvända engångsprodukter kan också visa sig bli dyrt i längden om patienter kommer till skada.

Det här är inte utrett tillräckligt i Socialstyrelsens rapport. Vi skulle vilja vända på det och säga att vi inte har råd att återanvända engångsprodukter, vare sig ekonomiskt eller moraliskt, om man ser till patientens liv och hälsa, säger Anna Lefevre Skjöldebrand. •

Fakta

De står bakom motrapporten

RFop, Riksföreningen för operationssjukvård, som är en professionell sammanlutning av legitimerade sjuksköterskor inom den perioperativa omvårdnaden.

Steriltekniska föreningen, branschförening för alla som jobbar i eller har anknytning till sterilteknisk verksamhet.

Swedish Medtech, branschorganisation för de medicintekniska företagen i Sverige med 200 medlemsföretag.

Medea, branschorganisation för medicintekniska konsulter.



Porträttet

Esmat Esmail Zadeh

Mitt namn är Esmat Esmaeil Zadeh och jag fyller 54 i år. Jag är legitimerad sjuksköterska i Sverige sedan 2003 och har arbetat som operationssjuksköterska sedan 2006. För närvarande arbetar jag som universitetssjuksköterska med ansvarsområde patientsäkerhet inom Perioperativ medicin och intensivvård på Karolinska Universitetssjukhuset i Solna.

Mitt liv hittills delas i två skilda världar, livet och arbetet före och efter 34 års ålder då jag flyttade till Sverige. Jag är född och uppvuxen i Kurdistan i Iran och direkt efter gymnasiet hösten 1986 kom jag in på sjuksköterskelinjen på ett universitet i Teheran. Det var mitt i Iran-Irak-kriget och Teheran var under milis attacker. Under studierna arbetade jag och många andra studenter på universitetssjukhusens olika avdelningar. Jag examinerades 1988 efter fem terminer utbildning med 77 poäng. Därefter börjades en obligatorisk tjänstgöringen om 12 månader som sjuksköterska. Tjänstgöringen var obligatoriskt för att kunna ansöka om examensbevis. Man fick välja eller placerades utifrån folkbokföringsadress. Jag valde arbete i ett krigszon område. Det var först när jag kom dit som förstod jag vad jag hade gett mig in på. Ett år senare tog kriget slut och jag sökte en kompletterande utbildning för att ta kandidatexamen. Jag kom in på universitet och studerade en 75 poängsutbildning och fick min kandidatexamen. Året var 1991. Därefter började jakten på en fast anställning medan jag tog timanställningar och vikariat tills det inte fanns något jobb för mig längre. Jag hade hunnit att bli 34 år gammal.

Hur var det då att vara 21 år gammal, nyexaminerad sjuksköterska och jobba i ett krigszonsområde? Det här är min berättelse. Jag började på ett sjukhus i nordvästra Iran. Sjukhuset hade ett 50 - tal vårdplatser, akutmottagning, förlösning, en kirurgisk vårdavdelning, en medicinsk vårdavdelning, en barnavdelning och tre operations-salar. Det fanns en sjukhusdirektör utan vårdutbildning, en medicinskt ansvarig direktör som var läkare, en Matron som är en sjuksköterska direkt underställd sjukhusdirektören, en

koordinator för varje arbetspass och en chefsjuksköterska för varje avdelning. Koordinatorns uppgifter bestod i att lösa vårdplatsfrågor, transport av akuta patienter och ringa in extra personal. Jag hade ingen fast placering utan arbetade där det behövdes och det blev mest koordinator kväll och natt och arbetade kliniskt vid behov vilket var en hel del och mestadels på akuten. Uppagningsområdeådet var stort men jag minns inte exakt hur stort. Skadade soldater kom till oss efter en första prioritering på plats i krigszonen. På sjukhusområdet fanns ett pensionat för sjukvårdspersonal och jag bodde där. Arbetet var mer eller mindre lugnt allt berodde på hur många ineliggande vanliga patienter det fanns och hur många skadade soldater som kom till oss. Sjuksköterskorna och många gånger undersköterskor som hade 1 år utbildning hade hand om de mer avancerade omvårdnadsuppgifter, t ex sårrengöring- och omläggning, suturering och gipsning. Det fanns vårdbiträden som hjälpte med basala patientvården.

Prioriteringar

Resursbrist genomsyrade arbetet och därav tvingades vi till prioriteringar gällande allt från smärtlindring till omläggningsmaterial beroende på patientens chans för överlevnad. Skyddsutrustning existerade inte förutom för vissa uppgifter, till exempel katetrisering, suturering och ibland för sårrengöring. Handskarna från operation tvättades, pudrades och kördes i autoklav för användning på akuten och förlösningen. Veckoarbetstiden var 60 timmar och extra arbete tillkom. Arbetet och även privata livet övervakades konstant. Vi fick också prioritera uppgifterna baserade på annat än medicinska bedömningar, exempelvis militär rangordning gick före vårdbehov. På ett halvt år hann jag lära mig mycket, bland annat om traumavård utan smärtlindring. Operationsresurser var mycket begränsade och bara de allra svåraste fick behandling på operation. Det finns ju en gräns för vad man står ut med och min gräns nåddes efter dryg ett halvt år. Det fanns möjlighet att byta arbetsplats och jag bestämde mig för att flytta till ett annat sjukhus, 15 mil längre bort från krigszon och närmare hem.

Den nya arbetsplatsen hade 100 vårdplatser, en akut mottagning med ett stort upptagningsområde, flera vårdavdelningar och en operationsenhet med fyra operationssalar. På akuten arbetade endast manliga undersköterskor och vårdbiträden och det hade kommit in klagomål på att kvinnliga patienter hade vårdats av manlig personal. Sjukhusledningen bestämde då att struktureras om organisationen på akuten.

Planen var att bemanna akuten med kvinnliga undersköterskor och även sjuksköterskor. Jag fick uppdraget att genomföra förändringen och valdes till föreståndare. Jag hade ju jobbat i ett halvt år och var inte helt nybörjare!! En av mina uppgifter var att övertala kvinnliga kollegor på vårdavdelningarna att arbeta på akuten. Man var anställd på sjukhuset och fick byta avdelning när det behövdes men akuten var inte en populär arbetsplats bland kvinnlig personal. Anledningen till det var att det förekom en del våld där och det var mycket kniv och skottskador. Majoriteten om inte alla dessa patienter var män. Det var inte en säker arbetsplats för kvinnor. Dagtid var det enklare att bemanna men att hitta kvinnlig personal för att arbeta nattetid på akuten var enklare sagt än gjort. Det tog flera månader men vi lyckades till slut och varje nattpass bemannades med en kvinnlig undersköterska.

Matron

Det fanns ingen skriftlig arbetsbeskrivningen för en föreståndare på akutmottagningen. Vi hade en Matron motsvarande chefsjuksköterska direkt under sjukhusdirektören som tog hand om svårare personalsituationer. Föreställ er att vara en första linjes chef i slutet av 80 talet på ett mindre sjukhus i ett politiskt turbulent landskap. Allt arbete övervakades även här och medicinska prioritering och beslut fattades med hänsyn till den styrande politiska situationen eller utifrån vem som var patient. Det innebar bland annat att prioriteringar gjordes inte alltid utifrån ett medicinskt perspektiv. Att överhuvudtaget kunna klara av chefsjobbet berodde på ett flertal faktorer varav flera hade direkt koppling till vem du var, från vilken familj och vilka stod bakom



Nischen

dig. Att jag lärt mig en hel del på mitt tidigare jobb och kunde arbeta kliniskt med svårare arbetsuppgifter visade sig ha en positiv effekt bland personalen. Läget avseende material-resurser var dåligt. Kriget var slut och till följd av detta påverkades material och medicinförsörjningen allt i frågan en enkel spruta till medicin. Mycket av arbetstiden gick ut på att se till det fanns material. Där blev jag färdig med min obligatoriska tjänstgöring.

Jag arbetade som timanställd på samma sjukhus tills jag klarade ett inträdesprov och kom in på universitet. Inträdesprov var och är vanliga i Iran när man vill studera på en högre nivå och det består av frågor om tidigare utbildningen och en ca 4–5 timmar lång salstenta. Jag läste min utbildning motsvarande kandidat och tog Bachelor examen, september 1991. Då började jakten på en fast tjänst dock utan resultat. Anledningen var att jag inte uppfyllde vissa kriterier som krävdes för att få en fast anställningen. Ett av kriterierna var godkänt på en salstenta om religion och revolutionen. Sedan var det en intervju om

religionen i praktik och en hel del om politiska inställning. Antingen är man religiös och kan svara på frågor eller kan man ljuga skickligt. Jag hörde inte till någon av de grupperna. Jag blev inte godkänd på intervjuerna. Det innebar att jag inte fick anställning inom någon myndighet och inte inom sjukvården heller.

Men med välvilja från vänner på sjukhuset hittade vi lösningar så att jag kunde arbeta ändå. Det blev varierande arbete på olika enheter allt från akuten, medicinavdelning till hjärt-intensiv och även på operation. En vidare utbildning inom operation eller intensiv fanns inte och om man hade intresse kunde man få chansen att pröva på dessa avdelningar. Jag uppmanades av en av kirurgerna att pröva på operation. Jag fick introduktion och instruktion av kirurger. Sakta men säkert började jag som operationssjuksköterska. Arbetsuppgifterna var mer eller mindre likt hur vi arbetar i Sverige med rotation inom olika specialiteter allt från bukkirurgi till ögonkirurgi. Det fanns endast en kirurg på sal så operations-

sjuksköterskan både assisterade och instrumenterade. På torsdagar hade vi endast akutkirurgi och städning samt att rengöra och pudra handskar och packa textilier. Draperings materialet var av tyg ända tills mina sista dagar i arbete 1998. Då ändrades ledningen på sjukhuset och jag fick inte längre arbeta där. Jag blev arbetslös.

Problemen är till för att lösas!

Med motto är att problemen är till för att lösas! I det här fallet var problemet att jag inte kunde få arbete inom sjukvården i framtiden i mitt hemland. Vid Millenniumskiftet flyttade jag därför till Sverige. Valet av land berodde på att mina syskon var bosatta där sedan flera år tillbaka. Det fanns ingen tid att förlora, ingen tid för nostalgi. Mörkret och kylan var ingen ursäkt och inte heller depressionen efter en flytt hemifrån. Jag gjorde en femårsplan till att börja med som inkluderade att lära mig svenska, skaffa svensk sjuksköterskelegitimation, en fast anställning och egen bostad under tiden. Planen genomfördes och våren 2005 hade jag även påbörjat specialistutbildning inom operation. Ett år senare blev jag färdig operationssjuksköterska och fick ett jobberbjudande innan jag var klar med utbildningen som jag tack-samt tackade ja till. Det var på central operation på Karolinska Universitetssjukhuset i Solna. Min nya femårsplan blev då att påbörja forskarutbildning inom den tidsperioden. Att disputera har varit en dröm sedan grundutbildningen till sjuksköterska. Jag hade ingen svensk kandidatexamen så jag fick börja med att läsa metodkurserna och skriva en C-uppsats. I samband med skrivandet fick jag intresse för utbildning och organisationsutveckling. Sökande kring dessa ämnen ledde mig till pedagogik. Som i sin tur ledde till att jag började Vårdpedagogik programmet vid Sahlgrenska akademien i Göteborg. Halvvägs genom den utbildningen tog energin slut. Jag behövde pausa även om det inte var lätt att acceptera. Jag hade ju min femårsplan att följa men hälsan hängde inte med och det gick inte att ignorera den. Jag bestämde mig för att ta en paus, göra något roligt ett tag. Jag hade länge velat lära mig engelska och dessutom skulle jag skriva min masteruppsats på engelska. Jag fick en idé om att lära mig språket på plats och också få ett miljöombyte för att koppla av. Jag sökte några månader tjänstledig men fick inte det, då det var en svår personalsituation 2010.

I stället sa jag upp mig, packade och flyttade till London för att vila och lära mig engelska.

Inom första veckan i London fick jag ett jobb som operationssjuksköterska vilket helt ärligt hade jag sökt på skoj, mest för att se hur det var att arbeta i England samt av erfarenhet visste jag att man lär språket fortare genom jobbet. Jag hade engelskt certifikat på grundnivå sedan tidigare. Den processen minns jag inte exakt men det involverade mycket pappersarbete och ansökan skickades till NMC (Nursing and Midwifery Council). För Europiska medborgare var det en enklare process att få ett engelskt certifikat på den tiden. Det finns olika graderingar enligt deras system från junior till senior och nurse practitioner. Jag hamnade på junior nivån. Certifikatet behöver förnyas årligen och man betalar en avgift. Vart tredje år ska man bevisa kompetensutveckling genom att ha läst visst antal timmar utbildningen inom omvårdnad. Det var ett krav för att få certifikatet förnyat. Arbetsgivarna stod för kostnaderna.

Jag minns jobbintervjun, då talade jag en enkel engelska. Det visade sig inte vara ett problem. Den Biträdande chefen som intervjuade mig menade att om en operationssjuksköterska kunde sitt jobb behövde hen inte prata. Intervjun skilde sig jämfört med jobbintervjuer i Sverige. Jag fick exempelvis berätta hur jag skulle planera för en eventuell konvertering från laparoskopi till laparotomi. En intressant fråga var hur jag skulle reagera om en kirurg slängde instrument. Det var ett privat sjukhus i centrala London med inriktning på kvinnor och barn. Där fanns fyra operations-salar och en akut operationssal i anslutning till förlossningen. Sjukhuset hade amerikansk ägare och engelska delägare. Organisationen, strukturer, arbetssättet, ledarskap och medarbetarkulturen påminde mig mycket om Iran. En likhet var att det fanns en chefsjuksköterska under sjukhusdirektören och hen hade sin egen stab och dikterade allt till vår manager som i sin tur framförde direktiven. Personalen skulle bara göra jobbet, Att diskutera och ha synpunkter och få bestämma över arbetsrutiner, etc existerade inte på mitt sjukhus.

Operationskliniken hade en multikulturell miljö med personal från hela världen och några få infödda engelsmän. Utbildningsnivån var också

varierande och vi hade en grupp motsvarande vårdbiträde, många undersköterskor och några sjuksköterskor, inga specialistsjuksköterskor förutom jag. Personalen arbetade mycket utifrån sina egna utbildningar och vanor från sina respektive hemländer och inte alltid utifrån riktlinjerna - Clinical Governance. Det var ett verktyg och arbetssätt från NMC för ökad patientsäkerhet. Det fanns ingen samstämmighet inom personalstyrkan. Vi hade många olika grupperingar och arbetssätt, t ex sydafrikaner, aussier, filippinare, etc. Det var både på gott och ont.

Inskolning under observation

Jag började min inskolning under observation av en senior sjuksköterska som blev min mentor. Han rekryterade mig till sitt team som arbetade med pediatrik ortopedi och skolade in mig så som de brukade. Det handlade för det mesta om vad olika kirurger gillade eller inte gillade. Den speciella peangen och den saxen och favorit suturer. När jag var nyfiken och frågade varför blev svaret *“that’s how it used to be”*. Kunskapsnivån var sorgligt låg. Kirurgerna ville ha fast personal och det gjorde att vårt team arbetade med en ortoped två kvällar per vecka. Den mest erfarna personen passade på sal (circulating nurse) och det blev min mentor. Jag blev scrub nurse och första dagen blev jag förhörd av ortopedens varifrån jag kom. Svenska sjuksköterskor hade ett gott rykte och det ville ortopedens se. Han frågade mig om jag kunde visa mina kunskaper *“scrub the patient, show me what you can”*. Jag desinficerade och draperade patienten för en nedre extremitetsoperation. Ortopeden nickade och visade att det var godkänt. Min mentor och några andra nyfikna kollegor var minst sagt förvånade att jag fick förbereda patienten och vad än värre var att ortopedens godkände det. Så småningom upptäckte jag att inga av mina kollegor hade vidare utbildning. De flesta hade lärt sig att arbeta på operation på plats precis som jag hade gjort i Iran. Det var anledningen att de blev så förvånade att jag redan kunde arbetet. Kort därefter blev jag Mr. Hills (ortopedens) personliga scrub nurse och det innebar på något sätt en speciell position inom verksamheten. De ortopediska operationerna var mycket lönsamma för verksamheten. Efter ett tag öppnade vi en ny verksamhet för pediatrik kraniofasial kirurgi. Min mentor och jag valdes till detta arbete och vi blev presenterade

för kirurgerna som Mr Hills team. Jag jobbade med den specialiteten ett par dagar i veckan, de övriga med gynekologi och obstetrik. Så småningom fick jag passa på sal vid vissa operationer bland annat ryggoperationer. Ryggkirurgerna hade sina egna scrub nurse med men pass var från oss. Jag upptäckte efter ett tag att de var mindre trevliga och mycket krävande kirurger och seniorerna ville slippa ryggkirurger och kanske var det därför jag fick bli circulating nurse (passa på sal).

Långa arbetsdagar

Vi hade ett schema som måste följas. Vi hade oftast långa arbetsdagar 07.30 till 21.00 inklusive lördagar. Vi fick gå hem när salen var klar för dagen och fick stanna om det inte blev klart. Om operationen drog över efter 22.00 fick vi åka hem med taxi. Nattarbete innebar standby på plats för akut kejsarsnitt. Vi hade en övernattningslägenhet på andra sidan gatan så vi kunde springa till operationssalen på 2–3 minuter. Förutom mina egna kirurger ville andra kirurger positionera, göra huddesinfektion och draperera patienterna själva med undantag för akut kejsarsnitt. En extra natt per vecka ingick i arbetet, du fick inte säga emot och när jag gjorde det fick jag höra att jag hade skrivit på ett avtal som inkluderade flexibla arbetstider. Definitionen av begreppet flexibla arbetstider var flytande. Jag minns inte om det fanns arbetstidsavtal och överenskommelse mellan fack och arbetsgivaren och om min arbetsgivare bara struntade i det Dygnsvila och veckovila var inte lika viktigt som inom svensk sjukvård. Det var inte ett problem att jobba sju dagar i veckan för de flesta i personalen då de flesta av dem bodde i London enbart för att jobba. Så var det inte i mitt fall. Jag bodde där för att leva.

Hierarkin var absolut och en junior sjuksköterska hade inte så mycket att säga till om varken vad gäller omvårdnaden eller överhuvudtaget. När kirurgen var på sal så var det hen som hade ordet och därefter anestesilogen som styrde arbetet. De seniora sjuksköterskorna hade mer att säga till om. Utifrån ett svenskt perspektiv på omvårdnad hade jag många synpunkter på deras förhållningssätt till omvårdnad. Basala hygienrutiner var under all kritik. Förkläden och handskar användes inte. Synen på och följsamheten till de hygienregler som fanns var nästan på den nivå



Operationssal

jag hade upplevt under mitt arbete i kriget under 80 talet. Ett exempel var handsprit på personal toaletten. Jag hade flera gånger ställt fram handsprit på personal toaletten men den försvann. Jag påtalade det för en av de seniora sjuksköterskorna och undrade vem som tog bort den och det visade sig att det var hon som gjorde det. Hennes förklaring var: *“ingen kommer att tvätta händerna utan endast sprita dem om det finns sprit”*. Och att personalen måste tvätta händerna hellre än att bara sprita dem, Sorgligt nog det stämde hennes antagande. Ett kritiskt förhållningssätt var opassande, helt enkelt inte önskvärt. Om du såg att någon gjorde fel skulle du vända bort blicken och definitivt inte säga emot en senior. Jag blev inkallad till vår manager ett par gånger som sade sig ha förståelse för mitt sätt men att det inte var okej där. Hon menade att jag borde ha förståelse för deras kultur, respektera den och inte argumentera hela tiden. De seniora sjuksköterskorna hade klagat på mig, de tyckte att jag ifrågasatte för mycket och att jag höll på att sätta upp mina egna regler. Ett exempel på vad jag försökte genomföra var att få personal att inte passera genom en av operationssalarna under pågående operation utan gå runt den. Jag bestämde mig för att låsa dörren till salen från rena korridoren så att folk inte kunde springa genom salen till smutsiga sidan men det blev kalabalik. Däremot gick det bra att göra det på ortopedsalen då hade jag stöd av min kirurg. På ryggsalar var det en regel att stänga dörren så att folk inte springer genom men ingen förstod varför!

Så småningom ändrades schemat och vi fick två extra nätter per vecka. De flesta var jätteglada att jobba mer förutom jag som tyckte att extra arbete skulle vara frivilligt. Jag hade jobbat där i nästan två år och kunde inte acceptera schema förändringen och inte medarbetarkulturen heller längre så jag valde att säga upp mig. Managern gjorde vad hon kunde för att övertala mig att stanna bland annat en rejäl löneförhöjning men det var dags att avsluta det kapitlet. Jag var nöjd med hur min engelska utvecklats och hade lärt mig nya specialiteter.

Sverige

Tillbaka till Sverige ville jag gärna fortsätta att jobba med ortopedi och i väntan på ett lämpligt jobb arbetade jag via bemanning i Norge i några månader. Började med allmän kirurgi i härliga Hammerfest och senare robotkirurgi i Oslo tills en tjänst blev ledig på ortopedikliniken på Karolinska Universitetssjukhuset i Solna och det var en självklarhet att ta den då hade jag en känsla av att vara hemma på Karolinska. Jag hade ju också haft en paus från studier i drygt två år så var det hög tid för att ta upp studierna i Vårdpedagogik igen. September 2013 började jag arbeta på min masterexamen och blev färdigt vintern 2015. Master uppsatsen titeln är **“Specialistsjuksköterskors behov av stöd för professionell utveckling inom akut sjukvård”**.

Vid den tiden dök upp en tjänst inom specialistsjuksköterskeutbildningen med inriktning mot operationssjukvård vid Karolinska Institutet som jag sökte och fick och började på 50 %. Arbetsuppgifterna var sedvanliga som kursansvarig och lärare och så småningom som ämnesansvarig för operationssjukvårds utbildningen. Som ämnesansvarig arbetar man med kurs- och programutvärderingar samt kvalitetsutveckling i samarbete med programdirektör för specialistsjuksköterskeprogrammen. Tjänsten på KI varade under 2,5 år och var ett av de mest utmanande och utvecklande arbeten jag har dittills hade gjort. Jag är en nyfiken person, gillar utmaningar och vill gärna pröva nytt så när Karolinska Universitetssjukhuset började med att införa kompetensstege för sjuksköterskor så jag upp mig från arbetet på KI för att jobba heltid som universitetssjuksköterska med patientsäkerhetsfrågor inom PMI (Perioperativ Medicin och Intensivvård).

Idag arbetar jag halvtid kliniskt och halvtid administrativt. Patientsäkerhet inom den perioperativa vården är speciell på grund av vår unika vårdmiljö. Det är en komplex enhet med högteknologisk utrustning och potenta läkemedel där flera specialiteter och yrkeskategorier arbetar i team. Där bland annat brister i standarder, funktionalitet och samarbete, defekter i medicinsktekniska apparaturer kan äventyra patientsäkerheten och leda till katastrofala konsekvenser. Patientsäkerhetsarbetet inom PMI täcker olika typer av aspekter före, under och efter operation samt intensivvård. Jag arbetar en hel del med avvikelshantering och händelseanalyser inom operation och anestesi. En annan arbetsuppgift är att introducera nyanställda medarbetare i patientsäkerhetsarbetet inom PMI. Avvikelse återkoppling och genomgång av rapporter för att öka kunskapen om olika risker och händelser är en annan uppgift. En annan del av mitt arbete är dokumentationsutveckling. Den delen innebär regelbundna genomgång av dokumentation i Take Care och utveckling av journalmallar. Det är för att förenkla och standardisera omvårdnadsdokumentationen inom PMI. Detta innefattar även att uppdatera PM och rutiner och att göra dem mer tillgängliga och kända i verksamheten. Föreläsningar både internt inom PMI och externt ingår också i mitt arbete.

För att hålla mig uppdaterat läser jag både högskolepoängbaserade kurser och andra utbildningar, deltar i konferenser och seminarier samt läser artiklar. Nuförtiden är min fokus helt på patientsäkerhet och arbetsmiljö. Utöver det har jag privat ett särskilt intresse för litteratur om första och andra världskriget och skildringar av händelserna i världen under den tiden. Det senaste året har jag börjat att läsa litteratur om mindfulness, happiness och liberation och även praktisera mindfulness.

Jag har slutat att lägga upp femårsplaner i livet så vet jag inte om det blir några fortsatta forskarstudier för mej. Den som lever får se! •

Kommentar:

- Matron – klinikföreståndare, funktions/mellanchef, ansvarig omvårdnad och personal

Nya i Chefrådet

I vår ändrar chefrådet utseende, Karin Hansson och vår sammankallande Kati Liljebäck avslutar sitt uppdrag efter tre år. Ny sammankallande blir Hanna Karlsson och nya rådsmedlemmar blir Katja Vuori och Linn Almér.



Katja Vuori

Jag heter Katja Vuori och arbetar som vårdenhetschef på Södersjukhuset Modul 1 operation sedan april 2019.

Min karriär som operationssjuksköterska började på dåvarande Hudinge sjukhus på ortopedoperation och året var 2000. Två år senare började jag på Centraloperation Karolinska Solna med olika specialiteter kirurgi, gynekologi, urologi samt akut och trauma. Jag har jobbat även några år på Sabbatsbergs sjukhus, en privat operationsavdelning i Stockholm med flera olika specialiteter. Under de åren blev jag nyfiken på ledarskapsområdet och fick möjligheten att arbeta som biträdande enhetschef på Sabbatsberg operation. Sedan sökte jag och fick tjänsten som sektionsledare inom gynekologi, obstetrik och kärl på Centraloperation Karolinska Solna. Under åren har jag läst bla vårdvetenskap, arbetsledning och har magister i Medical Management på Karolinska Institutet. Efter utbildningen på KI har jag jobbat som första linjes chef både på Karolinska och nu på Södersjukhuset.

Arbetsplats

På operationsmodul 1 har vi en blandning av dagkirurgiska- och större slutenvårdsoperationer. Patienterna kommer från olika specialiteter som bröst, kolorektal och urologi samt venportar/kärl. Ingreppen utförs genom öppen kirurgi, laparaskopi, transuretral- samt robotkirurgi. Hösten 2019 flyttade vi in i helt nya lokaler. Då vår operationsmodul är en ny enhet har vi fått forma vår verksamhet inom modulen och arbetet pågår

fortfarande. Under året har vi arbetat intensivt med kompetensutveckling för medarbetarna så att de känner sig trygga och kompetenta inom den bredd som arbetet på Modul 1 innebär. Vi har även arbetat samt med våra patient- och materialflöden och under covidtiden har vi lyckats lösa många extra utmaningar. Att få vara med att skapa en verksamhet är roligt, stimulerande och lärorik men stundvis också tufft.

Kort vad du önskar bidra med

Jag har länge haft ett stort intresse för ledarskapsfrågor och blev otroligt glad och hedrad när jag fick frågan om jag ville bli medlem av Chefrådet. Jag hoppas att jag kan bidra med min långa erfarenhet av chefsuppdrag samt som ledare. Jag gillar utveckling och att driva saker framåt ingenting är omöjligt. Jag vill bidra med en vision av framtidens ledarskap inom operationsvård i Sverige tillsammans med andra chefer.



Linn Almér

Jag heter Linn Almér och arbetar som Vårdenhetschef på Operation 1, Östra sjukhuset i Göteborg, sedan september 2019.

Började arbeta som operationssjuksköterska 2012 på operation 4, Sahlgrenska, inriktning inom gynekologi och urologi. Arbetade där några år innan jag sedan gick vidare till operation 1 och 2, Sahlgrenska, som idag heter operation 1 och 8. Där var det stor blandning inom endokrin, ortopedi, övre-gastro, gynekologi, urologi, transplantation och stort akutuppdrag/trauma. Arbetade även med beredskap inom transplantation vilket innebar restor till olika sjukhus och medverkade vid multiorgandonationer, som senare möjliggjorde för organtransplantationer. På denna avdelning startade jag mitt ledarskap som sektionsledare och hade då även

robotansvar. Efter några år blev nyfikenheten på att utvecklas mer inom mitt ledarskap och började då på operation 1, Östra sjukhuset, som vårdenhetschef.

Arbetsplats

Operation 1/Östra sjukhuset, inriktar sig på övre gastro- och kolorektalkirurgi, akutkirurgi, vi utför även viss barnkirurgi inom urologi samt att vi är regionalt center för mjukdelsinfektioner. Ingreppen utförs via laparotomi, laparaskopi och robotkirurgi. Operationsenheten har till största delen slutenvårdspatienter men även dagkirurgisk verksamhet. Avdelningen är även behjälplig vid vissa ingrepp inom GEA, tandbehandling och ECT.

Vi håller just nu på med stora ombyggnationer på avdelningen där salarna byggs om och uppdateras med ny teknik och utrustning. Det har under senaste åren byggts ett helt nytt barnsjukhus och sterilcentral på Östra tomten, invigning av huset var februari 2021. Det pågår också ett intensivt arbete på avdelningen för att möjliggöra och inom en snar framtid ansluta till sterilcentralen. Operation 1 har ett tätt samarbete med operation 2, som har inriktning inom gynekologi och Nordens största förlossningsenhet kopplat till sig vilket innebär ett stort obstetriskt akutuppdrag. Rotationstjänstgöring mellan avdelningarna möjliggörs. Det har varit stora utmaningar under covidtiden då vi hjälpt till med bemaning och arbete inne på IVA, mycket utbildning och upplärning har pågått för att möjliggöra detta arbete.

Vad jag önskar bidra med

Chefnätverket är ett bra forum där utbyte av kunskap, utveckling och erfarenheter möjliggörs. Att få vara en del av detta forum känns inspirerande och jag är hedrad att få ingå i chefrådet. Med min inte allt för långa cheferfarenhet hoppas jag också kunna inspirera andra till att utmana och utvecklas inom ledarskap. •

Magnetmodellen kommer till Sverige

Modellen går ut på att öka omvårdnadskompetensen hos chefer och ledare och förutsätter att det finns sjuksköterskor på ledningsnivå. I höstas startade multicenterstudien Magnet4Europe, där ett sextiototal amerikanska Magnetcertifierade sjukhus blir tvillingpartners till varsitt europeiskt sjukhus som inför modellen. Tre svenska sjukhus ingår i den storskaliga och långsiktiga satsningen.

Svensk sjuksköterskeförening menar att Magnetsjukhusen karaktäriseras bland annat av att sjuksköterskornas kompetens tas tillvara, att personaltäteten är relevant för uppdraget och att teamarbetet fungerar. Flera forskningsstudier visar att vid dessa sjukhus är också behandlingsresultaten bättre och patienterna mer nöjda än vid icke-certifierade sjukhus. Det



finns många studier som visar att god och säker vård är kopplad till hög omvårdnadskompetens.

Under 1980-talet undersökte en grupp amerikanska forskare varför vissa sjukhus i USA kunde rekrytera nya sjuksköterskor och behålla erfarna, kompetenta sjuksköterskor trots att andra sjukhus inom samma område hade problem med hög personalomsättning och låg vårdkvalitet. Framgångsfaktorer för de sjukhus som lyckades behålla sina kompetenta sjuksköterskor identifierades. En modell utvecklades där de framgångsrika sjukhusen benämndes Magnet hospitals. Dessa sjukhus hade en magnetisk dragningskraft på såväl grundutbildade som specialistutbildade sjuksköterskor då det gällde att ansöka om anställning och att vilja stanna kvar och utvecklas inom sitt yrke.

Mätningar

I Magnetmodellen är mätning av resultat betydelsefullt. Mätningarna

Magnetmodellens fördelar

För patienterna

- Lägre risk för sjukhusförvärvade trycksår.
- Färre antal inställda operationer.
- Minskad risk för dödlighet och komplikationer efter operation.
- Färre antal patienter med fallskada.
- Ökad patienttillfredsställelse.

För sjuksköterskorna

- Bättre arbetsmiljö.
- Minskat missnöje med arbetet bland sjuksköterskor.
- Fler sjuksköterskor med kandidatexamen eller högre nivå.
- Färre sjuksköterskor med utmattningsyndrom.
- Färre antal sjuksköterskor med avsikt att lämna vården.
- Minskad personalomsättning bland sjuksköterskor.
- Signifikant färre arbetsskador av nålstick.

Tabell inspirerad från Svensk Sjuksköterskeförenings dokument angående
Ledarskap för omvårdnad och Magnetmodellen

avser struktur-, process- och resultat-kriterier. Tonvikten ligger på att mäta omvårdnadens resultat. Mätningarna följer resultat över tid. I utvärderingarna används olika metoder för att utvärdera och återkoppla vårdprocesser och resultat på såväl individ-, grupp-, som enhetsnivå. I detta arbete finns stora likheter med svenskt utvecklings- och förbättringsarbete baserat på mätningar i olika kvalitetsregister, men där många register saknar eller har få variabler för att mäta omvårdnadskvalitet. För att kvalitetsregistren ska kunna ge stöd till mätning av omvårdnadskvalitet behöver register utveckla omvårdnadsvariabler. Den amerikanska sjuksköterskeföreningen ANA (American Nurses Association) har i dag ett eget ackrediteringscenter ANCC (American Nurses Credentialing Center) som certifierar de verksamheter som ansöker om Magnetutmärkelsen.

I linje med den europeiska ramen syftar Magnet for Europé, som är ett 4-årigt EU-finansierat projekt, till att förbättra mental hälsa och välbefinnande bland vårdpersonal och öka patientsäkerheten på mer än 60 sjuk-

hus i sex europeiska länder (Belgien, Tyskland, Irland, Sverige och Storbritannien). Med hjälp av ett innovativt multimetodiskt tillvägagångssätt kommer sjukhus att få en helt ny design av sina arbetsplatser, stödda av en tvillingpartner, ett erfaret Magnetcertifierat sjukhus och ett årligt lärande utbyte. Sandra Månsson, sakkunnig i kvalitets- och vårdutvecklingsfrågor på Svensk sjuksköterskeförening uttrycker i ett reportage i höstas på *Framtidens karriär – sjuksköterska*, att projektet Magnet for Europe ger oss en möjlighet att samla evidens kring modellen och dess påverkan på patienter, personal och organisation utifrån europeiska förutsättningar.

Forskarna kommer att studera införandet av den evidensbaserade organisatoriska modellen genom att utvärdera: effektiviteten av interventionen på mental hälsa och välbefinnande hos vårdpersonal; effektiviteten av interventionen på produktivitet och patientresultat; kostnadseffektiviteten med interventionen som balanserar interventionskostnader, produktivitetsvinster från förbättrad mental hälsa och välbefinnande och

förbättrade patientresultat; hinder och förutsättningar för en framgångsrik implementering av modellen för organisatoriska ingripanden på olika sjukhus samt främja intressenter för spridning och uppskalning till en större uppsättning sjukhus, andra hälso- och sjukvårdsinrättningar och den bredare hälsosektorn i hela Europa. De tre svenska sjukhusen som valt att gå med i projektet är Skånes universitetssjukhus, Akademiska sjukhuset i Uppsala och Länssjukhuset i Kalmar. •

Modellen är utgård ifrån fem kvalitetsområden baserade på fjorton kvalitetskriterier (magneter).

- strukturer för personlig utveckling och auktoritet för sjuksköterskor
- excellent utförd omvårdnadsarbete
- ny kunskap, innovationer & förbättringar
- utvecklande ledarskap för sjuksköterskor
- resultat från verksamheten

Neptune 3

System för hantering av vätskeavfall

Minska din miljöpåverkan
Skydda din personal

Scanna QR-koden för mer information om Neptune:



stryker

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.

SMACC Project No. 2020-25276
Copyright © 2020 Stryker



Akademiska sjukhuset i Uppsala

MR-operation är en hybridsal där man kombinerat en operationssal och MR-teknologi. Operationerna utförs med hjälp av en intraoperativ MR-kamera för att lyckas uppnå så fullständiga resektioner som möjligt av patologisk vävnad i hjärnan. Det är en hjälp för kirurgen att försäkra sig om att det patologiska är borta, antingen tumörvävnad eller epileptisk vävnad. Sara Pousette som är undersköterska på MR-operation på Akademiska sjukhuset i Uppsala berättar om sitt arbete som safety nurse (säkerhetsansvarig sköterska) inne på hybridsalen.

Akademiska sjukhusets MR-hybridsal är den tredje att färdigställas i Sverige

sedan 2017. MR-operation tillhör neurooperation där Sara har jobbat i fyra år. Sedan i höstas opererar de inne på den nybyggda salen och metoden innebär fler nya rutiner för personalen. All personal på salen har blivit utbildade i vad det innebär att arbeta i närheten av en magnet på 3 Tesla (T), för att ha något att jämföra med så är magneten på bilskroten som lyfter uttjänta fordon på 1,5 T. Det här innebär att allt av magnetisk metall kommer att dras mot kameran och utgöra hot som projektiler. Utbildningen handlar framförallt om att arbeta säkert i närvaro av kameran.

Operationsteamet ser något annorlunda ut än till vardags, förutom ett

anestesilag och ett kirurglag med kirurg, operationssjuksköterska och undersköterska finns där också en safety nurse och ett röntgenlag bestående av två röntgensjuksköterskor, en radiolog som finns stand-by och tittar på bilderna live och en MR-fysiker som kan svara på eventuella frågor samt screenar patienter och personal efter icke MR-kompatibla kroppsattribut som implantat, vissa tatueringar med mera. Safety nurse är den som tillsammans med röntgenpersonalen övervakar att arbetet bedrivs både patientsäkert och arbetsmiljösäkert för personalen. På Akademiska sjukhuset utgörs den rollen av en av neurooperations fyra utbildade undersköterskor på området. Den som har

Foto: Markus Fahlström



”Det är kul med ny teknik och se hur utvecklingen går framåt.”

MR-hybridsal med Sara, safety nurse

ansvaret som safety nurse för dagen har en checklista till sin hjälp som går igenom minst två gånger per operation, hardstop kallas det, en gång innan sterildrapering samt en gång innan kameran rullas in. - Som safety nurse måste du hela tiden vandra med blicken för att övervaka att inget kommer innanför vissa säkerhetszoner när man arbetar med kameran framkörd, även om alla har utbildning så har man det överblickande ansvaret tillsammans med röntgen, berättar Sara.

Positionering

Upplägget av patienten är ganska speciellt då det finns många faktorer att förhålla sig till. Vissa hjälpmedel består av helt andra material än vad personalen är van vid, som ett huvudstöd helt i kolfiber. Personalen kontrollerar att patienten är positionerad utan hud-mot-hud-kontakt någonsans då detta kan innebära loopar som ger brännskador. Likaså kontrolleras att alla sladdar ligger rakt för att inte skapa liknande loopar. Patientens storlek är också av stor betydelse då operationsbordet är specialbyggt och klarar inte för stor vikt eller alla manövrar som ett vanligt bord kan. Om patienten dessutom är bredare än 70 cm när denne ligger på operationsbordet uppstår också ett problem – patienten passar inte i kameran. För att kontrollera detta använder sig personalen av en ring som de kan trä över patienten för att kontrollmäta efter att upplägget är klart.

Efter detta ska patienten sterildraperas ungefär som vanligt vid neurooperationer. Allt som tas upp under operation protokollförs som sugar, suturer och så vidare. Alla som någon gång har jobbat inom neurokirurgi förstår att det kan innebära många hundratals artiklar, även om gallar och övrigt är optimerade för denna typ av operationer, tillsammans med nålar och sladdar från till exempel neurofysiologiska avdelningen som ofta är med vid tumörresektioner vid extra känsliga neurologiska områden i hjärnan där man inte kan acceptera funktionsbortfall. Också anestesiens alla pinaller av metall checkas av. Anestesiens sladdar är MR-säkra medan diatermiplatta och diatermi-sladdar till exempel måste tas bort när kameran skall in på salen. Röntgenpersonalen har det övergripande ansvaret för kameran vid dessa typer av operationer. Röntgenpersonalen är de som är vanast och bekvämast med att

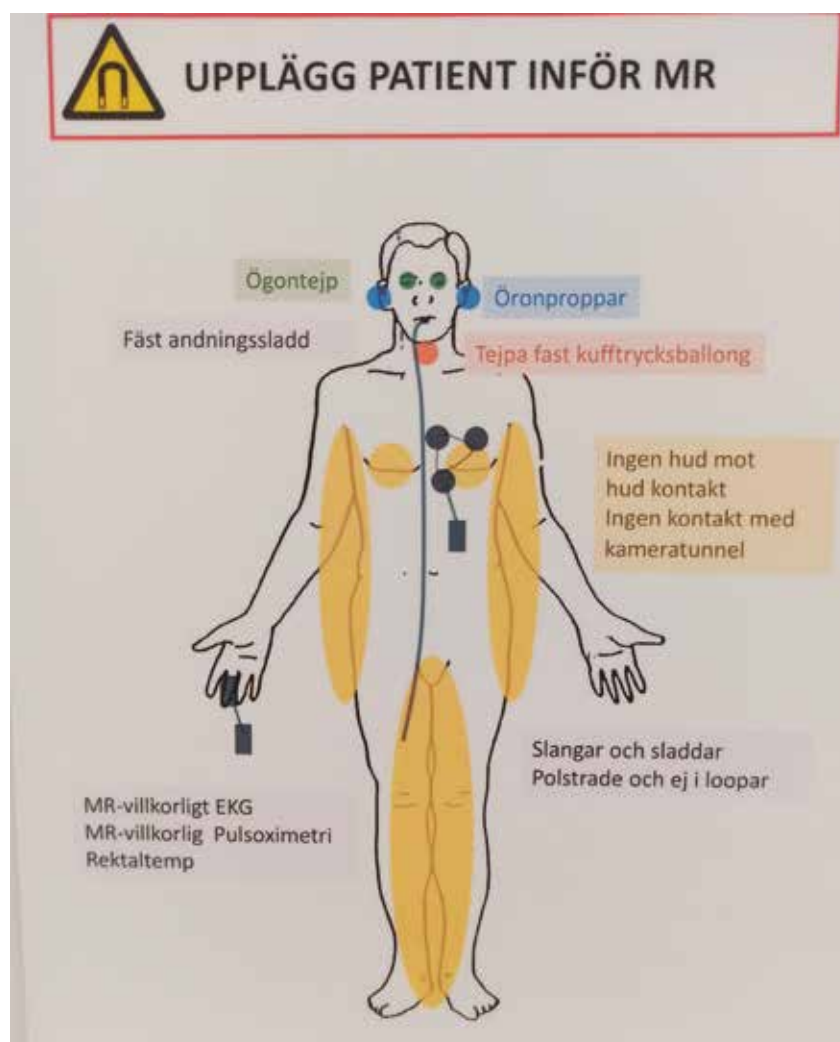


Illustration av Markus Fahlström, MR-fysiker

"Det är kul att ha ett samarbete med röntgenpersonal som man jobbar väldigt nära med."

arbeta runt en kamera och de olika professionsteamerna lär sig mycket av varandra. Röntgenteamet är alltid med vid det speciella upplägget av patienten och de kommer tillbaka på plats cirka 45 minuter innan det är dags att ta in kameran. Operations-sjuksköterskan och kirurgen gör då en temporär hudförlutning och lägger sedan ett förband med incisionsfilm inför att patienten skall draperas i ett kokongliknande tillstånd med hjälp av täcklakan och en strumpliknande påse, ett C-bågeskydd, där utsidan kan osteriliseras mot kameran medan insidan förblir steril. Inför detta sker också hardstop nummer två. Check-listan tas åter fram och alla punkter och artiklar går igenom. Safety nurse rapporterar till röntgensjuksköterskorna att listorna stämmer och de bestämmer sedan om det är okej att MR-kameran rullas in på salen.

Ibland efter scanning konstaterats att resektionen har varit fullständig och man sluter såret. Ibland återupptas själva operationen för ytterligare resektion. De operationer som främst utförs idag är epilepsikirurgi, resektion av patologisk vävnad – ofta tumörer samt DBS (djup hjärnstimulering) för Parkinson och essentiell tremor. Intraoperativ MR vid DBS innebär minskade risker för patienterna eftersom man inte behöver flytta en sövd patient mellan operationssal och röntgenavdelningen vilket också underlättar för personalen som arbetar med patienten. De största fördelarna med yrket som Sara som safety nurse anser är det nära samarbetet mellan de olika professionerna och tekniktätheten. •

Jag vill dig bara väl

Perioperativ vård ska bedrivas för att främja patientens autonomi och genom detta inkludera patienten i sin vård. Tidigare studier har visat att vid kognitiv funktionsnedsättning hos patienten kan operationssjuksköterskor uppleva etiska dilemman vid den operativa vården. Etiska dilemman uppstår genom att dessa svårigheter försvårar patientens förmåga till delaktighet och autonomi.

Resultatet i föreliggande studie visade att operationssjuksköterskor upplever etiska dilemman i situationer där vård behöver ske mot patientens vilja. Etiska dilemman beskrevs även vara situationer där beslut behöver tas huruvida patienternas anhöriga bör närvara vid den pre- och intraoperativa vården för att främja patientens upplevelse av god vård.

Bakgrund

Vården som operationssjuksköterskan bedriver ska ske i enlighet med etiska riktlinjer och lagar. Kognitiv funktionsnedsättning har definierats i föreliggande studie som intellektuell funktionsnedsättning där bristande förmåga kan föreligga hos individen i förståelse och språk, samt att ta in, bearbeta och förmedla information. Exempel på diagnoser som inkluderats är ADHD, Aspergers syndrom, Down syndrom, demenssjukdomar, autismspektrumtillstånd och cerebral pares. Tidigare studier har visat att etiska dilemman kan uppstå vid omvårdnad av kognitivt funktionsnedsatt patient, vilket även inkluderar omvårdnad vid operativ vård. Personer med kognitiv funktionsnedsättning kan ha olika svårigheter gällande inlärning, kommunikation och socialt samspel, vilket kan försvåra patientgruppens deltagande i vetenskapliga studier. Det förefaller att det finns begränsat med tidigare forskning inom ämnet. Tidigare studier har visat att externa faktorer, som exempelvis stressig arbetsmiljö kan förhindra patientens delaktighet i vården och därav kan etiska dilemman uppstå.



Veronika Hjalmarsson och Louise Broqvist Morales

Den forskningen som finns har visat att etiska dilemman förekommer inom både operationsverksamhet och andra vårdenheter vid vård av patientgruppen, där exempelvis sövning har skett utan samtycke. Det finns risk för att patientautonomin försummas då beslut gällande patientens vård i vissa fall kan behöva fattas av någon annan än patienten. Det är därför av vikt att forskning inom detta område genomförs för att öka förståelsen för vårdandet av etiska dilemman

pre- och intraoperativt av patient med kognitiv funktionsnedsättning.

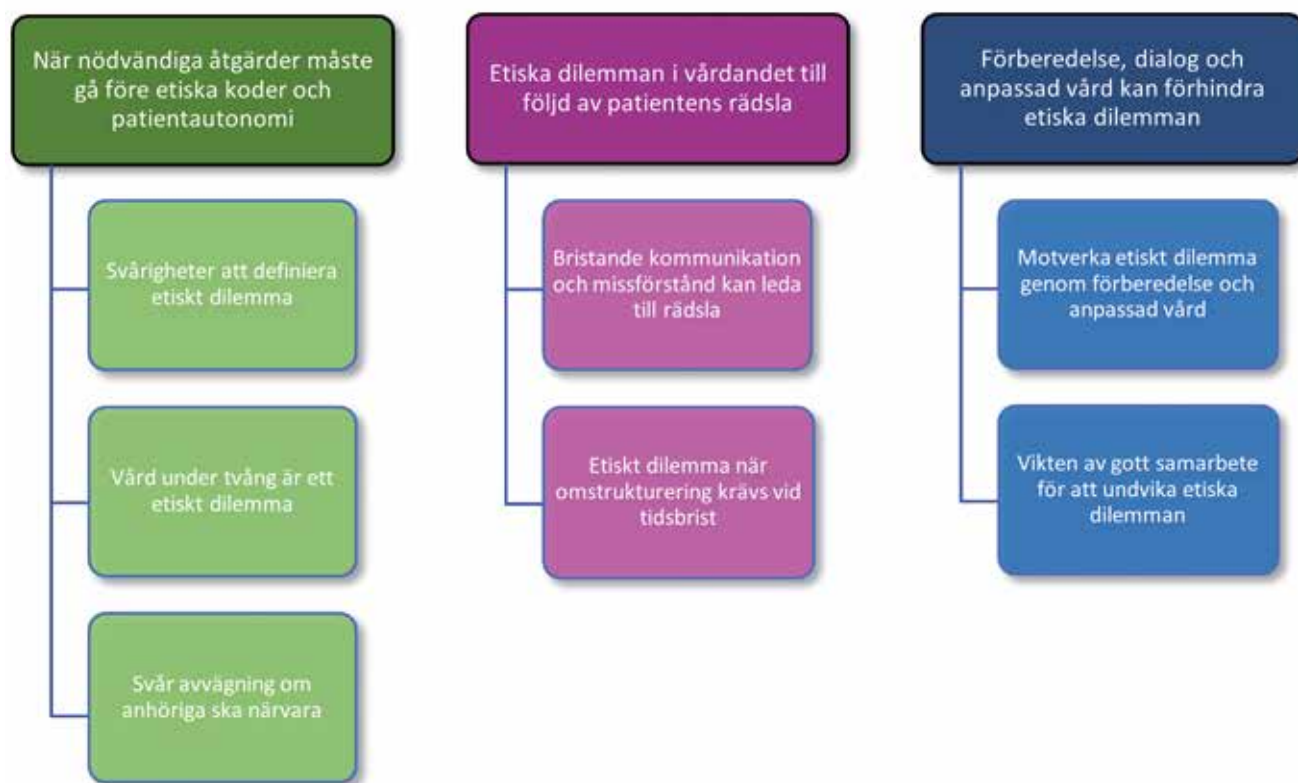
Syfte

Syftet med studien var att beskriva operationssjuksköterskors erfarenheter och upplevelser av etiska dilemman vid pre- och intraoperativ vård av patienter med kognitiv funktionsnedsättning.

Metod

Metoden som användes var kvalitativ intervjustudie med semistrukturerade

Figur 1: Presentation av resultatets kategorier och subkategorier



frågor som ställdes utifrån en förbestämd intervjuguide med följdfrågor som anpassades efter svaren som erhöles, exempelvis “hur upplevde du det?” och “vad hände då?”. Samtliga informanter var operationssjuksköterskor som hade erfarenhet av operativ vård av patient med kognitiv funktionsnedsättning. Av de tio informanterna var åtta kvinnor och två var män. Åldern varierade mellan 43 och 60 år och antal år som verksam operationssjuksköterska varierade från fem till 40 år. För dataanalysen användes konventionell, kvalitativ innehållsanalys med induktiv ansats. Intervjuerna genomfördes efter godkännande från verksamhetschefen och informerat samtycke från informanterna. Intervjuerna skedde i en lugn och avskild miljö för att undvika att informanten skulle uppleva stress under intervjutillfället. Insamlade data och information om deltagarna behandlades enligt GDPR och etiska riktlinjer.

Resultat

Resultatet gav tre kategorier med totalt sju subkategorier, var god se figur 1. Informanterna upplevde svårigheter att definiera etiska dilem-

man. Det definierades som situationer där en vårdhandling önskas utföras men patienten inte vill delta på grund av begränsad förståelse. Etiska dilemman kan vara vård under tvång eller att avgöra huruvida anhöriga bör närvara vid patientens operativa vård. Informanterna beskrev att olika faktorer, så som tidspress och miljön inne på operationssalen kan ge upphov till etiska dilemman. Hur väl förberedd patienten är inför operationen och vilka erfarenheter patienten har från vården upplevdes också vara av betydelse för upplevelsen av omvårdnaden. Informanterna beskrev att ett etiskt dilemma kan uppstå om patienter behöver strykas från dagens operationsschema på grund av att en patient som planerats tidigare under dagen har varit mer tidskrävande än beräknat, och/eller om operationsplaneringen inte haft tillräckliga marginaler. Det etiska dilemman förklarades som en avvägning mellan om en tidskrävande patient ska få tillräckligt med tid, eller om patientautonomi behöver försummas för att inte behöva stryka patienter. De beskrev att vid tidsbrist begränsas personalen i användandet av metoder för att hjälpa patienten att förstå situationen

samt möta de individuella behoven och genom detta kunna anpassa vården. En tidspressad operationsplanering med lite eller ingen marginal för oförutsägbara händelser kan leda till att personal i operationslaget känner stress, vilket kan ge en negativ påverkan på kognitiv funktionsnedsatt patient. Vidare beskrevs att om patienten inte har full förståelse för vården som kommer ges, kan rädsla uppstå. Informanterna upplevde att rädslan hos patienten kan ge en negativ upplevelse av vården både vid vårdtillfället och dessutom inför eventuella framtida vårdtillfällen. De upplevde även att vissa åtgärder och arbetssätt kan förhindra uppkomsten av etiska dilemman och främja patientens upplevelse av god omvårdnad. Alternativa premedicineringar erfors ha utvecklats till det bättre under informanternas yrkesverksamma år som operationssjuksköterska, vilket de menar på har lett till att vård under tvång sker i mindre utsträckning än tidigare. Ett välfungerande samarbete i operationslaget och vårdkedjan för att förbereda och anpassa vården efter varje enskild patient upplevdes vara av stor vikt för att förebygga etiska dilemman. En lugn och trygg

miljö med begränsat med intryck, som exempelvis få personer på operations-salen beskrevs kunna främja en god vårdupplevelse. De beskrev även att reflektion i arbetslaget efter att ett etiskt dilemma upplevts öppnade upp för utveckling och möjlighet att på ett bra sätt hantera en liknande situation i framtiden.

Diskussion

Resultatet i föreliggande studie samklings med tidigare forskning genom att informanterna upplevde att externa faktorer, som exempelvis tidsbrist och stress kan leda till att vården behöver ske utan patientens godkännande. Informanterna hade svårigheter att definiera etiska dilemman, vilket kan förklaras genom att tidigare forskningar har visat att upplevelsen av etiska dilemman påverkas av individuella normer, erfarenheter och värderingar. De upplevde även att tidsbrist kunde leda till rädsla hos patienten som beskrevs kunna ge upphov till etiska dilemman vid pre- och intraoperativ vård av kognitivt funktionsnedsatt patient. Tidsbristen uppgavs kunna orsakas av för snäv operationsplanering, vilket genererade i att de fick välja mellan att hålla tiderna för planeringen av resten av dagen eller att bibehålla patientens autonomi och delaktighet. Informanterna beskrev åtgärder och arbetssätt för att motverka etiska dilemman, som exempelvis premedicinering och anpassad miljö på operationssalen. Åtgärderna och arbetssätten som de beskrev kan användas till förbättringsarbete och vidare forskning. Det är av vikt att ta sig tid och arbeta för att främja autonomi, personcentrera vården, samt undvika rädsla och därmed motverka etiska dilemman. Föreliggande studie inkluderade endast tio informanter och intervjuerna var oerfarna att utföra intervjuer, vilket ses som en svaghet med studien. Fler informanter och mer erfarenhet av att utföra intervjuer hade kunnat generera i ett annorlunda resultat än det som analyserats i föreliggande resultat. Å andra sidan gav datainsamlingen rikligt med data och eftersom resultatet överensstämmer med tidigare forskning stärks studiens trovärdighet.

Konklusion

Det förefaller som att det finns begränsat med tidigare forskning med fokus på etiska dilemman vid operativ

vård av patienter med kognitiv funktionsnedsättning. Eftersom det kan vara utmanande att anpassa vården efter patientgruppens behov är vidare forskning av stor vikt för att främja patienternas delaktighet och autonomi. Exempelvis kan vidare forskning fokusera på verktyg för att främja kommunikationen mellan patienten och vårdgivarna på operation för att uppnå en ömsesidig förståelse och på så vis främja patientens delaktighet. Forskning som fokuserar utifrån patientens perspektiv kan generera i bättre förståelse för patientens behov och preferenser för att kunna erbjuda god operativ vård. •

Referenser

- Ds 2008:23. *FN:s konvention om rättigheter för personer med funktionsnedsättning*. Stockholm: Fritzes offentliga publikationer. Från: <https://www.regeringen.se/contentassets/0b52fa83450445aebbf88827ec3eeeb8/fns-konvention-om-rattigheter-for-personer-med-funktionsnedsattning-ds-200823>
- Hsieh, H.-F., & Shannon, S. H. (2005). Three approaches to qualitative content analysis. *Qualitative health research*, 15(9), 1277-1288. doi: 10.1177/1049732305276687
- Løgstrup, K.E. (2007). *Beyond the ethical demand*. Notre Dame, IN: University of Notre Dame Press. Från <https://www3.nd.edu/~undpress/excerpts/P01193-ex.pdf>
- Socialstyrelsen. (2019). Socialstyrelsens termbank. Hämtad den 7 november, 2019, från Socialstyrelsen, <https://termbank.socialstyrelsen.se/>

Länkar till föreliggande studie

Abstrakt

<http://www.diva-portal.org/smash/record.jsf?pid=diva2%3A1442304&dswid=6088>

Fulltext

<https://www.diva-portal.org/smash/get/diva2:1442304/FULLTEXT01.pdf>

Författarna: Louise Broqvist Morales, operationssjuksköterskestudent, AnOplVA-kliniken på Karlstad CSK.
Veronika Hjalmarsson, operationssjuksköterska, AnOplVA-kliniken på Karlstad CSK.

Fakta

Under utbildningen till specialistsjuksköterskor med inriktning mot operation mellan hösten 2019 och våren 2020 handlade föreliggande magisteruppsats om operationssjuksköterskors upplevelse och erfarenhet av etiska dilemman som kan uppstå vid vård av patient med kognitiv funktionsnedsättning. Vi som skrivit om detta område är Louise Broqvist Morales – fortsatt studerande till operationssjuksköterska på Karlstads Universitet efter föräldradrighet och Veronika Hjalmarsson – operationssjuksköterska på AnOplVA-kliniken på Karlstad CSK. Intresset för att undersöka området kan härledas till patientmöten under sjuksköterskeutbildningen och tidigare arbetsplatser där vården av patienter med kognitiv funktionsnedsättning har upplevts skapa etiska dilemman för oss vårdgivare genom exempelvis kommunikationssvårigheter. Texten som följer är en förkortad version av vår magisteruppsats som kan läsas i sin helhet i DiVA-portal, var god se länk i slutet.Handledare för uppsatsen har varit Kaisa Bjuresäter och examinerande lärare Catrine Björn har bistått med handledning för populärvetenskaplig version.

Etik handlar om individuella värderingar och normer där förhållningssättet och handlingar i situationer bör följa ett mönster som anses socialt acceptabelt. I alla mänskliga möten påverkas den ena parten av den andra. Varje enskild människa har då en skyldighet att följa etisk princip som då innebär att människan handlar för att gynna den andra i möjligaste mån. Som vårdgivare är det då av vikt att ha ett holistiskt synsätt där patientens individuella behov och önskemål sätts i centrum.

Etiska dilemman innebär att två etiska normer ställs emot varandra i en situation. Det är av vikt att försöka hitta ett handlingsalternativ för att kunna hitta en balans mellan de etiska normerna utan att behöva prioritera bort någon av dem. Ett exempel på detta kan vara att en patient som har svårigheter i att bearbeta information har en kraftig appendicit, men vill inte opereras då denne inte förstår allvaret med diagnosen. Det etiska dilemman blir då att operationsteamet behöver välja mellan patientens autonomi eller att trotsa patientens vilja för att rädda patientens liv.

Bedömning av handhygien med hjälp av en teknisk innovation



Vi på redaktionen vill gratulera Karin Granqvist, operationssjuksköterska och doktorand vid Göteborgs universitet till Florence Nightingale-stipendiet som hon i år har erhållit

för sitt forskningsprojekt med att utveckla bedömningen av följsamhet till handhygien bland vårdpersonal med hjälp av nya tekniska lösningar. I år ett viktigare ämne än någonsin.

Karins forskningsprojekt handlar om nya sätt att bedöma handhygien hos

vårdpersonal. Man vet att handhygien är den enskilt viktigaste åtgärden för att förebygga smittspridning inom vård och omsorg. Det är också den billigaste och effektivaste åtgärden för att förebygga vårdrelaterade infektioner, VRI. Problemet är att handhygien inte tillämpas tillfredställande bland vårdpersonalen och att det finns brister i de observationsbedömningar vi idag använder för att kontrollera handhygien.

På en vårdavdelning på Sahlgrenska sjukhuset i Göteborg har man installerat en teknisk innovation för bedömning av handhygien hos vårdpersonal. Den bedömer handdesinfektion före

och efter patientkontakt samt ger digital återkoppling till personalen. Vårdpersonalen har sedan blivit intervjuade om deras erfarenheter och upplevelser av att använda tekniken. Allt för att försöka utveckla såpass användarvänliga produkter som möjligt.

Just nu i projektet håller intervjuerna på att sammanställas och sedan skall tekniken utvärderas och valideras. Resultaten kommer att publiceras i vetenskapliga tidskrifter under år 2021 och framåt. Projektgruppen hoppas på att projektet skall leda till en förbättrad följsamhet till handhygien och därmed öka patientsäkerheten. •



VINGMED KIRURGI



Humipak – för din tid och patientens säkerhet

Använda instrument behöver inte diskas direkt efter operation. Stoppa dem i Humipak när du behöver spara tid. Instrumenten kan förvaras i flera dygn utan risk för smittspridning eller att blod, proteiner och fett torkar in. Både transport till sterilenhet och fördisk underlättas.

Humipak kan användas för alla instrument på operation, till och med endoskop. Inga kemikalier behövs, utan bara den fuktighetsbevarande påsen och vanligt vatten.

Kontakta oss så får du prova!

Mobiltelefoner i operationssalarna

Lise Larsson operationssjuksköterska på ortopedoperation Karolinska Universitetssjukhuset Huddinge har i en magisteruppsats observerat hur tjänste- och privata mobiltelefoner används i operationssalar och hur de förvaras där. Observationerna hon gjort var 40 till antalet och alla varade en timme. De gjordes vid olika tillfällen under en operation, vid uppstart, under ingreppet och vid avslutning. Det var klart för alla inne på sal att observationerna gällde handhavande av teknisk utrustning men inte att det specifikt gällde telefonerna. Tidigare studier har visat att sjukvårdspersonal upplever att telefonerna distraherar under vårdarbete och att det är svårt att dra gränsen mellan att använda privata telefoner för tjänsterelaterat och privat bruk. Det finns också beskrivet misstag vid övervakning av patient och läkemedelshantering i samband med användning av mobiltelefoner.

Läkare använder privata mobiltelefoner för att ta bilder av patienter i kliniskt syfte. Detta trots att många sjukhus har regler som förbjuder det. Bilderna förvaras i telefonerna och skickas via sms till kollegor vilket innebär risk för patientsekretessen. Det kan på olika sätt leda till att utomstående kan ta del av materialet om mobilen tappas, blir stulen eller utsätts för virus.

I begreppet användning ingår även att studera hur personalen hanterar hygien i samband med användning av telefoner och vårdarbete. Man har tidigare påvisat kontaminering av olika typer av bakterier och även virus. Observationerna i Lises studie visade att merparten, 60% av telefonanvändningen skedde med de privata mobilerna och att vad gäller hygien var det enbart vid 20% av de totala användningstillfällena som personalen desinficerade sina händer efter att ha hanterat telefonerna i



Lise Larsson

samband med patientkontakt eller rent vårdarbete. Den vanligaste platsen att förvara telefonerna var på rena bord eller datorbord. Det fanns även speciella platser avsedda för olika typer av kommunikationsutrustning. Om telefonerna förvarades i fickorna inkluderades inte i studien då det är svårt att observera detta.

Studien har etiskt tillstånd EPN

Slutsatserna av studien är att det är viktigt med utbildning i hygien i samband med användning av mobiltelefoner och tydliga riktlinjer. Också diskussioner kring etik – vad är rätt och fel med hänsyn till patienterna? Också att analysera varför personalen väljer att använda sina privata mobiler i yrkesrelaterade frågor i stället för att använda datorer och mobiler som finns på operationssalarna? Ska det vara tillåtet med privata telefoner på operationssalarna?

Lise har följt upp denna studie med en enkätstudie om användning av privata mobiler för en masteruppsats med koppling till omvårdnad och kärnkompetenserna. Hon är nu i slutfasen att skriva om den till en vetenskaplig artikel. Så fortsättning följer. •

FÖRENINGSNYTT

Nya medlemmar 1/8- 30/11 2020

Riksföreningen för operationssjukvård vill hälsa följande 37 nya medlemmar välkomna.

Marie Bengtsson, Vällingby
 Julian Berg, Huddinge
 Sara Berg, Malmö
 Karin Björkqvist, Tidå
 Anna Ekenberg, Häljarp
 Ida Eriksson, Degerfors
 Katrin Ermesjö, Grycksbo
 Anna Gate, Skattskär
 Jasmin Ginsburg, Skillingaryd
 Sophie Hansson, Skegrie
 Anette Jansson, Kungsbacka
 Lisa Jedstedt, Uppsala
 Linn Johansson, Varberg
 Rebecca Johansson, Värmdö
 Mikaela Kalb, Stockholm
 Hanna Karlsson, Visby
 Lisa Karlsson, Tvååker
 Lana Karlström, Linköping
 Hanna Kransvik, Dalsjöfors
 Linnéa Lindgren, Bunkeflostrand
 Ann Wangan Mburu, Grums
 Camilla Molin, Västerås
 Elin Moore, Vårgårda
 Camilla Möllenstahl Rosberg, Hjärup
 Madelene Nielsen, Falun
 Sara Nordström, Getinge
 Matilde Olaison, Västerås
 Elsa Persson, Herrljunga
 Hedda Pålsdotter, Sundbyberg
 Elise Rodin Karlsson, Borås
 Camilla Sandahl, Nacka
 Linn Sundvisson, Göteborg
 Sara Tefera, Göteborg
 Petter Thomée, Göteborg
 Farrukh Tolenov, Vällingby
 Therese Vikström, Gävle
 Aleksandra Vujic, Halmstad

Magisteruppsatsen är publicerad som vetenskaplig artikel,
<http://www.diva-portal.org/smash/record.jsf?pid=diva2%3A1378698&dswid=7846>



EORNA

För första gången i EORNAs historia har flera möten via Zoom hållits under året och vi kan konstatera att det har varit bra möten där de flesta varit en aning mer aktiva än på de vanliga EORNA-styrelsemötena där vi träffas under några dagar på en plats någonstans i Europa.

Tankar kring det europeiska samarbetet

Vi, EORNA-representanter, har under de senaste åren då vi deltagit i styrelsemöten känt en stor osäkerhet i värdet för Riksföreningen för operations-sjukvård att fortsätta vara medlem i EORNA. Detta har till stor del berott på den tråkiga stämning som varit under mötena där vissa länders representanter har både verbalt och på andra sätt betett sig illa mot EORNAs ordförande och de andra i Executive och mot andra länders representanter. Dessutom har vi upplevt att arbetet inte har gått så mycket framåt som vi tycker att det borde, utan istället har det upprepats många saker som vi redan har tagit beslut om eller som finns nedskrivet i Constitution.

I vår svenska styrelse har vi diskuterat hur framtiden ska se ut och vi skickade också ett brev till EORNAs ordförande May Karam om våra funderingar och synpunkter. Dessutom framförde vi på styrelsemötet i Porto i november 2019 vår uppfattning till hela EORNA Board of Directors. Då vi i januari 2020 träffade andra funktioner i vår förening bl.a. de olika råden, hade vi möjligheten att diskutera våra tankar och där få höra vad flera av er andra medlemmar i Riksföreningen för operations-sjukvård tycker om medlemskap i EORNA. Den tydliga uppfattning vi fick då var att vi ska ge medlemskapet i EORNA en chans till. Så på efterföljande styrelsemöte tog vi beslutet att fortsätta vara medlem under 2020 och vi skickade också ett nytt brev till May Karam och EORNA för att meddela detta. Vi och vår förening fick mycket positiv respons från många av representanterna för att vi stannar kvar i EORNA, många anser att våra svenska representanter genom åren ända från EORNAs bildande, har bi-



dragit med mycket positiv utveckling av det europeiska samarbetet.

Året som gått

Det första styrelsemötet i EORNA hölls via Zoom i början av maj. Sandra satt hemma i sitt arbetsrum i Umeå och Marie satt hemma i sitt i Helsingborg. Trots att vi inte fick träffas allihop, var det ett av de bästa styrelsemöten vi har deltagit i! Det gavs möjlighet för alla att prata på ett annat sätt än då vi har träffats, alla tog också den möjligheten och deltog med stort intresse. Naturligtvis saknas den "vanliga" kontakten vid pauser och luncher, med prat om allt möjligt som bidrar till det som småningom gör att relationer blir nära. Men, vi är ju många som under det senaste året fått ha möten via nätet och sett att det kan finnas fördelar.

Vi hade ett möte i mitten av juni för att planera den nya konstitutionen som ska godkännas på höstens möte. Även i september hade vi ett möte då vi diskuterade den förestående sammanslagningen av EORNA och EORNAC, där EORNAC är den självständiga organisation som i samarbete med EORNA har ansvarat för anordnandet av de europeiska kongresserna. Vid det sedvanliga styrelsemötet i november skulle vi ha röstat om sammanslagningen av EORNA och EORNAC, men pga. att några dokument saknades flyttades detta fram till den 18 december. Det bestämdes också att vi ska ha mera frekventa möten via Zoom framöver, kanske så ofta som en gång per månad, vilket kan vara en fördel. Det har varit stor aktivitet med bl.a. olika webinarer ang. Covid-19. Vi skickade Riksföreningen för operationssjukvårds "Riksföreningen anser och

rekommenderar om kirurgi under rådande Covid-19 pandemi" som uppskattades mycket av övriga styrelsemedlemmar i EORNA.

Den 18 december hade vi till slut mötet för att slå samman EORNA och EORNAC. Trots diverse teknisk strul den inledande halvtimmen och övergång till fransk version av Zoom, röstade vi alla deltagande EORNA-styrelseledamöter för en sammanslagning av de båda organisationerna och plötsligt hände det som vi har diskuterat oändligt länge!

EPND 15 februari 2021

EORNAs styrelse har röstat om tema och bild för European Perioperative Nurses Day den 15 februari, 2020. I år är temat: Together we will succeed.

Kongresser

Årets EORNA-kongress flyttas till nästa år, den 10:e EORNA-kongressen kommer att bli den 12 – 15 maj, 2022 i Stavanger, Norge.

Den 11:e EORNA-kongressen är nu planerad till den 16 – 19 maj, 2024 i Valencia, Spanien.

Dessutom planeras en webbkongress den 27 – 29 maj, 2021. Vi återkommer med detaljer så fort vi får mer information, titta på vår hemsida rfop.se och vår Facebook.

Avslutningsvis ser vi fram emot ett bättre samarbete inom EORNA! Kanske gjorde det nytta att vi från Riksföreningen för operationssjukvårds sida sa ifrån om hur vi upplevde att det negativa som har varit de senaste åren, men att vi också ger samarbetet en ny chans för det viktiga arbetet för operationssjuksköterskor i Europa. •



Rapport från 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 ansvariga 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 6:e Nordiska kongressen

Den 9–11 september var det dags för den 6:e Nordiska kongressen i Bergen, Norge. Det har varit ett tungt år även när det gäller utbildning genom kongresser i hela Norden. Som ni känner till så fick även den 6:e Nordiska kongressen som var planerad i Bergen ställas in. Av den anledningen så har vi medlemmar i NORNA träffats sporadiskt via e-post och endast haft ett digitalt möte. Detta möte skedde via Teams i oktober. Från Sverige informerade vi hur arbetet i föreningen har påverkats genom inställda utbildningar och evenemang. Marianne Jungersen gav en lägesrapport från planeringen av NORNA Bergen 2020. NSFLOS är mycket intresserade av att vara värd för NORNA 2022 i Bergen. Finland pratade om hur långt de har nått planeringen för 2022. Slutsatsen var att Norge kommer att vara värd för NORNA-konferensen 2022 och Finland kommer att vara värd för konferensen 2024.

Covid 19

Vi hade tidigare under hösten ställt följande frågor till våra nordiska kollegor:

- Hur har situationen påverkat ert arbete som operationssjuksköterskor? Till exempel inställda operationer, tjänstgöring på andra avdelningar eller med andra arbetsuppgifter?
- Har ni haft möjlighet till sommarsemester?
- Hur ser situationen på era operationsavdelningar ut till hösten?
- Har ni fått skjuta på planerade operationer?

Svaren skiljer sig inte så mycket åt och påminner om situationen i Sverige. Norge svarade inte skriftligt men vid det digitala NORNA mötet berättade de om liknande situation som i de övriga länderna.

Från Danmark fick vi följande svar, operationssjuksköterskor har flyttats till nyetablerade Coronaavdelningar, återstående operationssjuksköterskor

har fått andra uppgifter på den egna avdelningen. Några fick sin semester indragen. Ett stort antal planerade operationer sköts upp, och arbetet pågår med att komma ikapp. På vissa avdelningar arbetade personalen åtta extra helger i höstas för att kunna operera några av de inställda operationerna. När vi ställde frågorna i höstas hade personalen precis haft ett möte med ledningen om det extra arbetet på nyetablerade Coronaavdelningar. Diskussionerna handlade bland annat om hur ledningen valde ut vilka sjuksköterskor som skulle flyttas till Coronaavdelningar, trots att de sa att det var frivilligt. De sjuksköterskor som flyttades ersattes inte heller lönemässigt.

Från Island fick vi följande svar. Coronapandemin har påverkat arbetet på Landspítali universitetssjukhus. Från början av pandemin tills den kom under kontroll sköts alla planerade operationer upp och endast akuta opererades. Det berodde mest på att det fanns ett akut behov av specialistsjuksköterskor inom intensiv och anestesivård avdelningarna. Men andra i operations och anestesilagen delades in i två operationslag. Dessa lag skulle inte möta varandra i fall av möjlig infektion så att en situation inte skulle uppstå att båda grupperna skulle vara från jobbet på grund av att de eventuellt påverkades. Så fram till maj fanns ingen planerad operation. Alla privata OR-kliniker stängdes också. Tidigt på varje operationsenhet i Landspítali hade ett operationsrum med undertryck iordningställt om det skulle behövas akut kirurgi för covidpatienter, personer i covid karantän eller för personer som misstänks vara smittade av covid. Från och med maj har operationer planerats som vanligt med undantag för att hålla ett operationsrum i varje specialenhet förberedd för eventuella covid patienter. Personalen kunde ta sommarsemester som vanligt men reste bara inom landet.

Från Finland fick vi följande svar. På Meilahti-sjukhuset, som är en del

av Helsingfors universitetssjukhus, har COVID-19-situation även här påverkat avdelningen. Resor avbröts från påsk till slutet av maj. Personalen kunde ta ut sin sommarsemester. De flesta av de planerade operationerna avbröts först (slutet av mars) med undantag av canceroperationer. Det finns 19 operationsrum på avdelningen, men endast 14 kunde hållas öppna och det berodde på att några av sjuksköterskorna flyttades till arbete på Intensivvårdsavdelningar. Några har arbetat på operationsavdelningen hela den här tiden, men många av anestesiusjuksköterskorna flyttades till kirurgisk intensivvårdsavdelning, då många av intensivvårdssjuksköterskorna arbetade på COVID-IVA. Några av operationssjuksköterskorna flyttades till COVID-IVA (huvudsakligen ny personal som inte kunde arbeta självständigt på operationssalen). En till två operationsrum hölls tomma och redo för COVID-patienter.

Vad som kommer att hända framöver med anledningen av Coronapandemin vet vi inte men NORNA fortsätter sitt nätverkande under våren 2021 fast med digitala träffar. •



**AKADEMISKA
SJUKHUSET**



**UPPSALA
UNIVERSITET**

Fördjupningskurs 15 hp, för operationssjuksköterskor

Välkommen att söka postgraduate utbildning för specialistsjuksköterskor inom operationssjukvård. Kursen ges i samarbete mellan Akademiska sjukhuset och Uppsala universitet, Institutionen för kirurgiska vetenskaper och riktar sig främst till dig som har några års erfarenhet av att arbeta som operationssjuksköterska.

Kursen bedrivs på kvartsfart v. 37 2021 till v. 20 2022. Schemalagda träffar (onsdag-fredag) en gång i månaden.

Behörighet: svensk legitimation som sjuksköterska med specialistutbildning inom operationssjukvård och verifierad aktuell yrkeserfarenhet inom området.

Kursen syftar till att ge dig ökade och fördjupade kunskaper inom operationssjuksköterskans kompetensområden och kommer bland annat att belysa områden som etik, personcentrerad vård, postoperativa sårinfektioner samt trauma-, robot- och interventionskirurgi. Våra föreläsare är specialister med lång erfarenhet inom respektive område.

Sista ansökningsdatum: 2021-08-01
Varmt välkomna!

För vidare information om ansökan kontakta kursansvarig:
Maria Eriksson, med. mag. specialistsjuksköterska inom operationssjukvård,
utbildningssjuksköterska operation, Akademiska sjukhuset
maria.eriksson@surgsci.uu.se

REGION UPPSALA

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.

ETHICON
PART OF THE Johnson & Johnson FAMILY OF COMPANIES

Shaping
the future
of surgery



Nätverksträff

Skaraborgs distrikt 12 november 2020

Text: Elin Fång, distriktsamordnare

Då var det åter igen tid för mig som distriktsamordnare att arrangera en nätverksträff för mitt distrikt Skaraborg, som innefattar Skövde, Falköping och Lidköping. Förra året fick jag dessvärre ställa in min träff på grund av bristande intresse/för få anmällda. I år däremot fick jag en del uppsatta kollegor men på grund av rådande omständigheter med Covid-19 blev det avhopp, men all respekt och full förståelse. Jag försäkrade mig om att vi hade en lokal med tillräckligt utrymme för att kunna följa de direktiv vi har fått från Folkhälsomyndigheten om att hålla avstånd.

Vi blev totalt 9 personer som deltog, varav 7 operationssjuksköterskor (från operation i Skövde) samt två representanter från Mölnlycke Healthcare. Vi gästades av Henric Sandberg & Marielle Backström. De framförde sina presentationer där Henric stod för de kundanpassade seten och operationshandskar medan Marielle presenterade olika förband. Det blev



Elin Fång

fortlöpande frågor under mötet och vi fick bra svar på våra frågor kring dem olika ämnena. Henric hade med sig handskar för oss att prova, vi fick lära oss om hur tillverkningen går till och hur de kvalitetssäkrar deras produkter. Något som jag misstänkte att väldigt få vet om som jag bad Henric visa är att det finns en liten klisterhinna runt indicatorhandsken,

alltså måste vi alltid se till att indicatorhandsken hamnar en bit ovanför underhandsken och sedan trycka till runt armen så handsken får ett fäste. Detta var för de flesta ny information som de inte hade hört tidigare, hoppas det kan spridas vidare till alla våra kollegor.

Marielle hade med sig lite tester på olika förband för oss att prova och utvärdera. Vi fick fästa två olika förbandsfilmer på varje arm och känna efter vilken som kändes mest behaglig och snäll mot huden. Vi var alla överens om vilket förband som vi själva skulle föredra. Vi fick lära oss om vad förbanden förväntas uppfylla i våra olika krav på ett förband. Marielle berättade om olika användningsområden på deras förband och vi fick med oss lite tips på hur vi kan göra en förbandspärm till vår operationsavdelning med hennes hjälp.

Det en kväll i positiv bemärkelse! Vi hade givande diskussioner och en väldigt trevlig kväll för oss som yrkesgrupp att träffas och få lite "matnyttig" information om sådant som berör vårt yrke dagligen.

Tack till alla som deltog och tack till Er som visade ert intresse!

Hoppas att omständigheterna ser anorlunda ut till nästa nätverksträff. •

Boktips

Titel: Vårdhygien – vårdrelaterade infektioner och antibiotikaresistens
Författare: Göran Hedin
Förlag: Stockholm. Liber
Utgiven: År 2020
ISBN: 9789147134076
Antal sidor: 155



Vilka rutiner och åtgärder finns för att ha en god hygienisk standard och att förebygga vårdrelaterade infektioner (VRI) inom vård och omsorg? Svar på frågan kan kanske

fås i en nyutgiven bok i ämnet vårdhygien – vårdrelaterade infektioner

och antibiotikaresistens. Boken är en lärobok för studeranden inom olika professioner, men är även intressant läsning för yrkesverksam personal. Innehållet ger en bred bild av ämnet vårdhygien. Bokens innehåll kan också fungera som repetition eller till diskussionsunderlag. Inledningsvis ges en översikt över de vanligaste mikroorganismerna som orsakar VRI och vilka riskfaktorer som finns. Det uppges att VRI kan vara oundvikliga ibland, men de kan reduceras om följsamhet finns till såväl nationella som lokala riktlinjer. Det berättas också om de vanligaste mikroorganismerna som orsakar VRI samt hur bakterier och virus smittar. I boken ges en intressant beskrivning för smittspridning och vilka åtgärder som bör gälla för att förhindra smitta generellt, men också vid speciella infektioner. Författaren ger en redogörelse för de olika smittvägarna som förekommer

samt om direkt och indirekt kontakt-smitta. I syfte att förhindra smittspridningen ges tydliga instruktioner i hur t.ex. basala hygienrutiner (BHR) ska ske och efterföljas. Vårdhygieniska rutiner vid droppsmitta och blodburen smitta omtalas också. Kapitlet avslutas med en sammanställning över olika typer av smittvägar och inom varje smittväg ges exempel på mikroorganismer samt förslag på förebyggande åtgärder. Men ytterligare intressanta kapitel finns inlagda boken. Ett kapitel handlar om antibiotika, kemoterapi och antibiotikaresistens. Inom avsnittet finns inlagda tabeller som överskådligt visar olika antibiotikagrupper och när de ska användas i samband med VRI. En översikt finns också med beskrivning på de vanligaste antibiotikaresistenta bakterier som orsakar VRI. Kunskap finns att vårdrelaterad infektion kan erhållas vid olika typer av

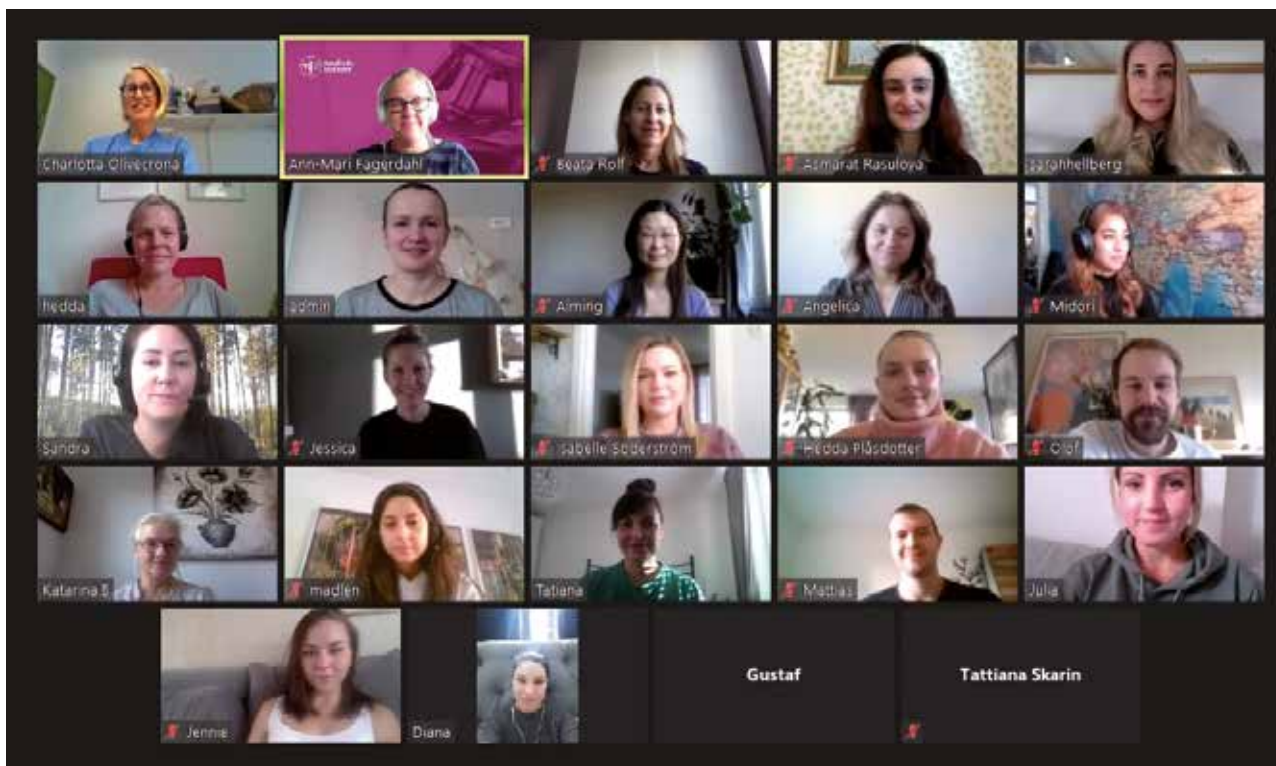


Examen

Följande tog examen 15 januari 2021 vid Karolinska Institutet, den sk ”corona-kursen 2020”. Och bilden avspeglar verkligen hur verkligheten för våra studenter varit detta år.

Inriktningsansvarig: Ann-Mari Fagerdahl

Lärare: Charlotta Olivecrona, Malin Stenman, Ann-Christine von Vogelsang, Eva Torbjörnsson och Veronica Ramirez Johansson



behandlingar. Författaren redogör för flera intressanta risker och bl.a risk i samband med operationer. Avsnittet är av stort värde att läsas för att öka förståelsen och att ha följsamhet till de preventiva rutiner som finns. Några fallbeskrivningar presenteras dessutom för att öka förståelse av patienters situationer. I boken har också författaren tagit med vägledning till hur god hygienisk standard ska upprätthållas i förråd, desinfektionsrum och läkemedelsrum. Förslag på rutiner på städning och rengöring ges också. Mot slutet av boken har information om styrande dokument som lagar och författningar inom vårdhygieniskt arbete lagts in. I dessa tider då pandemi råder, är bokens innehåll mycket betydelsefull kunskapskälla för vårdpersonal i arbetet med patienter, inom olika verksamheter och det vårdhygieniska arbetet. Med enkla

åtgärder kan smitta och smittspridning minskas eller t.o.m. förhindras. Sammanfattningsvis är boken en kunskapskälla och ger läsaren en påminnelse om betydelsen av följsamhet till vårdhygieniska rutiner. Boken ger grund i vårdhygieniskt arbete och stöd till beslutsfattare. Innehållet i boken ger också kunskaper om hur vårdens yrkesutövare kan möta framtidens krav för att på ett bättre sätt utöva en god kvalitativ vård. Författaren har varit noggrann med att efter varje kapitel ha källhänvisning, dels till böcker men också till vetenskapliga artiklars resultat i syfte att ha en hög trovärdighet till kunskapsinnehållet. Utmärkta bilder och illustrationer finns dessutom inlagda i boken.

Text: Monica Kelvered

Titel: Kris i forskningsfrågan – eller: vad fan får vi för pengarna



Hanne Kjoller sjuksköterska och skribent i bland annat Dagens Nyheter i sjukvårdsfrågor har granskat medicinsk forskning i boken *Kris i forskningsfrågan – eller: vad fan får vi för pengarna*. Hennes budskap är att man bör vara kritisk till forskning och vara noggrann när man läser olika studier. Något att läsa för alla som är intresserade och läser vetenskapliga tidsskrifter i jobbet eller bara av eget intresse.

Text: Yvonne Törnqvist.

Basic Trauma

En utbildning i traumaomhändertagande för operationssjuksköterskor

”Basic trauma” anordnas av Riksförbundet för Operationssjukvård och har som syfte att ge operationssjuksköterskor ökade teoretiska kunskaper kring omhändertagandet av trauma patienter. Ökade och fördjupade kunskaper i traumaomhändertagande ger operationssjuksköterskor en större trygghet i sin yrkesroll, förbättrat interprofessionellt samarbete vilket ger de bästa förutsättningar till ett optimalt omhändertagande för patienterna.

Utbildningen är en endagsutbildning i Stockholm som hålls av operationssjuksköterskor för operationssjuksköterskor. Utbildningen består av en teoretisk dag med föreläsningar varvade med gruppdiskussioner där deltagarna delar med sig av erfarenheter kring hur trauma omhändertagandet är organiserat på olika sjukhus. Diskussionerna upplevs som mycket positiva och bidrar till en professionell utveckling av operationssjuksköterskans roll vid trauma.

Delar som utbildningen tar upp är:

- Skademekanismer
- beskrivning av strukturerat trauma omhändertagande enligt konceptet A-E
- Operationssjuksköterskans roll i traumateam
- Omedelbar kirurgi - operationssjuksköterskans roll och ansvar, med konkreta tips vid olika vanligt förekommande traumaingrepp

Ny föreläsare

Anna Lindblom är ny föreläsare vid våra traumautbildningar. Vi välkomnar henne till vårt team. Anna har arbetat som operationssjuksköterska sedan 2003 och började på ortopedoperation, Sahlgrenska universitetssjukhuset (SU). Hon är kvar på SU fast den avdelning hon arbetar på nu har många olika specialiteter bl.a ryggs- och tumörortopedi, transplantation, övre gastro, kärlkirurgi och trauma. 2017 öppnade den nya operationsavdelning i

Anna Lindblom



BOIC (bild och interventionscentrum), här ligger även vår traumasal som är en interventionssal.

Sedan ett par år tillbaka är Anna ATSS instruktör. Att operationssjuksköterskan ska vara med i traumamottagande teamet tycker Anna är viktigt. I dagsläget går inte operationssjuksköterskan från Annas avdelning med på traumalarm. De har istället arbetat fram ett flödesschema som de försöker jobba efter när patienten kommer till operation. Anna säger, *kommunikation och teamarbete är två viktiga hållpunkter som underlättar vid arbetet med traumapatienter. Att man inte försöker att krångla till det, göra det så enkelt som möjligt.*

Kommentarer från deltagare i tidigare omgångar av utbildningen

”Mycket bra dag. Behövs mycket utbildning inom området. Jättekul med ett forum som bara är för operationssjuksköterskor! Värt jättemycket att utbyta erfarenheter”

”Mycket engagerade och inspirerande föreläsningar med föreläsare som motiverar till förändringar och nya idéer i den egna verksamheten”

”Välordnat. Engagerade föreläsare!! Ni gjorde kursen och har inspirerat!”

”Den sista föreläsningen var VÄLDIGT matnyttig med tips för vårt praktiska jobb på operationssal”

RFop kalendarium



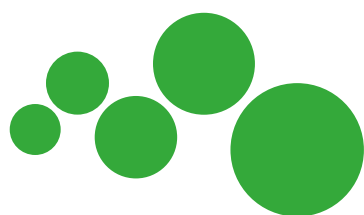
RFop är aktiv i olika projekt, seminarier och tillfälliga utbildningar – både självständigt och i samverkan med andra. Alla utbildningar och evenemang som RFop bedriver ska stärka och utveckla ledarrollen inom den perioperativa omvårdnaden samt främja utvecklingen av densamma. Vi arrangerar årliga utbildningar i form av bland annat Hygienforum, Höstkongressen och Chefkongressen. 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

2021 12 Mars SPOR Nätverksträff <i>Digitalt</i>	2021 24 April Årsmöte <i>Digitalt</i>	2021 5 Maj Internationella Handhygien- dagen	2021 21 Maj SPOR Nätverksträff <i>Digitalt</i>	2021 27-28 Maj Chefnätverk 2021	2021 9 September Chefnätverk
2021 24 September SPOR Nätverksträff <i>Digitalt</i>	2021 1 Oktober Rök- och alkoholstopp inför operation	2021 29 Oktober Trauma- utbildning, Nivå 1	2021 26 November SPOR Nätverksträff <i>Digitalt</i>	2021 2-3 December Höstkongress 2021	2021 3 December Chefkongress 2021
2022 5 Maj Internationella Handhygien- dagen	2022 19-20 Maj Hygienforum 2022	2022 1-2 December Höstkongress 2022	2023 5 Maj Internationella Handhygien- dagen	2023 25-26 Maj Hygienforum 2023	2023 30-1 Nov/Dec Höstkongress 2023

POSTTIDNING B

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



Mölnlycke®



Medtronic
Further. Together

B | BRAUN
SHARING EXPERTISE

VINGMED



BERNER
Medical

stryker

KEBOMED