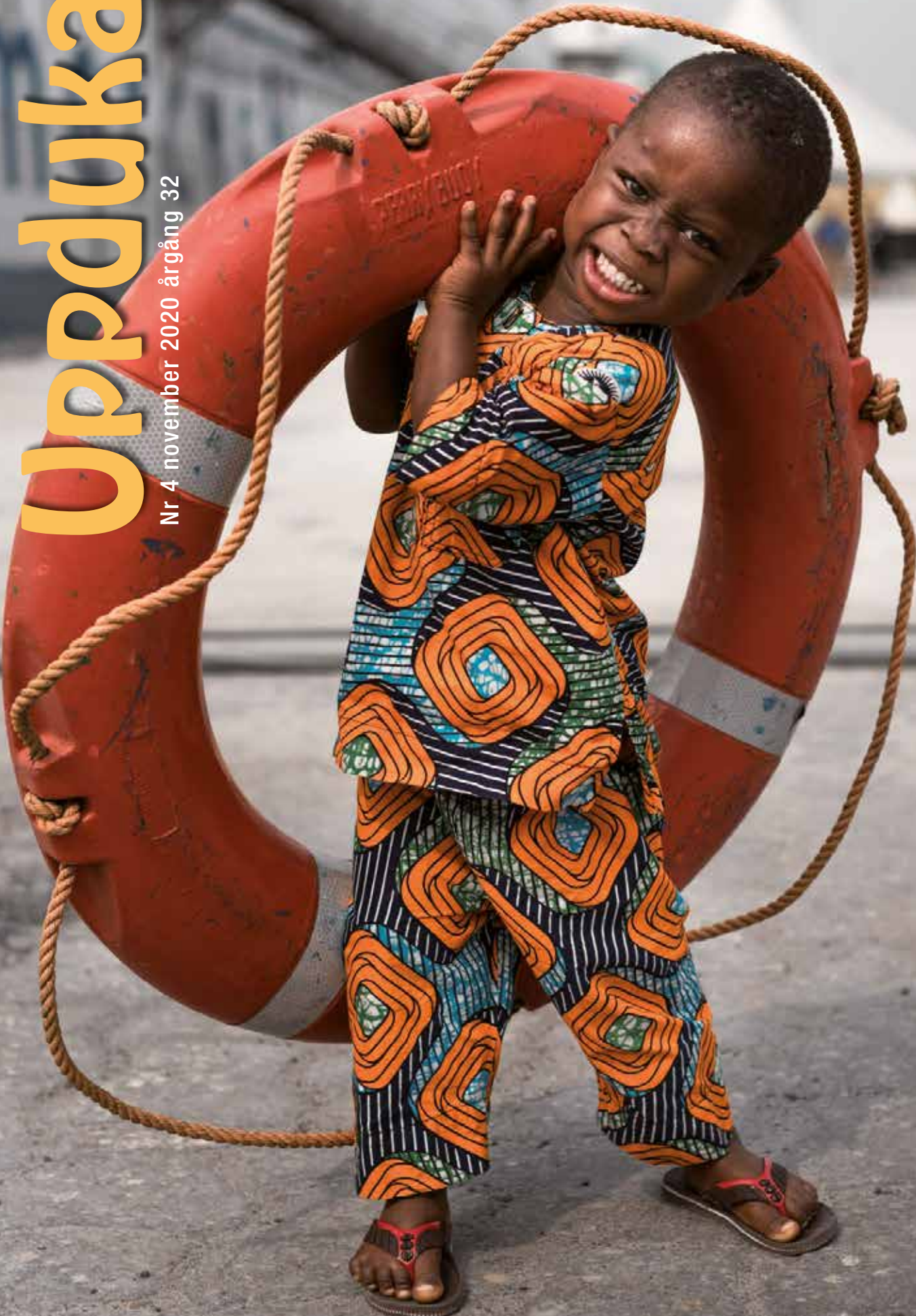


Uppdukat

Nr 4 november 2020 årgång 32



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. Klippern 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.



Utgivare

Riksföreningen för operations-
sjukvård ISSN 1101-5624.

Upplaga

1700 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: Mercy Ships
Sverige

Foto: Mercy Ships Sverige

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 4 2020 årgång 32

Redaktionens ord...[sid 4](#)

Porträttet...[sid 6](#)

I huvudet på en (ny) chef...[sid 8](#)

Chefrådet informerar...[sid 9](#)

Min svett är steril!...[sid 10](#)

Materialkonsulent som
alternativ karriärväg ...[sid 13](#)

En hyllning till Eva...[sid 14](#)

Volontär på världens största
civila sjukhusfartyg...[sid 18](#)

Svenskt Perioperativt Register
(SPOR) ...[sid 24](#)

Min operationsavdelning ...[sid 28](#)

Redaktionen tipsar...[sid 30](#)

Gästkrönika...[sid 36](#)

Föreningsnytt...[sid 40](#)

sid 10



sid 28



Välkommen att skicka in din artikel eller insändare till Uppdukat!

Några tips när du skriver:

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

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

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



Foto: Pco Sjöberg

Så är vi framme vid årets sista nummer av Uppdukat år 2020, och det hade varit önskvärt att få skriva att vi har nu ser fram emot en vinter där vi kan börja ses och samlas igen, utbyta erfarenheter av pandemin och fundera på vilka framgångsfaktorer vi kan ta med oss och utveckla.

Rapporten Covid-19-krisen som drivkraft för förändring av hälso- och sjukvården fokuserar just på det positiva krafterna som blivit tydliga i denna kris, den är mycket läsvärd. Ladda ned den på, <https://www.pwc.se/healthcare-rapporten>. Rapporten är framtagen i samarbete med PwC, AbbVie, Telia och Tamro. Och jag hoppas att vi kan ses i februari och där ha många intressanta dialoger och möten under vår Höstkongress 2020 som vi planerar att genomföra då.

Jag har fått en del frågor om Höstkongressen och vill passa på att säga följande. Vi planerar för en socialdistanserad utställning, det kommer vara en specialbyggd utställning för att alla ska kunna mötas säkert. Vad det gäller föreläsningssalarna kommer även de att vara möblerade så att det ska upplevas enkelt att hålla korrekta avstånd, så även runt all förtäring. Om vi ej kan genomföra kongressen

kommer alla kongressavgifter att betalas tillbaka så ni kan lugnt och tryggt anmäla er.

Jag hoppas att de flesta av er är tillbaka på era respektive operationsavdelningar och att den "vårdskuld" eller det upparbetade vårdbehovet som det också tillskrivs som ej påverkar er arbetsmiljö eller patientsäkerheten. Vi vill gärna veta hur det är hos er just nu, hör av dig till redaktionen!

SPOR, Svenskt Perioperativt register är ett kvalitetsregister som möjliggör utvärdering och förbättring av vården för alla patienter som genomgår en operation. Detta genom att samla in information och data om patientens omhändertagande och välbefinnande under den perioperativa processen. Vi behöver tillsammans ta fram den information som vi vill att registret ska samla in. Så vi söker engagerade och intresserade operationssjuksköterskor från hela landet, som vill arbeta i nätverket RFop-SPOR, säger Ida-Linnéa Böregård och Jenny Persson ansvariga för nätverket. På sidorna 24 - 27 kan du läsa om hur registret används med koppling till Covid - 19.

Att läsa i detta nummer

I övrigt detta nummer så kan du läsa och inspireras av flera förebilder, Sofia Erestam och Anna Hauffman som nyligt disputerat, Eva Kvidal som efter ett långt arbetsliv ska gå i pension. Vi bjuder även på "karriärtips"

Marie-Louise Hedström berättar om Materialkonsulentens roll, eller varför inte inspireras av Anneli Persson som jobbar med Mercy Ship.

Hygienforum

Till våren har vi även det 13:e Hygienforumet på gång, 20 - 21 maj 2021 på Sheraton Stockholm Hotel. Här kommer en hälsning från programrådet för Hygienforum, forumet där viktiga och aktuella frågor inom områden för vårdhygien och infektionsförebyggandet står i fokus kommer att den första handla om olika yrkesgruppers reflektioner över och perspektiv på Covid-19 pandemin. Vi har även bjudit in Anders Tegnell och hoppas att han kan komma. Dag två är det föreläsningar om att förebygga vårdrelaterade infektioner, bl.a. kopplingen mellan CFU och postoperative infektioner samt infektionsförebyggande "bundels". Hygienforumet är öppet för alla med intresse för hygienfrågor och infektionsförebyggandet inom operationssjukvård och vårdhygien. Forumet ger förutom intressanta föreläsningar möjlighet att ta del av andras erfarenheter och dela med sig av sina egna erfarenheter.

Innan dess ska vi fira jul, nyår och hålla oss friska! Nu önskar jag er alla en avkopplande lässtund.

Vi planerar för en socialdistanserad Höstkongress, det kommer bl.a. vara en specialbyggd utställning för att alla ska kunna mötas säkert.



Håll hudirritation borta från operationssalen

Vår nya handske, utformad för att minska risken för hudirritationer är skonsam mot huden

Biogel® PI UltraTouch® S Indicator® System, är tillverkad utan kemiska acceleratorer som är kända för att orsaka kontakteksem*

* Tiuramer, karbamater, tiazoler, tiourea och difenylguanidin



Läs mer på www.molnlycke.se

Mölnlycke Health Care AB, Gamlestadsvägen 3C, 402 52 Göteborg. Tel.: 031 722 30 00.
Varumärkena, namnen och logotyperna Mölnlycke, Biogel, UltraTouch och Indicator är globalt registrerade av ett eller flera företag i Mölnlycke Health Care Group. ©2020 Mölnlycke Health Care AB. Med ensamrätt. SESU0602008


Mölnlycke®



Porträttet

Kerstin Karlsson

Mitt namn är Kerstin Karlsson, jag är 54 år och jobbar på Dagkirurgiska avdelningen på Gävle sjukhus. Tidigare fanns dagkirurgin på Sandvikens sjukhus, hela avdelningen flyttade till en nybyggd operationsavdelning på Gävle Sjukhus augusti 2014.

Jag gick min utbildning på Gävle Vårdhögskola, Hälso- och sjukvårdslinjen med inriktning operationssjukvård. Den var på två år, fördelat på 80 veckor och det gav på den tiden 80 poäng och en sjuksköterskeexamen. Innan gick jag samhällsvetenskaplig linje på gymnasiet och efter det utbildade jag mig till undersköterska. Arbetade som både vårdbiträde och undersköterska under mina studier till sjuksköterska.

Mitt första jobb efter sjuksköterskeexamen var på Neurooperation på Akademiska sjukhuset i Uppsala. Jag började i juni 1991 och stannade till våren 2004. Efter det jobbade jag tre år på Centraloperation på Gävle sjukhus och sen har det blivit dagkirurgi för hela slanten. Jag har hela tiden varit intresserad av att vidareutveckla mig och gått en kort kurs i Handledning på Uppsala universitet 1999 och fortsatte sen med Handledning i klinisk omvårdnad på Gävle Högskola några år senare. Det resulterade i att jag fortsatte studera Omvårdnadsvetenskap B, 20p, C 15p och C2 15p med godkänt PM.

En ny roll

Nu har jag en ny roll som personalansvarig, vilket innebär att hålla reda på allt och alla. Få ihop dagens operationsprogram i tid så att både personal och patienter kommer hem. Det vill säga att vi har ett bra patientflöde och att alla får sin lunch. Vi har en arbetsbeskrivning för uppgiften som vi kontinuerligt ser till att hålla aktuell. Det är en roll som inte är mig helt främmande, då jag hade visst personalansvar även på Neurooperation. I grunden är vi två stycken samt en i "reserv" som delar rollen, tanken är att det ska vara jämnt fördelat så att vi kan arbeta kliniskt också.

Vi har regelbundna möten med vår chef och vi kan själva besluta om kortare ledigheter i form av till exempel flex och semester, om det finns gott om personal. Måndag till torsdag



Kerstin Karlsson

bemannas avdelningen av ca 35–40 stycken operationssjuksköterskor, anestesijuksköterskor, undersköterskor, sjuksköterskor, operationsplanerare och sekreterare. På fredagar är vi totalt ca.15 stycken av ovan nämnda kategorier som tjänstgör.

Covid

Det är utmaning de flesta dagarna att få allt att klaffa – personal, utrustning, kompetens, flöde. Men sedan Covid gjorde sitt inträde har det ibland varit övermåttigt. Vanligtvis arbetar vi dagtid, måndag till fredag, samt kvällsturer till kl.19.00 på vår egen uppvakningsavdelning. I mars fick vi på dagkirurgin nya arbetsuppgifter, vi skulle bemanna Covid-IVA innanför och utanför dygnet runt.

En sak som är säker är, att man inte ska ta något för givet och att kommunikation människor emellan är oerhört viktigt!

Tillsammans med sjuksköterskor från Centraloperation skulle vi hjälpa till att färdigställa läkemedel. Samtidigt flyttade vi viss verksamhet till Centraloperation. På vår egen operationsavdelning flyttade uppvakningen in. Det gick åt mycket tid och kraft att få till ett schema för detta. Det var jobbigt och rörigt för all personal att flytta runt och att arbeta kliniskt på sal som det varit tänkt för oss arbetsledare har knappt gått att få till alls. Nu är vi hemma igen på egen avdelning och det känns jätteskönt.

Även om jag jobbat länge som operationssjuksköterska och känner mig trygg i min arbetsroll så vill jag lära mig nya saker och utvecklas vidare. Jag tror att det är bra med utmaningar fast man är "gammal" och erfaren. Då blir det lättare att komma ihåg hur det var att vara ny och behöva stöd från någon som är mer erfaren. Att behöva stöd och kunskapsutbyte från andra är ju något som gäller genom hela yrkeslivet.

Jag har lärt mig mycket både om mig själv och andra under denna tid. Jag tror (och hoppas) att jag har utvecklats som människa. Många av personalen har och har haft behov av att prata om allt möjligt under den här perioden.

En sak som är säker är, att man inte ska ta något för givet och att kommunikation människor emellan är oerhört viktigt!

På min fritid gillar jag att åka motorcykel både kortare och längre sträckor gärna tillsammans med min man. Tränar i grupp gör jag ett par gånger i veckan, något som jag tycker är viktigt för att orka med jobbet som operationssjuksköterska. Vi åker gärna till mina svärföräldrars stuga på Åland ett perfekt ställe för vila och återhämtning i vacker skärgårdsnatur. •

I huvudet på en (ny) chef

Jag jobbar idag som avdelningschef på en specialistavdelning. En avdelning jag tidigare jobbat på och återkommit till under min karriär som operationssjuksköterska. Mina tidigare erfarenheter från avdelningen upplever jag både som en styrka och en last. Framför allt då jag tidigare varit en i gänget och nu axlar den ledande rollen.

I min roll som chef är jag ny, jag skulle nästan säga att det är som att få en kalldusch. Man känner sig som ny i en ny yrkesroll igen, från att lämna något man känner sig bra på och trygg med till att starta om lite på nytt.

Som många kan tänka sig och kanske vet så blir man ensam som chef, inom vårt verksamhetsområde finns det endast en operationsavdelning. Där så skiljer sig problemen och lösningarna ofta mot de andra avdelningschefernas som har hand om vårdavdelningar. Självklart så har det samtidigt problem som jag inte har. Jag funderar ibland av och till på hur mina föregående chefer agerat när det kommer till utveckling och förändring. Samt hur det sett på tidigare kompetensutveckling. Det finns en del gott att ta med sig från detta men samtidigt så förstår jag att det ofta är tid och pengar som sätter stopp för mycket. Då regionernas ekonomi hela tiden försämras.

För att en organisation som ständigt pressar gränserna på hur mycket personal som ska klara en viss produktionsnivå. Mina tidigare kollegor är nu mera mina medarbetare som i en hårt pressad organisation är mitt ansvar att kompetensutveckla och skapa en god arbetsmiljö för. Där vi jobbar inom en sjukvård som ständigt hotas av sparkrav och fokus på produktion. Ibland kan man stanna upp och fundera på var patienten hamnar i denna ekvation? Patienterna måste på något sätt få ett större utrymme då jag upplever att under de senare åren upptäckt att fokuset flyttats och väger med mot produktion. Detta är

också höstens tema, hur ska vi kunna ta igen den ”vårdskuld” som skapas gentemot våra patienter? För personalen har inte blivit fler inte heller så drabbas de ofta av att materialet som finns tillgängligt sviktar och de som beställs från olika förråd och leverantörer inte dyker upp. Allt som en följd av COVID-19.

Det är inte bara att det är operationsavdelningen som är den största flaskhalsen i flödet av patienter, det finns så många olika kuggar i hjulet som ska klaffa. Om postop är hårt belastat så blir flödet försämrat samt om avdelningarna inte kan hämta sina patienter så försämras flödet. Det är

ofta något som många glömmer upplever jag, att alla är vi en del i puzzlet. Teamarbete och lagkänsla blir oerhört viktiga delar i detta, så att det arbete vi utför på operation får ett sammanhang. Något som på lite större enheter alltid är en utmaning att jobba mot. När framstegen väl kommer så är det en av den bästa feedbacken man kan få som chef.

En av det största utmaningarna jag har är att rekrytera specialistsjuksköterskor, något som inte alla inom verksamhetsområdet förstår hur svårt det kan vara eller för den delen vad vi som operationssjuksköterskor gör inom vår profession. Där kommer



Foto: byLindahl

ett av världens största dilemman in, bemanningspersonal. Det är duktiga sköterskor som valt att lämna sin arbetsgivare, varför lämnar man? Frihet? Pengar? Arbetstider?

Tycker det är något som regionerna gör fel då de planerar schemamodeller som ska förbättra det för de anställda men i självverket gör att fler slutar. Många av det här faktorerna gör mig frustrerad då jag inte kan påverka

dem annat än att framföra åsikter då det ska utarbetas nya modeller.

Vad är det som gör att personalen istället väljer annan verksamhet? Det blir lätt många komplexa frågor som oftast har fler än ett bra svar. För allt handlar inte alltid om lön.

Det som är ett stort orosmoln just nu är att det ska bli ytterligare en våg av ökande COVID-19 fall nu under

hösten/vintern. Vad som händer med detta och i vilken omfattning det blir. Men för framtiden så ser jag fram emot att kunna driva på en utveckling som blir positiv för både patienter och medarbetare. Framför allt är jag väldigt glad över att de medarbetare jag har ställer upp för varandra och hjälper varandra. Hoppas kunna stärka detta beteendet och kunna utvecklas tillsammans med dem i min roll som chef. •

Chefrådet informerar

Text: Chefrådet

Chefrådet har funnits i sin nuvarande konstellation i 3 år. Under åren har vi arrangerat chefsnätverk i ny tappning det som kom att kallas ”från lunch – lunch” liksom chefskonferens i samband med Höstkongressen. Det har varit en till stor del återkommande skara chefer från hela landet som deltagit med stort engagemang. Programmet har sett lite olika ut från gång till gång. Ibland har vi haft externa föredragshållare så som t.ex Stina Hansson, socionom och chefshandledare, som bjöd på många goda insikter kring gruppdynamik och användbara verktyg att stoppa i chefsens verktygslåda. Andra tillfällen har handlat om inspiration som när den sprudlande Ida Texell berättade om sin resa i ledarskap på Attunda Brandstation.

Chefrådet har också deltagit vid RFop:s årliga arbetshelg tillsammans med andra råd och styrelsen. Rådet har träffats för planering inför varje nätverk. Oktober 2019 hade vi en arbetshelg på Gotland där vi även besökte Visby lasarett. En helg som gav oss många skratt och visioner inför framtiden!

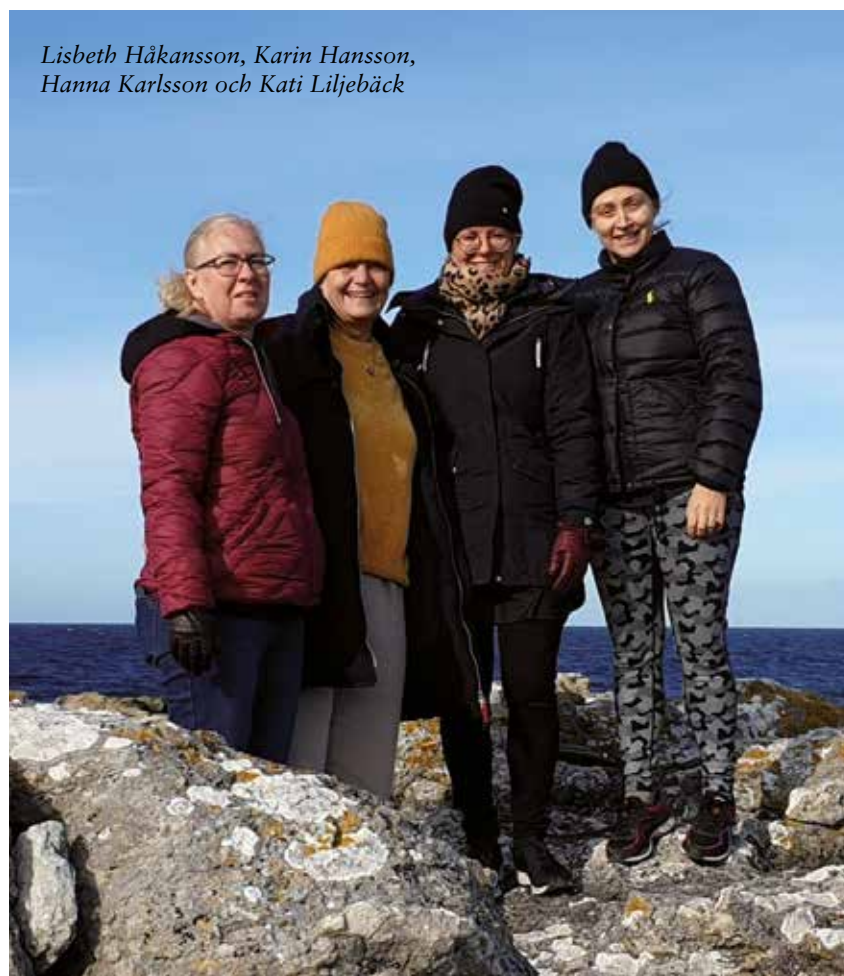
Den största vinsten, inte bara för oss i chefrådet utan även för deltagarna har varit att få förmånen att skapa nätverk och därmed få möjligheten att diskutera angelägna frågor kring ledarskap utifrån vårt chefsuppdrag. Det har även varit stärkande att träffa andra chefer med förståelse för den vardag och det uppdrag vi verkar i inom den svenska operationssjukvården.

Nu är det dags att lämna över stafettpippen till ett förnyat chefsråd bestående av gamla och nya medlemmar. Vi som lämnar har idag andra uppdrag utanför operationsvärlden. Vi i rådet har haft en fantastiskt givande tid tillsammans. Från början i ett enkom professionellt syfte men nu, efter tre år har även vänskapsrelationer skapats för lång tid framöver.

Med mycket skratt och erfarenhetsutbyte har vi utvecklats inte bara i våra professionella yrkesroller som chefer utan även som människor.

Nu får det nya chefsrådet ta vid och vem vet vad de hittar på! •

Kati Liljebäck, Karin Hansson, Hanna Karlsson och Lisbeth Håkansson



Lisbeth Håkansson, Karin Hansson, Hanna Karlsson och Kati Liljebäck

Min svett är steril!

Herbert Olivecrona - Pionjär och en av neurokirurgins grundare

Herbert Olivecrona (1891–1980) har beskrivits som en stor kirurg och person med intelligens, hög arbetsförmåga, teknisk skicklighet och genialitet detta i kombination med en air av excentricitet. Han föddes i Visby, Gotland och examinerades från Karolinska institutet 1918. Redan innan dess hade han under andra världskrigets sista år tjänstgjort på tyska sjukhus och där kommit i kontakt med ett stort antal soldater med skott- och granatsplitterskador på huvud och ryggmärg. Under handledning av erfarna tyska kirurger tränades Herbert upp i kirurgisk teknik och behandling av allvarliga krigsskador vilket väckte hans engagemang och intresse för denna typ av skador.

1919 fick han ett stipendium som möjliggjorde att han kunde tillbringa ett år för vidare studier vid Johns Hopkins Hospital i Baltimore. Där han fick undervisning i kirurgi av William Halsted. Efter återkomsten till Sverige började Oliverna som kirurg vid Serafimerlasarettet i Stockholm och det var här han år 1922 opererade sin första patient med hjärntumör. Han kom här att utveckla neurokirurgin från allmänkirurgisk verksamhet till en egen specialitet. Patienterna opererades i bukläge med ansiktet nedåt vilket ställde till det med anestesin som vid denna tid utgjordes av inhalation av Eter. Patienterna var under operationerna mer eller mindre vid medvetande till skillnad från den som skötte anestesin och som skulle befinna sig under operationsbordet för att försöka droppa Eter till patienten. Det finns historier om att ”dropparen” blev så påverkad av eterångorna att han blev helt utslagen och liggande under operationsbordet och behövde dras fram i sövt tillstånd, och Olivecrona fortsatte operationen endast under lokalbedövning.

Herbert blev under de kommande åren allt mer framgångsrik som hjärn-

kirurg, att operera under lokalanestesi var den gängse metoden. Det var först under 1940-talet som generell anestesi infördes vid intrakraniell kirurgi. Vid tiden runt 1930-talet ansågs patienter med hjärntumörer vid många medicinska lärosäten som hopplösa och obotbara fall som därför inte var aktuella för kirurgiskbehandling. 1927 publicerade Olivecrona sina opera-

tionsresultat i sin första avhandling, *Die Chirurgische Behandlung der Gehirntumoren (kirurgisk behandling av hjärntumörer)* vilken lade grunden till hans internationella rykte. I arbetet dokumenterar Olivecrona inte endast sina operationsresultat utan han gör också försök till analys av sina önskade resultat och hur dom är möjliga att undvika i framtiden. I och



Sjöberg Bildbyrå: Herbert Olivecrona, med munskyddet pryddigt under näsan. Att täcka endast munnen med munskydd kan tyckas märkligt, men verkade vara rätt vanligt vid tiden för bildens ursprung. I en lärobok i kirurgi från 1915, *Chirurgische Operationslehre für Studierende und Ärzte*. Beskrivs att det vid undersökningar visat sig att luften som andas ut från näsan är fri från bakterier, tillskillnad från munnen. Där finns bateriepartiklar som tillsammans med små vätsdedroppar bildar aerosoler vid hostning, tal, och djupa suckar. m.m. *Chirurgische Operationslehre für Studierende und Ärzte*. Prof. Dr Friedrich Pels Leusden, Urban&Schwarzenberg Berlin-Wien, 1915



*Olivecrona Raspatorium.
Bild med tillstånd av Stille AB*

med denna skrift etablerades neurokirurgen i Sverige och Serafimerlasarettet blev på kort tid unga europeiska kirurgers "Mecka" för att lära sig denna nya kirurgiska specialitet.

Noggrann hemostas en förutsättning

Samtida med Olivecrona fanns i Amerika den då världsledande bland neurokirurger, Harvey Cushing, som även var den förste att beskriv tillståndet med överproduktion av kortisol, därav fått namnet Cushing syndrom. Han var också den som först började använda den nya tekniska uppfinningen, diatermikniv. Så snart Olivecrona fick kännedom om detta började han också använda densamma eftersom det tidigt stod klart för honom att noggrann hemostas var en förutsättning för lyckad intrakraniell kirurgi. Att postoperativ blödning måste undvikas med alla medel. Olivecrona hade under åren kontakt med Cushing som också besökte Stockholm under några hektiska och välplanerade dagar under hösten 1929 då han förutom att träffade Sveriges dåvarande konung Gustav V fick närvara och observera Olivecrona operera. Vilket imponerade på Cushing, som efter det räknade Olivecrona till en bland övriga dåtida världsledande neurokirurger.

1932 fick Olivecrona förfrågan om att ta emot och under 6 månader låta lära upp en ung tysk kirurg vid namn Wilhelm Tönnis, i neurokirurgi. Olivecrona accepterade. Tönnis har senare berättat hur han anlände till Stockholm efter en lång och uttröttande tågresa, och där han på Centralstationen möttes upp av Olivecrona själv som direkt körde honom till sjukhuset för att genast börja operera och då med Tönnis som assistent. Operationen var långdragen och när den var avslutad önskade Tönnis inte annat än att finna en säng för att få möjlighet till lite vila. Men i omklädningsrummet hör han Olivecronas tydliga röst ur ett högtalarsystem.

– Gå inte Dr. Tönnis! Du behöver stanna i operationssalen de följande 4-5 timmarna och noga övervaka patientens blodtryck, puls, andning och medvetandegrad och informera mig vid några förändringar.

Efter 9 månader av hård träning tillsammans med Olivecrona återvände Dr. Tönnis till Tyskland blev sedermera en av landets främsta neurokirurger.



Foto: Lennart Nilsson, Hjärnkirurgen och professorn Herbert Olivecrona (1891–1980) med tacksamma anhängiga.

Professor i neurokirurgi

Det har beskrivits att Olivera var mycket mån om sina patienter och framhöll alltid devisen ” *den här patienten får inte dö vad som än händer* ” Om en patient var oväckbar efter en operation och orsaken misstänktes vara ett hematom infann han sig åter på sjukhuset med blixstens hastighet. 1935 utsågs Herbert Olivecrona till professor i neurokirurgi vid Karolinska Institutet, vilket var en av de första i Europa. Det finns många berättelser om Olivecrona. Vid ett tillfälle opererade han sin kollega och bridgemedspelare Clarence Craford, professorn i thoraxkirurgi, som hade slagit i huvudet och fått ett subduralhematom. Efter operationen fick han frågan om patienten skulle bli bra. Enligt berättelsen skulle Herbert Olivecrona då svara, - ” *Bra? Nä han blir nog som förut* ”

Citatet ” *Min svett är steril* ” sägs komma från ett tillfälle då Olivecrona bryskt avbryter sin operations-sjuksköterskas försök att under en svår operation torka bort svetten från hans panna. Det finns ett flertal kirurgiska instrument som Olivecrona

tillsammans med instrumentmakare utvecklade eller förfinade. Instrument som därefter bär hans namn såsom raspatorium Olivecrona durapincett Olivecrona, sågtråd Olivecrona, tång, hålmejsel Olivecrona, och duradisektor Olivecrona, för att nämna några instrument.

Herbert Olivecrona blev verkligen den svenska neurokirurgens fader och hans adepter, såsom Lars Lexell, Nils Lundberg, Olof Sjöqvist, Gösta Norlén och Einar Bohm startade sen upp nya neurokirurgiska kliniker runt om i Sverige. Han efterträddes på Serafimerlasarettet av Lars Lexell som senare blev föregångare inom stereotaxi och gammastrålsbehandling. Under sin karriär opererade Herbert Olivecrona mer än 6000 hjärntumörer. Efter sin pensionering byggde Herbert upp en neurokirurgisk klinik i Kairo och fortsatte operera i privat regi på Sophiahemmet ända upp i 80-års åldern och kallades då Världens äldste opererande kirurg.

Utänför sitt arbete var han en hängiven golfspelare. Han drev och utvecklade med hjälp av arrendatorer

även sitt eget jordbruk på Husa gård. Som med grund utifrån Herberts driv och nytänkande metoder blev Sveriges första KRAV-godkända ekologiska jordbruk. •

Referenser

Lindqvist C, Kihlström L. Department of Neurosurgery, Karolinska Institute: 60 Years. Neurosurgery, Vol.39, No 5 Nov.1996.

Ljunggren B. *Herbert Olivecrona: Founder of Swedish neurosurgery.* Journal of neurosurgery. 1993 Jan;78 S 142-9

Machinis T,G. Fountas K,N. Olivecrona on the development of neurosurgery in the middle of twentieth century: reflections with the wisdom of today. Neurosurg.Focus Volume 20. May,2006.

Wigzell H, (Red) *Min svett är steril! Några människor och händelser vid Karolinska institutet.* Karolinska Institutet University press, Stockholm 2010.



VINGMED KIRURGI



Effektiva, prisvärda hemostatikum och glue/sealant. Direkt från hyllan.

Allt fler har upptäckt fördelarna med våra hemostatikum, glue och sealants. Ingen förberedelse i form av upptining eller blandning och de förvaras i rumstemperatur. Produkterna är CE-märkta och godkända för både öppen och laparoskopisk kirurgi. **Gelita**® har ett brett sortiment av resorberbara hemostatikum. **Gelita**® TUFFT-IT® är marknadens första fibrillar av gelatin och består av flera skikt som kan läggas hel eller delas i lager.

CryoLife har också flera intressanta produkter: **PerClot**® är ett mycket effektivt hemostatikum i pulverform som fäster bra vid blödningsområdet. Det finns även i laparoskopiskt utförande (38 cm applikatorspets). **BioGlue**® är ett glue och sealant i ett, med många användningsområden.

Kontakta oss för mer information och demonstration.

Materialkonsulent som alternativ karriärväg

Jag var klar sjuksköterska med behörighet för operationssjukvård och mottagning av kirurgisk karaktär år 1985 som jag läste i Borås. Sedan dess har jag arbetat mest inom ortoped- och gynoperation men även kortare perioder på öronmottagning, öronoperation och ortopedmottagning. Jag har varit anställd på sjukhusen i Borås och Halmstad. Förutom min specialistutbildning inom operationssjukvård har jag läst 10 Högskolepoäng i Medicinsk mikrobiologi, immunitet och sjukhushygiene i Linköping. Skrev min C-uppsats ihop med Agneta Karlsson med ämnet: *Munskydd på operation, grunder för varför det ska användas.*

Materialkonsulentens roll

Som materialkonsulent är man med och ser till att det upphandlas rätt sortiment av förbrukningsvaror som vården behöver i min region. I mitt fall det mesta av alla ortopediska implantat. Jag måste ha bra kontakt med alla kunder i VGR och det är 16 sjukhus i Västra Götalandsregionen men när det gäller ortopediska ingrepp finns inte dessa på alla sjukhusen. Det gäller att ha koll på vad som är nyheter på väg in till vården och på väg ut – så vi inte upphandlar obsoleta produkter. Ett bra kontaktnät med kollegor i landet och utbyta erfarenheter är viktigt. Till rollen hör också att följa utvecklingen i standarder och lagar, till exempel MDR och ta hänsyn till det. Som materialkonsulent ansvarar man också för att kravspecifikationer som annonseras har rätt krav på produktnivå.

Mina ansvarsområden är sortimentet på knä- och höftimplantat med bence- ment, ryggsplintat med bence- ment för pedicel-skruv, traumaimplantat samt sportsmedicin. Även om en upphandling är klar finns det så kallad avtalsvård och det innebär mycket kontakt med både kund och leverantör. Jag ska även förmedla till vården



Marie-Louise Hedström

att där vi har i avtalet, konsignationsavtal på galler och implantat, är att det finns vissa förhållningspunkter att beakta. Till exempel att både enstaka instrument vid normal förslitning, och hela den implantatspecifika gallerupp- sättningen, ska bytas ut vid gene- rationsskifte eller ny upphandling, **kostnadsfritt**. Ser tyvärr leverantörer som tar ta betalt fastän ett konsig- nationsavtal finns. Arbetstiden är förlagd måndag till fredag med arbete under eget ansvar det vill säga att jag planerar min dag själv. Det ingår en hel del resande inom regionen men också till aktuella konferenser.

Materialkonsulentens utmaningar

Den personliga utmaningen och utvecklingen med rollen som mate- rialkonsulent är att gå från sin egen operationsavdelning till att tänka *hela regionen* och överge ”jag vill ha”, ”jag brukar köpa” till frågor som:

- Vilka CE-certifikat har produkten?
- Vad står det i bruksanvisningen, IFU (intended for use)?
- Vilken produkt är bäst?
- Vilken produkt är billigast?
- Vad säger lagen om medicintek- niska produkter MDD-MDR?

Egna förutsättningar för att tycka detta är **kul** är att man gillar att förmedla och presentera information till alla som behöver få kunskapen om befintliga avtal och även varför en viss typ av artikel INTE kommit med på avtal. Man bör gilla att arbeta i långa prislister i excel, sortera och filtrera i kolumnerna. För när man sitter med kravspecifikationsarbete med den erfarna personalen från vården ska man veta vad som köpts och kunna beskriva risker och fördelar med hur texten ska skrivas för att vi ska få in offerter på det sortimentet vi tänkt på och behöver.

En upphandlingsprocess sträcker sig över en längre tid, ibland mer än ett år. Sedan håller avtalet i tre – fyra år och då ska nästa avtal klicka in och vara klart när det förra slutar. Jag har på mina fyra år som materi- alkonsulent genomfört tillsammans med upphandlare sju upphandlingar som vart och en genererat ett avtal. Man får lära känna en ny värld där det finns risk att en upphandling bli granskad när missnöjda leverantör som inte blir tilldelade avtal lämnar in en överprövning till Förvaltningsrät- ten. Då kan inte avtalet gå igång utan blir försenat och regionen blir kanske avtalslös. Men när ett avtal är i hamn och man har jobbat ett år med analys, kravspecifikationsarbete med personer från vården, annonserat, utvärderat, tilldelat och avtalet går igång, DÅ är man nöjd. •

En hyllning till Eva

Eva Kvidal – operationssjuksköterskan, kollegan, pedagogen och mentorn, vi är många som vill hylla och tacka en arbetskollega, en mentor, en skicklig pedagog och en vän. Eva Kvidal har varit min arbetskamrat där vi arbetade som huvudhandledare och utbildningsansvariga på Centraloperation på Akademiska sjukhuset, jag på anestesi och hon på operation. Så småningom blev vi kollegor på även på Uppsala universitet. Vi sitter i ett rum på Akademiska sjukhuset och samtalar om Evas år som operationssjuksköterska, operationssjuksköterskeutbildningen då och nu och om hur hon har sett sitt yrke utvecklas under mer än 50 år som hon arbetat inom operationssjukvård.

Eva är en skicklig pedagog! Hon berättar själv *”Jag brinner för att hitta pedagogiska verktyg. Alla lär sig inte på samma sätt, för vissa tar det längre tid och det betyder inte att de inte kommer att klara yrket, det är att det tar olika tid att mogna. Man mognar olika...”*. Eva brukar alltid säga att bli operationssjuksköterska innebär att man ska lära sig ett helt nytt yrke. Det handlar alltså inte enbart om att använda sina grundkunskaper i sjuksköterskeyrket, som tex. att koppla infusioner eller administrera läkemedel, utan att man måste lära sig ett helt nytt yrke genom att bedriva omvårdnad i dom tre faserna pre intra och postoperativ omvårdnad för patienter i både planerad och akut vård. Inom många områden behövs fördjupade kunskaper såsom hygien, medicinteknik förbyggande av postoperativa komplikationer samt handlingsberedskap och planering i akuta situationer. Hon ser gärna att kollegor delar med sig av sina kunskaper sinsemellan och till de nya i yrket, hon menar *”att man bjuder på det (kunskap) speciellt när man har mer kunskap än andra och att ha ett pedagogiskt tänk när man handleder studenter. Att man bistår med verktygen när man har erfarenhet”*.

Eva har en ödmjuk inställning till sin profession, till patienter, och



Eva Kvidal

till medarbetare. Hon påpekar att det är viktigt att tänka att man är på arbetsplatsen för att utöva sin profession och för att ta hand om patienten. Hennes entusiasm för yrket och lärande är imponerande! Att hon alltid är uppdaterad om den senaste utvecklingen i yrket och den forskning som pågår i ämnet operationssjukvård. Hon berättar att hon håller sig uppdaterat genom att vara med i verksamheten, att genom att *”vara tillsammans med de som arbetar på operationssalen och vara med läkare, sjuksköterskor och undersköterskor*

”som är specialister och de ansvariga i verksamheten”. Hon läser litteratur och forskning och ingår i ett lärarnätverk för att uppdatera sig vad som pågår i landet. På Evas initiativ och under de sista åren som jag arbetade på Centraloperation skapade vi en utbildningssal där vi handledde och examinerade studenter från både sjuksköterskeutbildningen och specialistutbildningarna i operation och anestesi. Vår förhoppning var att ett samarbete i lärandet i tidigt stadium skulle stärka samarbetet mellan anestesi- och operationssjuksköterskor

senare i arbetslivet. Eva berättade att hon är "mest stolt över att initierat utbildningssalen. Läkarna hade sina studenter, vi hade våra specialiststudenter och det främjade samarbetet. Olika specialiteter från olika terminer samlades på utbildningssalen och vi hade både stora och små ingrepp".

Eva är en stolt operationssjuksköterska och menar att det positiva med att vara operationssjuksköterska är att hon/han är "en del i operationsteamet där vi alla är lite beroende av varandra och att man är en viktig del i detta hjul, att man är väldigt självständigt men att man ska tillhöra och få kunskap. Man kan inte vara expert på allt, man ska ta reda på saker men att man kan förlita sig på sina kollegor och få och ge uppbackning".

Från förr

Det som fascinerar mig med Eva är att hon har arbetat som operationssjuksköterska sedan 1972! Hon har sett sitt yrke utvecklas och har själv varit med och utvecklat sitt yrke både i klinisk verksamhet och bidragit till innehållsutvecklingen i utbildningen. Under vårt samtal berättar Eva om sin gamla operationssjuksköterskeutbild-

ning som bestod av två terminer och heltidsstudier. Allt gjordes på plats med kurskamraterna. Det fanns inga datorer och inga uppgifter som skulle göras hemma. Studenterna var på plats varje dag och arbetade med sina presentationer. Eva minns att ämnen som studerades var detsamma som idag, tex. anatomi och fysiologi på ganska hög nivå, etik, hälsa. Mycket av det som är idag fanns med då också, och utbildningen innehöll även en anestesidel där man gjorde VFU i 9 veckor och sövde patienter självständigt tillsammans med anestesilog. De hade ganska stora och omfattande tentamina med begränsade antal skrivningstillfällen (man fick skriva två gånger och sista gången var det ett muntligt tentamenstillfälle) och klarade man inte det fick man lämna utbildningen! Under vårt samtal om vad Eva har sett under sina verksamma år som fascinerar henne är utvecklingen i operationstekniken och att operationerna har blivit mycket skonsammare för patienterna, med mindre blödning och mindre invasiva metoder. Följande citat beskriver Evas resa genom sin yrkesutveckling "Saker som man pratade om och var visioner och

saker som vi skrattade åt är verklighet idag. Ventrikelresektioner gjorde vi nästan varje dag och sedan kom Losec®. Vi hade öppen kärlkirurgi och idag är det andra förfinade metoder och jag fascinerad av kärlkirurgins utveckling. Patienterna blödde mycket då och idag klarar kirurgerna av svårare operationsmetoder som gagnar patienterna. Kirurgen har utvecklats och anestesiläkemedlen som används idag är annorlunda och man kan söva svårt sjuka patienter".

Omvårdnaden och samarbetet kring patientens omhändertagande har utvecklats också. Eva berättar: "Vi hade omvårdnad på vårt sätt men inte alls som idag...och samarbetet mellan anestesilog och kirurg är tightare idag vilket gör att det är tryggare för patienten och för personalen. Specialistsjuksköterskor har ett omvårdnadstänk idag och förebygger komplikationer... Vi var dåligt informerade om patienten och vad som händer efteråt förr i tiden... Idag har den evidensbaserade vården närmast sig personal på avdelningen och de kan kritisk granska och inte bara köper allt som publiceras. Det hade vi →

stryker

Neptune 3

Vätske- och rökevakueringsystem

Skydda din personal



Bär inte



Rör inte



Bränn inte



Scanna QR-koden
för mer information
om Neptune



Föreliggande dokument är endast avsett för sjukvårdspersonal

Det är den opererande läkaren själv som efter egen fackmässig bedömning bestämmer om hon eller han vill använda en viss produkt vid behandlingen av en viss patient. Stryker ger inga medicinska råd, utan rekommenderar att kirurgerna själva före det operativa ingreppet genomgår utbildning i hur produkten ska användas. I föreliggande information beskrivs de produkter som Stryker erbjuder. Ansvarig läkare ska alltid läsa förpackningsbilagan, produktetiketten och/eller användningsinstruktionerna innan man beslutar att använda en produkt från Stryker. Det är inte säkert att produkterna i denna broschyr finns på alla marknader. Det beror på att produkttillgängligheten är beroende av lagstiftningen och/eller medicinsk praxis i olika länder. Kontakta därför din Stryker-representant om du vill vet mer om produkter som finns tillgängliga i ditt land. ProCare Serviceschemat är föremål för de allmänna villkoren i serviceavtalet. Stryker Corporation med dotterbolag eller andra närstående företag äger, använder eller har ansökt om godkännande av följande varu- eller servicemärken: SafeAir Neptune, ProCare och Stryker. Övriga varumärken och märkesnamn tillhör respektive ägare. Ovanstående medicinska produkter är CE-märkta i enlighet med tillämpliga EU-förordningar och direktiv. Materialet är inte avsett för spridning utanför EU eller EFTA.

inte med oss på 70 talet...". Eva berättar att det hon och hennes kollegor drömde om har blivit verklighet idag och så kommer det att vara i framtiden att det vi diskuterar idag kanske blir verklighet i en snar framtid. Idag ser Eva många utvecklingsmöjligheter för operationssjuksköterskor. Det finns tex. olika specialiteter att arbeta inom och att man inte alltid behöver flytta fysiskt för att fortbilda sig. Att operationssjuksköterskor kan bli chefer på högre nivåer, forska och arbeta inom industrin och att det finns många vägar att utveckla sig beroende på intresse, det är en positiv utveckling.

Det kändes väldigt tryggt att ha dig som kollega Eva under åren vi arbetade tillsammans eftersom du har gedigen kunskap i ditt ämne, och är en skicklig pedagog och med din långa arbetslivserfarenhet kan du sätta sig in i studenters och andra kollegors behov och deras lärandeprocess på en mer personlig/individanpassad nivå. Du förstår hela människan med hennes livserfarenhet, svårigheterna med att lära och du har en förmåga att anpassa lärandeprocessen till den person som är framför dig. Det jag kommer att sakna mest med dig Eva när du så småningom går i pension är våra samtal, våra skratt, att vi förstod varandra utan att säga många ord, din entusiasm, din pedagogiska förmåga, och din förmåga till nytänkande! Jag är övertygad om att du kommer fortsatt att vara mentor till mig och flera andra kollegor och guida oss i att kämpa och vara ännu bättre än vi är. Tack för alla fina år tillsammans!

Sagt om Eva

”För mig är Eva en urkraft av kunskap, styrka och värme! Jag har haft förmånen att få ha henne både som lärare och kollega. Under utbildningstiden upplevde jag att hon verkligen såg oss studenter som individer och hade en förmåga att stärka och stötta oss där det behövdes. Hon var (och är) en sann pedagog, som samtidigt ställde höga krav och betonade vårt ansvar. Jag minns att jag verkligen gillade den stilen! Idag när vi arbetar tillsammans i specialistsjuksköterskeprogrammet känner jag ungefär samma sak; hon är prestigelös och stödjande på ett sätt som får mig att växa som lärare.”

Anna Hauffman, operationssjuksköterska, klinisk adjunkt, Uppsala universitet

”Jag tycker att det har varit både roligt och lärorikt att jobba med Eva trots att vi har två olika yrkesprofessioner dock med gemensamma mål. När jag fick uppdraget som utbildningssjuksköterska för drygt 4 år sedan var jag oerfaren gällande utbildningsfrågor, det fanns inte möjlighet till inskolning då men Eva har skolat in mig med hennes enorma erfarenhet. Det som jag tyckte var kul med Eva att hon kunde mitt schema utantill alltså bättre än mig själv. Då vet jag att hon har koll på mig även när hon njuter av sin pension. Jag önskar dig Eva en god hälsa i många år till”.
Shna Rauf, utbildningsansvarig/anes-tesisjuksköterska

”Eva är en fantastisk mentor, pedagog och kollega och en oumbärlig tillgång. Det är beundransvärt att se hur hon ger råd och idéer till kollegor, studenter och chefer - inte för egen vinnings skull utan för ett genuint intresse att lyfta andra och stötta där det behövs. Hennes engagemang för utbildningsfrågor driver inte bara en arbetsplats utan en hel yrkeskår framåt”.
Anna Maj Ribom, utbildningsansvarig operationssjuksköterska på ortopedoperation

”Eva arbetade som operationssjuksköterska på Centraloperation på Akademiska sjukhuset när jag började där 1998. Tidigt såg jag att Eva var en operationssjuksköterska med stor kunskap och professionalitet. Dessutom utförde hon sitt arbete med både skicklighet och stolthet, något hon även fortsatte med när hon fick rollen som utbildningssjuksköterska. Under dessa år förmedlade hon sin mykna kunskap och erfarenhet till såväl operationssjuksköterskestuderande som till läkarkandidater. Under 22 år som passerat sedan vi träffades för första gången, har Eva varit den operationssjuksköterska som präglat mig mest i mitt yrke, mycket pga den yrkesstolthet hon lärt mig att inneha. Dessutom har vi med tiden blivit goda vänner, något som jag uppskattar mest av allt. Tack Eva, för att du gjort för vår profession!”

Sara Näslund Andréasson, operationssjuksköterska •

Fakta

Ålder: 70 år

Utbildning som operationssjuksköterska och andra utbildningar:

- Operationsassistentutbildningen i Uppsala, 1970-72.
- Sjuksköterskeutbildningen i Uppsala, 1981.
- Specialistutbildning i operation och anestesi, 1983.
- Vårdlärarutbildning, 1985-1987.
- Vårdvetenskap B, C, och D (fick hon komplettera med eftersom hon hade en gammal sjuksköterskeutbildning).
- Handledarutbildning
- Debriefingutbildning
- Chefsutbildning

De senaste två åren dvs. 2018-2020 mentorsstöd med stöd för studenter med specialbehov i läkarutbildning och fysioterapiutbildningen och sjuksköterskeutbildningen.

Eva tycker att det har varit stimulerande och lärorikt att lära sig om olika diagnoser och hjälpa studenter med specialbehov att hitta verktygen att studera.

Andra yrken än operationssjuksköterska:

- Mottagningschef i en privat läkarmottagning i 10 år
- Utbildningssjuksköterska och huvudhandledare på kirurg och ortopedoperation (före detta Centraloperation på Akademiska sjukhuset i 20 år
- Adjungerad adjunkt på Uppsala universitet, institutionen för kirurgiska vetenskaper i 6 år och därefter adjunkt i ytterligare 6 år
- Vikarierat som Avdelningschef i ett år där hon handledde sjuksköterskor från Vietnam
- Sektionsledare på poloperation

Har arbetat på:

Ljusdals lasarett (under utbildningstiden)

Akademiska (har arbetat med alla specialiteter som t ex. inom Jourverksamhet på Gynekologiska operationer, Oto Plastik Öron (OPÖ), barnoperation, ortopedkirurgi, kirurgi, urologi m.m. förutom thoraxkirurgi.

Clinical monitor i Europa (England, Tyskland, Frankrike och Danmark) Fas1 studier.

Mölnlycke® Pulsed Lavage

Truly customised orthopaedic solutions

Mölnlycke® Pulsed Lavage, för engångsbruk använder högt tryck för att effektivt rengöra och avlägsna benfragment vid proteskirurgi. Det ökar cementpenetrationen in i den porösa benvävnaden för en potentiellt starkare implantatfixering och reduktion av revisionsfrekvensen.

Finns i två versioner: nätdrift och batteri

- Nätdrift: miljövänlig version, handenhet för engångsbruk och återanvändbart nättaggregat.
- Inbyggt batteri: en flexibel och mobil version med ett inbyggt batteripaket.

Ingår i Pulsed Lavage

- Ergonomisk och bekväm handenhet
- Kort koniskt spolmunstycke med stänkskydd
- Långt spolmunstycke för femur
- Renssticka för rengöring av spolmunstycke för femur

Enstycksförpackad eller inkluderad i Mölnlycke® kundanpassade set

- Inkludera Pulsed Lavage i era Mölnlycke kundanpassade set för ökad effektivitet.
- Finns även som enstycksförpackat alternativ.

Höftrevisionsmunstycke

- För höftrevisionskirurgi har vi ett speciellt munstycke för att hantera små ben- och cementdelar. Finns som steril singelpackad.

Läs mer på www.molnlycke.se

Mölnlycke Health Care AB, Box 13080, Gamlestadsvägen 3c, 402 52 Göteborg. Telefon 031-722 30 00.
Mölnlycke-varumärket, namn och logotyp är globalt registrerade till en eller flera företag i Mölnlycke Health Care-gruppen.
© 2019. Mölnlycke Health Care AB. Med ensamrätt. SESU0682010

Volontär på världens största civila sjukhusfartyg

Jag klev ombord på Mercy Ships fartyg "Africa Mercy" 2008 första gången och kom hem till Sverige helt förändrad. Jag hade sett något som jag inte trodde fanns, länder med så bristfällig sjukvård. Några sjukhus vi besökte hade 70% risk att få en postoperativ infektion. När jag ibland gick förbi entrén vid sjukhusen, möttes jag av köer av likbilar, och en dag räknade jag till elva bilar som stod och väntade. Vi hörde gång på gång att många inte ville få behandling eller operation på sjukhuset, av rädsla att aldrig komma hem igen.

Jag klev in i ett steriliseringsrum på ett sjukhus i Guinea. Fönstret stod öppet och smutsig blodig tvätt slängdes in bredvid Autoklaven. Döda myror och kryp fanns i springorna mot fönstret och ingen hade städat upp rummet på månader. Nu var Mercy Ships operationspersonal där och storstädade allt, från golv till tak. En steriltekniker från skeppet var där och höll samtidigt en kurs till personalen om instrumentvård. Sköterskorna på sjukhuset ville inte göra jobbet, så de hyrde oftast in diskare från olika hotell som inte helt förstod en sterilteknikers viktiga uppgifter. Ibland låg instrument kvar någon dag i klorerat vatten tills någon förbarmade sig över dem. Ingen handsprit eller tvål fanns tillgänglig vid tvättfatet och jag kunde inte heller veta hur vattenkvalitén var i de rostiga kranarna och jag såg inte heller några vattenfilter någonstans. En placenta låg i ett rostfritt handfat vid sidan om ingången till sterilrummet och tanken var att mödrarna skulle ta med sig denna hem, för hon var ägare av den. Jag ska ärligt säga att jag har ingen aning vad de gjorde med den, men jag kan ju bara ana... den är ju mycket näringsrik.

Upptäckten av att miljontals människor i vår värld, lever i en situation med bristfällig sjukvård blev helt plötsligt verklighet och det tog tag i mig. Varje

år dör 16,9 miljoner människor för att de inte har tillgång till kirurgisk vård. 93% av dem finns i Afrika. Jag visste heller inte då att 25% av alla nyfödda barn i Liberia dog för sin 1 års dag. Att veta att Mercy Ships jobbar med mänskliga rättigheter och att sjukvård ska vara en rättighet för alla. En annan viktig gren i vårt arbete är mentorskap till vårdpersonalen för att de in sin tur ska kunna ge säker vård till alla, där kunskap får stanna kvar när skeppet åker. Mercy Ships driven en fantastisk välgörenhet och jag är så stolt att få vara en del av detta arbete.

Africa Mercy

Jag har sedan 2008 åkt regelbundet till Africa Mercy och har varit ombord 10 gånger på vårt sjukhusfartyg. Global Mercy är vårt nya fartyg och det är större och fördubblar vår kapacitet. Skeppet är en arbetsplats där man bor, sover, jobbar och äter tillsammans i en underlig mix. När vi ska svara på frågan vad som är det bästa med skepps-livet så blir svaret alltid "Community", gemenskapen med andra. Här får man fantastiska vänner för livet. Alla är där för samma sak och vi jobbar inte för oss själva, utan för att någon annan ska få det bättre. Vi får betala för att få jobba ombord, 750 dollar/månad, så det är andra saker än lönen som är drivkraften. På frågan om vad som är det jobbigaste med skepps-livet, så blir svaret nästan alltid "Community". Det finns väl inget så besvärligt som irriterande människor, men det som är bra ombord är att man måste reda upp konflikter annars blir det jobbigt att leva ombord tillsammans. Ibland är det ju faktiskt också min egen inställning som måste justeras och man kan formas till något bättre när det också finns rum för sårbarhet.

På Sjukhuset finns det 82 vårdplatser, 5 operationssalar och 450 besättningsmän arbetar och bor på fartyget. Ca 50% av besättningen arbetar inom

sjukvården. Vi har kirurgisk verksamhet inom flera specialiteter och utför många operationer varje år.

Ögon

Kataraktkirurgi vuxna och kataraktkirurgi på små barn

Käk – ansiktets kirurgi

Läpp och gomspalt, små och extremt stora ansiktstumörer, rekonstruktioner

Ortopedi

Hjullbenta barn, rekonstruktion efter skador av benskörhet och gamla fraktur. Klumpfötter (behandlingsklinik, Ponsetti)

Plastik

Rekonstruktioner, mest efter brännskador. Borttagande av stora cystor, lipom, tumörer, keloider, neurofibrom mm

Gyn

OFB, Fistlar, inkontinent hos kvinnor

Neurokirurgi

Ryggmärgs och hjärnbräck hos barn

Allmän kirurgi

Bräckkirurgi hos barn och vuxna, strumakirurgi

På operationsavdelningen börjar vi alltid dagen med en kort andakt och bön. Mercy Ships har kristna värderingar och vår värdegrund följer Jesu 2000 åriga exempel, att ge hopp och läkedom till de mest utsatta. Vi är ungefär 16 operationssjuksköterskor och 11 narkospersonal som jobbar på de fem salarna varje dag. Tre sjuksköterskor arbetar på uppvakningsavdelningen som ligger alldeles intill. Vi har också fem personer som kommer från landet, som arbetar med översättning och hjälper till praktiskt.

Min stora uppgift

Min stora uppgift under de senaste åren har varit som sektionsledare på ögonoperation, vilket också med-

för mentorskap i ögonsjukvård till sjukvårdspersonal från olika länder i Afrika. Vi har kurser i ögonsjukvård, bjuder in lokala doktorer och sjuksköterskor att komma ombord och arbeta med oss under en längre tid. Vi följer också upp arbetet i de lokala sjukhusen och kliniker. Vi har regelbundna kurser i bla "WHO checklista för säkra operationer", en kurs som vi genomför i alla lokala sjukhus i det land vi arbetar i. WHO:s checklistan innehåller punkter som teamet går igenom innan man börjar operation. Detta gör vi tillsammans i teamet på samma sätt varje gång, för att veta att vi har rätt patient, rätt sida och rätt operation som ska genomföras. Checklistan delas in i tre delar, Check in/Team briefing/Check out. De vi önskar med våra sjukvårdskurser är ju att det ska bli ringar på vattnet och fler få veta hur man jobbar säkert och bäst tar hand om sina patienter.

Min närmaste arbetskamrat under många år har varit Dr Glenn Strauss. Han har haft ögon specialistkurser till 35 ögonkirurger att utföra säkra gråstaroperation med en operationsteknik som kallas MSICS, Manuel small incision cataract surgery. Hans kurser ger ringar på vattnet och flera läkare har delat med sig av kunskapen. Ögonläkare Dr Wodome från Togo är en av dem som har gått denna 3 månaders



kurs, han har i sin tur lärt upp denna teknik till 60 andra afrikanska ögonläkare. En av dem var Dr Bah, som idag lär upp 5 ögonläkare/år att utföra MSICS teknik i ett privat ögon sjukhus med specialistutbildning i Guinea.

Det viktigaste vi gör, är att stärka den lokala värdkedjan genom att de själva driver och äger projektet, inte vi.

- Vad behöver du och din klinik för att bli mer framgångsrik?
- På vilket sätt kan vi bäst hjälpa er?

På ögonoperation har vi två patienter inne på salen samtidigt, vilket sparar mycket tid. Två operationssjuksköterskor är tvättade samtidigt och har ansvar för var sin patient. En sjuksköterska är pass på sal + en översättare som också jobbar med praktiska saker på salen, och leder också våra patienter in och ut. Vi går igenom checklistan tillsammans innan bedövning och bekräftar medgivandet med patienten. När läkaren är klar med operationen, byter han rock och handskar, signerar på ett enkelt papper och vi svänger om mikroskopet och börjar med nästa patient. Rekordet är 53 gråstaroperationer på en dag.





Anneli Persson

Under 2019/2020 stod skeppet i Dakar, där jag tjänstgjorde under 6 månader. Jag blev dock tvungen att åka hem till Sverige i mars 2020 pga Covid-19. Jag beräknar åka ut igen så fort som det är säkert att resa och arbeta i Afrika igen, men just nu allt osäkert.

Hjärtligt Välkommen att höra av dig om du också vill komma ombord, kom bara ihåg att du måste vara bra på engelska, vilket är språket vi pratar ombord!

Allt gott!! •

Fakta om mig: är operationssjuksköterska och ögonsjuksköterska. Har arbetat 17 år på Ögonkliniken i Umeå, innan jag engagerade mig i Mercy Ships, där jag arbetat ombord 10 gånger som operationssjuksköterska och sektionsledare på ögonoperation. Jag var CEO för Mercy Ships Sverige (2014–2016). Idag arbetar jag på Mercy Ships kontor i Göteborg, med rekrytering men också som Operationssjuksköterska/ögonsjuksköterska på Capio Ögon i Göteborg.

Fakta om Mercy Ships

Mercy Ships äger världens största civila sjukhusfartyg "Africa Mercy" och "Global Mercy" och ger gratis kurser och professionell operationssjukvård till de allra fattigaste. Över 3 miljoner människor har fått hjälp och över 100 000 operationer har genomförts på skeppet, varav 30 000 ögonoperationer.

Mercy Ships grundades av Don och Deyon Stephens 1978 och har sedan dess arbetat i fler än 55 fattiga länder. Det finns totalt 1200 volontärer ombord varje år och de kommer från fler än 50 länder. De är kirurger, tandläkare, sjuksköterskor, vårdutbildare, lärare, kockar, sjömän, mekaniker och jordbruksexperter som ger av sin tid och kompetens. Mercy Ships har 17 nationella kontor som jobbar med Marknadsföring, rekrytering och gåvoadministration.
www.mercyships.se

Vill du också komma ombord som operationssjuksköterska?

Kontakta mig gärna:
anneli.persson@mercyships.org

Fakta om vårt nya fartyg Global Mercy

<https://mercyships.se/mercy-ships-presenterar-global-mercy/>

Mercy Ships Sverige, press rum:

<https://news.cision.com/se/mercy-ships-sverige>

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 minska med 26-28%.

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

*Ethicons antibakteriella Plus-suturer är de enda triklolan-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 FG, 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

”VI SKYNDAR MELLAN OPERATIONERNA. MEN JAG ÄR PRECIS DÄR JAG VILL VARA.”

- Erika, operationssjuksköterska

Är du legitimerad sjuksköterska med specialistutbildning inom operationssjukvård? Nu finns möjligheten att arbeta på en av Sveriges största neurokirurgiska verksamheter.

Akademiska sjukhuset planerar under hösten uppstarten av vår nybyggda intraoperativa MR-sal. En stor del av operationerna utförs mikrokirurgiskt och följs på storbildsskärm. Här bedriver vi vård för patienter både regionalt och nationellt.

Vi söker dig som vill arbeta på en högteknologisk avdelning där du kommer få ett omväxlande arbete. Hos oss värderas goda samarbeten högt och din roll är betydelsefull.

Vi erbjuder en tillsvidareanställning på heltid. Utbildningen individanpassas efter ditt behov.

*För att söka tjänsten, gå in på:
www.akademiska.se/ledigatjanster
och sök på ”operationssjuksköterska”
eller scanna koden nedan för att komma
direkt till annonsen.*



**AKADEMISKA
SJUKHUSET**

HÖSTKONGRESS 2020

OBS!

Höstkongress 2020
är flyttad till
4-5 februari 2021

Sedan 1964 har Riksföreningen för operationssjukvård arrangerat Höstkongress varje år vecka 48 och i år skulle det blivit den 56:e. Så blir det tyvärr inte. Vi har utifrån bedömningen av rådande situation med Covid -19 beslutat att flytta den 56:e kongressen till 4-5 februari 2021. Den kommer fortfarande att heta Höstkongress 2020.

Tillsammans med Stockholm Waterfront Congress Centre och Svenska Mässkonsult har vi genomfört den riskbedömning som rekommenderas av Folkhälsomyndigheten och utifrån den planerat genomförandet. Vi kommer att vidta alla de riskreducerande åtgärder som behövs för att kunna genomföra en säker kongress. Som exempel kan nämnas möbleringen i föreläsningssalarna kommer vara med korrekt avstånd, hantering vid förtäringen följer alla säkerhetsåtgärder. Mat och kaffe delas ut utan trängsel och täta köer. Utställningen kommer att byggas för att på bästa möjliga sätt skapa ett jämt flöde av besökare. En av förutsättningarna för att detta ska fungera är att begränsa antalet deltagare till 250 personer.

Vi har en hög ambitionsnivå för att vi alla ska kunna mötas tryggt och säkert. På vår hemsida kan du läsa Waterfronts säkerhetsföreskrifter.

Varmt välkomna!

Tid och plats

Torsdag och fredag den 4 - 5 februari 2021, på Stockholm Waterfront Congress Center.

Registrering

Registreringen är öppen torsdag den 4 februari kl. 08.30 – 09.30 och kl. 11.45 – 12.15 samt fredag den 5 februari kl. 08.00 – 08.30.

Anmälan

Sista anmälningsdag för garanterad plats är 24 december 2020 därefter i mån av plats.

Bekräftelse om deltagande skickas direkt till den e-postadress som anges i anmälan - viktigt att korrekt e-postadress anges.

Anmälan är bindande under förutsättning att kongressen genomförs. Platserna kan efter överenskommelse överlåtas åt annan person.

Observera att kongressavgiften kan betalas in under 2020

Sista anmälningsdag, för dig som önskar faktura och betala under 2020, är den 15 november 2020.

Deltagaravgifter

Avgiften inkluderar lunch, kaffe samt mingel.

Medlem två dagar

4 750 kr exkl. moms

Medlem en dag

2 950 kr exkl. moms

Icke medlem två dagar

5 750 kr exkl. moms

Icke medlem en dag

3 950 exkl. moms

Posterutställare

3 500 kr exkl. moms

Studerandemedlem

1 500 kr inkl. moms

Pensionärer

1 500 kr inkl. moms

Medlem

För att få delta till medlemspris måste du vara medlem 2020. Du som ännu inte betalat in medlemsavgiften eller vill bli ny medlem, fyll i medlemsformuläret på hemsidan och betala medlemsavgiften på plusgirokonto 70 80 08 - 8 alternativt Swish 123 357 86 48, ange ditt namn och din adress.

Deltagaravgiften faktureras i början av januari 2021 om ni inte valt att bli fakturerade redan under år 2020. Var noga med att ange korrekt fakturaadress samt kostnadsställe i Din anmälan.

Frågor

Angående anmälan och betalning kontakta: rfkongress@mittkompetens.se

OBS! Kongresser omfattas ej av regleringen allmän sammankomst, och därmed finns ej regleringen på max 300 personer. Det är endast evenemang som går under ordningslagen som gör det. Däremot måste det göras en riskbedömning och alla nödvändiga åtgärder för att förhindra smittspridning måste vidtas. Se mer information på folkhälsomyndigheten under evenemang och sammankomster.



www.rfop.se

Preliminärt program

Torsdag 4 februari 2021

Tid	Föreläsning
08.30	Registrering och kaffebuffé
09.30	Välkomna!
09.40	Kommunikation på operationssal Teamarbete på hybridsal <i>May Bazzi</i> Teamträning på operation <i>Charlotta Olivecrona och Emma Stenman</i> OpLeanAn - en modell för klinisk utbildning <i>Christine Bohagen och Carina Wallingstam</i> Black Box på operationssalen för säkrare kirurgi <i>Lars-Göran Larsson</i>
11.30	Lunch
11.45	Utställning
13.00	Svensk forskning och utveckling Operationsklädselns påverkan på operationsmiljön <i>Catinka Ullman</i> Provets väg till patologi <i>Josefin Persson</i> Amputation hos patienter med benartärsjukdom <i>Eva Torbjörnsson</i>
14.30	Utställning och kaffe
15.15	Aktuellt från RFop Information från RFop:s Kvalitetsråd <i>Anna Ekepil</i> Information från RFop:s Vetenskapliga råd <i>Ann-Christin von Vogelsang</i> Operationssjuksköterskans profession och kompetens i Svenskt perioperativt register (SPOR) <i>Jenny Persson</i> Avslutningsföreläsning dag 1 Ja, jag vet hur det känns att hamna under en buss <i>Anki Bromert</i>
17.15	Utställning med mingel, tilltugg och dryck
19.00	Dag 1 slut

Fredag 5 februari 2021

Tid	Föreläsning
07.30	Registrering
08.15	Omvårdnad i samband med operation Forensisk omvårdnad <i>Maria Larsson</i> Operationssjuksköterskans vårdande och kompetens inom perioperativ vård <i>Ann-Catrin Blomberg</i> Övertäckning av sterila instrument i väntan på kirurgi <i>Maria Qvistgaard</i>
09.40	Utställning och kaffe
10.30	Innovationer inom kirurgin Upplevelser och erfarenheter av utveckling av och arbete i hybridsal med intraoperativ MR <i>Hanna Grimberg</i> Transoral robotkirurgi <i>Johan Nilsson</i> Endovaskulära operationsmetoder för trauma och blödningschock <i>Carl-Magnus Wahlgren</i>
12.20	Lunch
12.45	Utställning
13.45	Vår hälsa Senaste nytt om hälsosam livsstil på vetenskaplig grund <i>Matthias Lidin</i>
14.45	Kaffe i anslutning till föreläsningssalen
15.00	Skratt – Inget man skojar bort <i>Henrik Widegren</i>
16.00	Avslutning

Läs mer om

Chefkonferensen

på sidan 42

Svenskt Perioperativt Register (SPOR)

– ett gemensamt nationellt verktyg för att följa effekterna av Covid-19 och svensk operationsresurs.

Världen genomgår just nu den största pandemin sedan spanska sjukan under åren 1918–1919. Spridningen av coronaviruset (SARS-CoV-2) eller Covid-19 i befolkningen, med ett stort antal mycket svårt sjuka patienter, har lett till den största omställningen av svensk sjukvård någonsin. Då de mest resurskrävande patienterna vårdas inom Anestesi och Intensivvårds-klinikerna, påverkas också vårdens resurser för alla andra diagnoser som kräver operations- och intensivvårds-resurser.

Under våren och sommaren 2020 har SPOR kommit att bli en nyckelresurs för beslutsfattare på alla nivåer för att kunna följa upp hur operationskapaciteten i Sverige har förändrats i Sverige på grund av Corona-viruset. För att kunna göra jämförelser över landets alla operationsavdelningar, oavsett om man har enbart elektiv eller elektiv och akut verksamhet, har SPOR tagit fram ett nytt begrepp som kallas ”Normalvecka”.

Med normalvecka menas tidsperioden måndag till söndag (5 vardagar + helgen) med de operationssalar och den bemanning (antal operationslag) som är angivet för respektive operationsavdelning. Det antal operationer som produceras per sjukhus eller per Region under året får ett index som sätts till år 100%. Under vecka 3 till vecka 6 för 2020 var den dominerande andelen av sjukhus som opererade i Sverige ”normalproducerande”.

Bild 1: Här ses hur operationskapaciteten i Sverige år 2020 började med full produktion under vecka 3 – 6, följt av en liten nedgång vecka 7 – 10 bedömt som orsakats av sportlov i olika delar av Sverige. Under vecka 1-2 ses effekter som kan kopplas till jul- och nyårshelgerna.

Från vecka 12 ses en tydlig påverkan på operationskapaciteten kopplat till omfördelning av anestesisköterskor och anestesiläkare från operationsavdelningarna till Intensivvården och vård av Covid-patienter. Detta är den största omställningen av arbete som vi någonsin fått uppleva!

Vecka 16 var den vecka som operationskapaciteten var som lägst med en minskning på 57%. Därefter kan en viss återhämtning noteras under fram till midsommar, där det planar ut kring en operationsaktivitet på strax under 65%. Sommarperiodens operationskapacitet blev även den påverkad. Jämfört med sommaren 2019 v 25 till 34, så blev det -10.073 operationer färre utförda år 2020. Covidens första våg = våren och sommaren blev det totalt 65.000 färre operationer utförda! Och det som är extra speciellt är att vi nu under början av hösten, vecka 35 – 41 inte kommit igång med vårt opererande som normalt är. Kapaciteten planar i övergången

september/oktober ut på 85%-nivån. Vi har under dessa veckor backat nära 14.000 operationer jämfört samma veckor 2019. Totalt alltså över 79.000 operationer mindre utförda! Och just nu känns det som om Covidens andra våg har börjat!

SPOR är idag uppkopplat mot alla Regioner i Sverige utom Region Jämtland, som ännu bara skickar data till SPORs testdatabas. Det arbete som utförs på operationsavdelningarna uppdateras automatiskt från de flesta operationsavdelningar varje natt Några få enskilda enheter skickar fortfarande med manuell hantering och då data med sista veckans, eller sista månadens produktion.

SPOR får in uppgifterna kring operationerna utan någon dubbelregistrering. Tack vara detta kan vi egentligen ge en bild hur det ser ut dag för dag. Men eftersom dagarna under veckan är lite olika till sin karaktär, så har vi bedömt att den mest rättvisande bil-

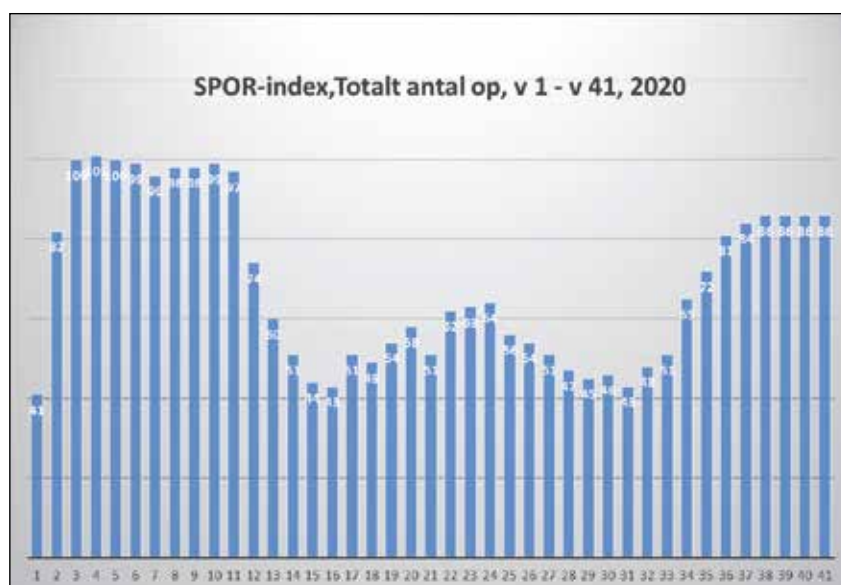
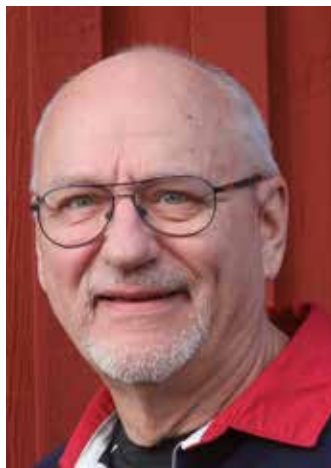


Bild 1 – SPOR- index i procent per vecka under 2020.

Region Elektiva Op	Vecka 20	Vecka 21	Vecka 22	Vecka 23
Region Blekinge	64	47	80	74
Region Uppsala	67	51	75	69
Region Västerbotten	61	44	68	67
Region Östergötland	51	42	63	63
Region Skåne	46	40	53	54
Region Stockholm	51	37	55	54
Region Örebro län	35	33	54	53
Region Halland	44	37	47	50
Region Västernorrland	41	29	54	47
Region Dalarna	36	33	48	46
Region Gävleborg	39	28	42	46
Västra Götalandsregionen	43	33	38	43
Region Kronoberg	30	30	32	40
Region Gotland	37	24	31	37
Region Sörmland	22	20	32	36
Region Norrbotten	26	22	29	33
Region Jönköpings Län	30	22	35	32
Region Västmanland	29	29	29	24



Gunnar Enlund



Helena Seeman-Lodding

Bild 2

den är att sammanställa produktionen av operationskapaciteten veckovis, måndag till söndag med särredovisning av helgerna som domineras av akut, icke-planerade ingrepp.

Därav kan SPOR redovisa och följa även hur Elektiva och Akuta operationer förändras veckovis.

Bild 2: Det går verkligen att se hur olika Covid-19 har påverkat olika delar Sverige! Här har SPOR sorterat efter kapacitet vecka 23. Region Blekinge och Region Uppsala har hittills klarat sig bäst, medan Regionerna Norrbotten, Jönköping och Västmanland har det besvärligt då. Siffrorna visar SPOR-index i % för respektive Region för veckorna 20 – 23.

Pandemin med Covid19 har tydligt visat på den enorma flexibilitet, kompetens och kunnande som AnOpIva-klinikerna representerar. På mycket kort tid och under stark press har stora förflyttningar av personal inom klinikerna genomförts. Personalen inom AnOpIva har fått fokusera på att vårda respiratorkrävande patienter på intensivvården, många gånger i en helt ny miljö med påfrestande skyddsutrustning att ta av och på. Vårt kunnande kring respiratorvård samt att genomföra stödjande behandling av många sviktande organsystem har gjort skillnad!

Som vi alla har kunnat följa i media, från myndigheter och lokalt ute på våra sjukhus har Covid-19 inneburit att stora delar av den ordinarie vården har fått sättas i vänteläge. Det betyder uppskjutna planerade behandlingar och utredningar, där AnOPIVA klinikerna många gånger är en förutsättning för att dessa ska

kunna genomföras. Sverige håller på att bygga upp en mycket stort vårdberg av uppskjutna operationer, där samma personalresurs som stått i fronten för Covid-19 är en nyckelresurs för att handlägga dessa patienter i vårdköer. Många av våra patienter i dessa vårdköer har allvarliga progredierande sjukdomstillstånd som dessutom riskerar att sätta patienterna i ett sämre utgångsläge än under normala förhållanden. Detta leder i sig till extra påfrestning för både patient och vården som ska möjliggöra omhändertagandet.

SPOR inför hösten 2020 – hur kommer vårdberget att attackeras?

Det kommer att bli avgörande för våra patienter, och för svensk sjukvård i stort, i vilken takt som återhämtningen av operationskapaciteten kommer att kunna ske. Olika satsningar för att minska vårdköer har gjorts genom åren. Regeringen gjorde en satsning i november 2019 som kallades ”Vårdkömiljarden”, där 1,6 miljarder utbetalades till Regionerna i Sverige. Erfarenheten från denna och många av dessa tidigare satsningar att korta vårdköer, har visat på att man egentligen bara arbetat med den befintliga personal som funnits, och effekterna av detta har inte blivit uthålliga. Detta har också belysts i arbeten kring dimensionering av personal och resurser inom sektorn för Perioperativ vård och Intensivvård i Sverige.

SPOR styrelse har, tillsammans med SFAI och SIR, noterar en kraftigt ökad efterfrågan på data och stöd med analyser från både vårdgivare, ansvariga politiker, vårdaktörer, patienter och medborgare.

Den 20 mars, 2020 stod cirka 113 000 patienter i vårdkö i Sverige inför operation (Svenska Läkarförbundet uppgiftslämnare). Under vecka 12 – 41 har nedgången i antalet genomförda operationer varit nära 80 000 operationer jämfört med år 2019. Det betyder att vi skjuter framför oss ett stort behov av planerade operationer, i dagsläget cirka 193 000 operationer.

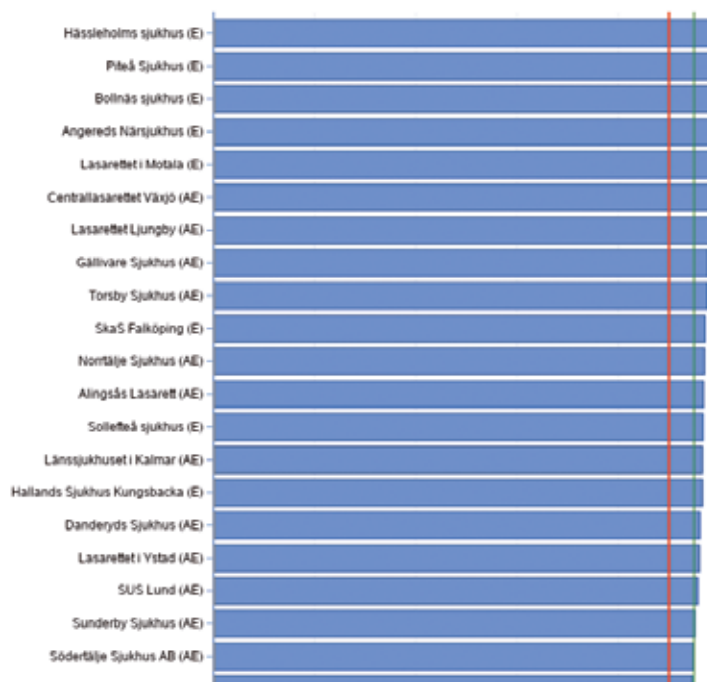
Samtidigt vet vi att på grund av stängda, eller starkt reducerade mottagningsverksamheter som en konsekvens av Covid-19 i kombination med en uttalad avhållsamhet att söka vård från många patienters sida, så sker en oroväckande låg utredningsfrekvens inom exempelvis cancervård. Dessutom har många patienter angivit rädsla för att söka sjukvården för att inte själva bli smittade av Covid-19 vilket gör att man kommer in med en sjukdomsbild som kräver betydligt mer resurser för åtgärd.

Utifrån erfarenheterna med en nationell samordning för intensivvården under Socialstyrelsens ledning har därför Svenska Läkarförbundet, med ordförande Heidi Stensmyren i spetsen, gått ut med att formulera behovet av en nationell väntelista för operationer. Vi kommer åter att behöva tänka igenom hur vi ska prioritera inom och över specialitetsgränser. Hur ska en tonsillektomi på basen av upprepade infektioner ställas mot behovet av en höftprotes till en patient med daglig smärta. Och hur kommer vi som personal att räcka till? Vår bedömning är att vi sannolikt kommer att kunna producera lika mycket operationer och operationstid som vi gjorde hösten 2019. Men det räcker sannolikt vbara för att ta hand om nytillkomna

Figur 1. Kvalitetsindex 1 - Följsamhet till checklista för säker operation, samtliga tre delar, tidsperiod: 2020-01-01 - 2020-10-26

Följsamhet till checklista för säker operation, samtliga tre delar, härleds endast för sjukhus som utfört 10 operationer eller fler.
 Täljare: Antal operationer med följsamhet till checklista för säker operation, samtliga tre delar registrerade och utförda. För sjukhus som inte registrerar samtliga eller några av de tre variablerna i SPOR, görs antagandet att de inte följer checklista för säker operation.
 Nämnare: Antal utförda akuta och elektiva operationer.

Sjukhus	Andel,%	Poäng
Hässleholms sjukhus (E)	99.2	1
Piteå Sjukhus (E)	99.1	1
Bollnäs sjukhus (E)	99.0	1
Angereds Närsjukhus (E)	99.0	1
Lasarettet i Motala (E)	98.3	1
Centrallasarettet Växjö (AE)	98.2	1
Lasarettet Ljungby (AE)	98.1	1
Gällivare Sjukhus (AE)	97.7	1
Torsby Sjukhus (AE)	97.6	1
SkaS Falköping (E)	97.1	1
Norrälje Sjukhus (AE)	97.0	1
Alingsås Lasarett (AE)	96.8	1
Sollefteå sjukhus (E)	96.7	1
Länssjukhuset i Kalmar (AE)	96.6	1
Hallands Sjukhus Kungsbacka (E)	96.6	1
Danderyds Sjukhus (AE)	96.1	1
Lasarettet i Ystad (AE)	96.0	1
SUS Lund (AE)	95.7	1
Sunderby Sjukhus (AE)	95.1	1
Södertälje Sjukhus AB (AE)	94.9	0.5



KEBOMED



Tysktillverkade instrument och containersystem av högsta kvalitet från KLS Martin

- Kirurgiska instrument
- Implantat & instrument till käkkirurgi
- Implantat & instrument till handkirurgi
- Marsafe och Microstop Containersystem



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

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

remisser. Hur ska vi hitta balansen för ett uthålligt arbete? Vilka utmaningar kommer hösten att medföra?

Covid-19 har påverkat allt kvalitets- och utvecklingsarbete

Spor styrelse kan tillsammans med sin samarbetspartner UCR (Uppsala Research Center) notera en tydlig påverkan på verksamheternas uppföljning och aktivitet på registerplattformen. Vårens och sommarens utmaningar har inneburit tuffa påfrestningar för våra verksamheter som starkt påverkat medarbetarnas arbete med uppföljningar och utvärderingar.

Trots de utmaningar vi har runt omkring oss i skrivande stund försöker SPOR fortsätta arbetet med att utveckla och implementera kvalitetsindex för svensk perioperativ vård som vi tror kommer bli ett ytterligare viktigt verktyg i att synliggöra och utveckla svensk operationsverksamhet.

SPOR lanserar ett nytt kvalitetsindex

I likhet med kvalitetsregister som Swedeheart arbetar SPOR med att utveckla en särskild rapport baserad på framtagna och definierade kvalitetsindex. Rapporten består av nio kvalitetsparametrar kopplade till operationsverksamhet, där vi har stöd för att varje del är kopplad till god patientkvalitet i vården. Grunden för hur vi poängsätter de olika delarna har varit, att den nivå som 30% av Sveriges operationsavdelningar klarade hösten 2019, den ger 1 poäng. Den nivå som 50% av operationsavdelningarna klarade ger 0,5 poäng.

De nio kvalitetsparametrarna är:

1. Följsamhet till Checklista för säker operation, samtliga tre delar
2. Akuta operationer med prioriterad start inom 2h – operationsstart inom angivet tidsintervall
3. Collum femorisfraktur - operationsstart inom 24h
4. Elektiva operationer utförda utan sen strykning
5. Temperatur vid opslut 36 grader eller högre
6. Ingen smärta vid ankomst till postop (inom 1 timme)
7. Inget illamående/kräkning på postop

8. Reell väntetid till operation inom 90 dagar, tidsperiod
9. Andel patienter som är vid liv 30 dagar efter operation för collum femorisfraktur

Vi börjar med, följsamhet till Checklista för säker operation, samtliga tre delar, se Figur 1, föregående sida. Observera att ett antal sjukhus i Sverige visar att det går att nå i princip komplett följsamhet till Checklistans tre delar med över 97,5% följsamhet eller bättre. Över 95% följsamhet ger 1 kvalitetspoäng, och över 90% ger 0,5 poäng.

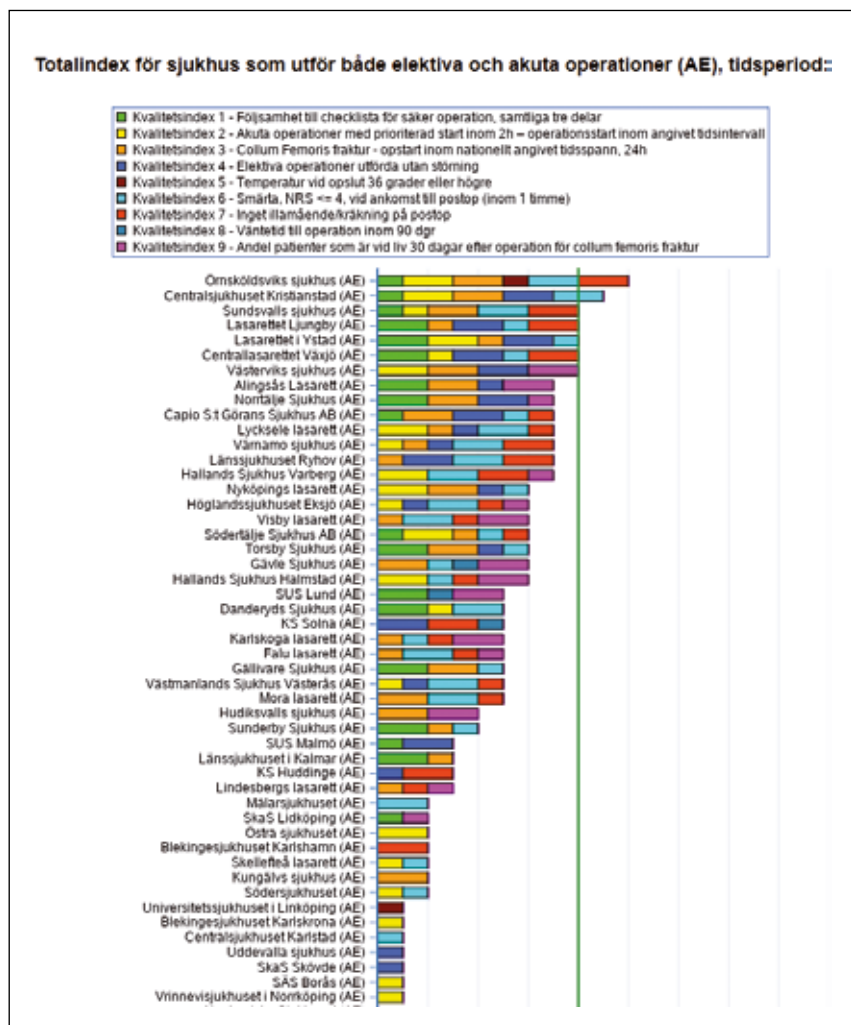
Resultat från den första analysen finns beskrivna i rapporten Kvalitetsindex, som är nåbar för alla med behörighet att logga in till SPORs rapporter. Arbetet med Kvalitetsindex är nu i en testfas och där planen var att vid SPORs användarmöte i mars 2020 presentera de första resultaten för att tillsammans med verksamheterna fastställa gränsvärden för första skarpa implementeringen. På grund

av rådande Covid-19 och de rådande nationella restriktionerna ställdes användarmötet in vilket försenar arbetet med nationella kvalitetsindex.

Idag ser den övre delen av sammanställningen av kvalitetsindex ut som följer, se Totalindex nedan.

SPORs förhoppning och tro är att arbetet utgående från dessa 9 index får en kvalitetshöjande effekt på landets operationsverksamhet, så att total mortalitet postoperativt över tid kommer att sjunka. Swedehearts kvalitetsindex har starkt bidragit till att mortaliteten i akut hjärtinfarkt nära nog halverats på 10 - 12 år (<https://www.ucr.uu.se/swedeheart/dokumentsh/arsrapporter-sh/arsrapport-2018/viewdocument>).

SPOR hoppas att SPORs kvalitetsindex kan bidra till en tydlig nedgång av den postoperativa mortaliteten efter alla operationer. En god användning av Checklista för säker kirurgi 2.0 kommer att vara en hörnsten i denna utveckling. ●





Karolinska universitets- sjukhuset i Huddinge



Foto: OVC

Anneli Nilsson, Sara Hellsten, Jacqueline Björklund och Sarah Moberg Lidman

Vi är fyra omvårdnadschefer Anneli Nilsson, Jacqueline Björklund, Sarah Moberg Lidman och Sara Hellsten som ansvarar för operationssidans omvårdnadspersonal, sjuksköterskor och undersköterskor, inom övre abdominell kirurgi, transplantationskirurgi, gynekologi, urologi och ortopedi samt akutkirurgi. Vi har förstas jobbat olika länge som omvårdnadschefer, allt från 5 år – 2 år. Totalt är vi åtta omvårdnadschefer och två vårdenhetschefer inom anestesi- och operationssjukvård som arbetar inom operationsverksamheten på Karolinska universitetssjukhuset i Huddinge.

Ny Operationsavdelning

Vi flyttade in i det nya s.k. O-huset i juni, strax innan midsommar, i år. Det är en helt nybyggd och fantastisk fin operationsavdelning, med ljus och rymd, vi har många fönster vilket gör att dagsljus kommer in. Avdelningen är målad i milda färger överlag och man har byggt så att ljud inte blir skarpa, utan vi har en dämpad ljudnivå.

Egentligen skulle vi ha flyttat in under våren, men olyckligtvis kom Covid-19 pandemin och vi var tvungna att sena-

relägga flytten. Kanske var det tur att operationsavdelningen stod helt tom och färdig, vi kunde ställa om/bygga om avdelningen till IVA för patienter som drabbats av Covid-19 pandemin. Det var möjligt att vårda 3 patienter på samma sal och vi hade öppning via uppdukningsrum mellan salarna, vilket var bra då vi kunde hjälpas åt i akuta situationer. Då vi fick mindre

antal patienter med Covid-19 kunde vi återställa avdelningen med storrengöring och desinfektion och återställa inventarier som operationsbord (vilka hade varit bortmonterade under pandemin).

Vi har 23 operationsrum idag, varav två stora hybridoperationsrum som är cirka 120m² annars är salarna på 60-90m² i storlek. En hybridsal har egen ingång och sluss för patienter med luftburen smitta. Själva avdelningen är förstas gigantisk och den är byggd som en fyrkant med många dagsljusinsläpp. Vi har organiserat så att respektive specialitet huserar på bestämda platser på operationsavdelningen, vilket gör att närförråd och kirurgisk utrustning till respektive område finns i närheten för varje specialitet. Detta gör att arbetet underlättas när man ska hämta material eller utrustning.

Service som logistik och sterilteknik finns också i O-huset, vilket underlättar för operationssjuksköterskorna och undersköterskorna. Vi får upp sterilt material till operationerna på morgonen och kontinuerligt under



O-huset som IVA

dygnet så vi behöver inte plocka ihop det själva och det fungerar väldigt bra. Klart att det har varit ”barnsjukdomar” nu i början, det är en stor verksamhet med många som ska samarbeta och förstå varandras arbete. Samarbetet har fungerat väldigt bra under inflyttningsperioden. Vi har i samband med flytten gått över till att använda containrar för våra sterila instrumentgaller, vilket är en säkrare hantering än instrumentgaller som förvaras med packskynken.

De kirurgiska områdena

De specialiserade kirurgiska områden som vi utför är framförallt njur- och levertransplantationer, vilka ökar från år till år. Här har vi ett bra samarbete med Uppsala Akademiska Sjukhus, när det gäller uttag av organ från patienter. Esophagus- och ventrikelresektioner/rekonstruktioner är en annan specialitet som vi har och har precis startat upp med robotkirurgi. Oftast är det lever- och pancreasresektioner och -rekonstruktioner som utförs, men vi har även gastroskopier och ERCP undersökningar och behandlingar.

Robotkirurgin har också gjort sitt intåg inom urologin, annars är det njur och prostatacancer med lymförtelutrymningar samt njurkirurgi som t ex njurbäckenplasiker som får stort utrymme förutom den vanliga urologiska kirurgin som TUR-P och TUR-B. Inom gynekologin är det vanligast med laparoskopisk kirurgi som t ex LAVH, kejsarsnitt och komplicerade vaginal/prolapsplasiker. Den ortopedkirurgiska elektiva verksamheten utför framförallt led- och proteskirurgi i höft, knä och axlar, avancerad fotkirurgi på patienter med reumatism och diabetes samt komplicerade höftrevisioner och förstås akut frakturkirurgi opereras här.

Antal anställda	
Ålder intervall	2020 september
10	
20-29	1
30-39	11
40-49	18
50-59	19
60-69	5
Grand Total	54



Foto: Annica Sandelinn

Gunilla Metram operationssjuksköterska Operationsavdelningen, urologsektionen, Karolinska universitetssjukhuset i Huddinge.

Vi har totalt 54 operationssjuksköterskor som arbetar här. (se bild nedan). Medelåldern är 40–59 år (37 st) och vi söker och välkomnar fler operationssjuksköterskor!

Operationssjuksköterskorna arbetar framförallt tillsammans med undersköterskor i den patientnära vården, och vi har så ofta vi kan en operationssjuksköterska/or som är resurs för dem. Den funktionen innebär om man behöver assistans med t ex positionering, KaD-sättning eller annat kan man söka på hen. En undersköterska kan också ha ”resurs-rollen”.

Operationssjuksköterskornas säkerhetskontroll

Vi avlöser inte varandra för fika, om man inte kan gå in mellan två operationer för att avlösa. Vi brukar fika på morgonen innan vi startar upp i operationsrummen. Undersköterskorna och anestesijuksköterskorna blir avlösta, men inte den sterilklädda operationssjuksköterskan. operationssjuksköterskornas säkerhetskontroll av kirurgisk utrustning sker såklart utefter nationell riktlinje och sjukhusets riktlinje men även efter den lokala instruktionen. All kirurgisk utrustning måste stämma före och efter ett kirurgiskt ingrepp. Vi håller just nu på att revidera vår lokala instruktion om ”Operationssjuksköterskans säkerhetskontroll av kirurgisk utrustning vid operation”. Vi använder engångsmaterial i rockar och draperingsmaterial och vi har engångsmaterial till operationsbädden.

Informationsöverföring sker från operationssjuksköterskan huvudsakligen via patientjournalssystemet, Take Care, och vi dokumenterar direkt efter operationens slut för att nästa vårdare ska få en gedigen information om vad som utförts och hur patienten vårdats intraoperativt. Om operationen varit lång eller komplicerad följer operationssjuksköterskan med till IVA/postop för överrapportering, annars gör anestesijuksköterskan det. Vi rapporterar inte rutinmässigt. Angående avfallshantering och sorterar dessa; så, ja det gör vi. Vi har också miljöombud som håller oss alla uppdaterade med nyheter inom området! Det bästa med vår nya operationsavdelning är att vi har en spännande och intressant verksamhet som inte görs någon annanstans, det är förstas utmanande kompetensmässigt med så stor avancerad och komplicerad kirurgi som vi utför. Det bästa är framförallt att vi har många engagerade medarbetare som är flexibla, initiativrika och de gör sitt yttersta - utan dem så skulle inte verksamheten fungera! Utmanande är också våra nya lokaler med ny avancerad teknik med integrationslösningar, vilket kommer att förbättra arbetsmiljön betydligt.

Frågan om vad vi skulle vilja ändra på: så skulle vi vilja ändra på frågan och säga de förbättringar som vi skulle vilja ha - Det är helt enkelt - fler operationssjuksköterskor! •

Nyligt genomförd disputation

Redaktionen gratulerar Sofia Erestam, operationssjuksköterska och doktorand vid institutionen för kliniska vetenskaper, avdelningen för kirurgi, Sahlgrenska Akademin, Göteborgs Universitet som nyligt försvarat sin avhandling och därmed erhållit titeln Medicine Doktor. Avhandlingens titel är *“Aspects of teamwork and intraoperative factors in the operating room”*. Disputationen hölls den 16:e oktober 2020 i Järneken på Östra sjukhuset.

Opponent var Pelle Gustafson, Lunds universitet, Lund och betygsnämnden utgjordes av Adad Baranto, Stefan Lindskog och Annika Sjövall.

Sammanfattning på svenska

Arbetet inom högriskorganisationer som operationssalen är komplext. Operationsteamet är ett dynamiskt team där olika professioner, med olika utbildning och olika arbetsuppgifter arbetar tillsammans mot ett gemensamt slutmål, utförandet av säker kirurgi. Då flera olika professioner arbetar tillsammans är det viktigt att teamarbetet har en tydlig struktur och att man inom teamet har respekt för varandras professioner. Operationsteamets såväl tekniska som icke-tekniska färdigheter (kommunikation, teamarbete, ledarskap, situationsmedvetenhet, beslutsfattande, hantering av stress respektive trötthet) kan påverka det kirurgiska resultatet och på så sätt även patientsäkerheten.

Ett övergripande syfte med avhandlingen var att studera vissa icke-tekniska färdigheter och andra faktorer i operationssalen som kan påverka patientsäkerhet i samband med kirurgi.

Studie I

Studie I utfördes med syftet att utvärdera operationsteamets erfarenheter av implementeringen av en pausrutin under långa operationer. Pausrutinen innebar att kirurgen efter två timmars operation skulle bli påmind om att ta en paus, dricka ett glas saft och röra på axlarna. Efter fyra timmars operation skulle kirurgen uppmuntras att ta



Sofia Erestam

ett kortare måltidsuppehåll. Därefter ta en saftpaus varannan timme. Utvärderingen skedde med hjälp av frågeformulär till kirurger, operationssjuksköterskor, anestesijüksköterskor och undersköterskor. Många i operationsteamet upplevde att teamarbetet och patientsäkerheten förbättrades i och med implementering av pausrutinen. Många kirurger angav att de efter paus ibland fått en annan syn på anatomin och det hände att de efter paus ändrat operationsstrategi.

Studie II

Studie II var en interventionell studie med syftet att på en operationsavdelning utvärdera en intervention som

innebar utbildning i säkerhetsklimat och icke-tekniska färdigheter samt en förändring i användandet av WHO checklista för säker kirurgi. Studierpersoner var kirurger, operationssjuksköterskor, anestesijüksköterskor, anesthesiologer och undersköterskor som jobbar i operationsteam. Fokusgrupper utfördes vilka efter analys visade att operationsteamet var positiva till förslaget att lägga till en punkt i checklistan med ”operationsbeskrivning av kirurg”. Observationer under operationer angående utförandet av checklistan visade att det fanns brister i följsamheten både före och efter interventionen. Säkerhetsklimat, teamarbete och kommunikation

mättes före och efter interventionen med frågeformuläret "the Safety Attitude Questionnaire". Resultatet visade inte på någon förändring från före till efter interventionen. De flesta personalkategorier angav att teamarbete och WHO checklista är viktigt för patientsäkerheten men upplevde samtidigt att kommunikation inom den egna professionen fungerade bäst.

Studie III

Studie III hade syftet att undersöka om kirurgers nöjdhet med en operation var relaterad till svårigheter och komplikationer som inträffade under operationen. Uppgifter om händelser under operationen bokfördes av kirurgen i anslutning till respektive operation, liksom kirurgens upplevelse av nöjdhet med utförandet av ingreppet. Detta var en del av datainsamlingen i LAPPRO-studien, som jämförde utfall mellan öppen operation för borttagande av prostata med robot-assisterad titthålskirurgi. Studieforskare var urologer som opererat i LAPPRO-studien. Vi fann ett starkt

samband mellan kirurgens nöjdhet med en operation och förekomst av svårigheter och komplikationer under operationen. Sambandet blev starkare för varje ytterligare negativ händelse. Vi fann inget samband mellan operationsmetod och kirurgens nöjdhet.

Studie IV

Studie IV var en randomiserad kontrollerad studie som utfördes med syftet att jämföra kirurgers stressnivåer vid simulerade operationer med titthålskirurgi där man som kirurg antingen blev lottad till att ta en paus med saft under operationen eller att inte ta någon paus. Studieforskare var ST-läkare inom kirurgi eller kirurger med högst fem års erfarenhet som specialistläkare. Studieforskare opererade vid två tillfällen och blev vid varje simulering lottad till att ta en paus eller inte. Stress mättes genom kortisol i saliv, hjärtfrekvens och självuppskattad stress. Frågeformulär delades ut innan och efter simuleringarna, där fanns bland annat frågor om kirurgens upplevelse av en paus. Vi fann ingen statistiskt signifikant skillnad i

kortisol i saliv mellan simulering med en paus eller utan paus. Vi fann inte heller någon skillnad i hjärtfrekvens eller i självuppskattad stress. Däremot var kirurgernas upplevelse av att ta en paus positiv.

Slutsats

Att studera icke-tekniska färdigheter hos operationsteamet är komplext då utfall efter kirurgi och patientsäkerhet i samband med kirurgi är multifaktoriellt. Operationsteamet angav att teamarbete och kommunikation var viktiga faktorer för ökad patientsäkerhet på operationssalen, samtidigt som de angav att den införda pausrutinen medförde bättre kommunikation, teamarbete och patientsäkerhet. Ett sätt att förbättra teamarbete och kommunikation inom operationsteamet och på så sätt även öka patientsäkerheten kan därför vara att ta regelbundna pauser under operationer. •

För mer information kring avhandlingen kontakta Sofia via epost: sofia.erestam@gu.se

Hela avhandlingen att läsa här: https://gupea.ub.gu.se/bitstream/2077/65127/1/gupea_2077_65127_1.pdf

Kunskap in, bakterier ut.



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



Ny disputation

Redaktionen Gratulerar vår kollega Anna Hauffman, Specialistsjuksköterska inom operationssjukvård och Universitetsadjunkt vid Institutionen för kirurgiska vetenskaper, Omvårdnadsforskning och Specialistutbildning inom operationssjukvård till hennes Doktorsexamen. Anna försvarade sin avhandling *Internet-based Psychosocial Support - Design, Effects and User Experience in the Cancer Setting* vid Uppsala Universitet den 9 juni 2020.

Opponent vid disputationsakten var Professor vid Ersta Sköndal Högskola, Joakim Öhlen.

Betygsnämnden utgjordes av Sabine Koch, Kay Sundberg och Brjann Ljotsson.

Sammanfattning på svenska

Ett cancerbesked skapar ofta känslor av rädsla, nedstämdhet och oro. Många kan hantera den nya situa-

tionen med stöd av närstående och/eller sjukvårdspersonal, medan andra får mer långvariga besvär med ångest och depression som följd. Tidigare studier har visat att personer med cancersjukdom inte får det psykosociala stöd de önskar och att det finns många hindrande faktorer när det gäller tillgången till stödjande vård. Många patienter använder sig istället av internet för att söka information i samband med cancerdiagnosen och internetbaserat stöd kan därför vara en naturlig utveckling av sedvanlig vård.

Tidigare forskning inom området har visat att lågintensivt stöd innehållande stödjande omvårdnad, psykoedukation och egenvårdsråd kan ha positiva effekter avseende nedstämdhet och oro. Dock har dessa studier i vissa fall varit bristfälliga gällande interventionernas beskrivning och design vilket gör resultaten svåra att tolka och värdera. Rekommendationer för fortsatt forskning har involverat tydligare beskrivningar av innehållet i interventioner, att stödet riktas till de personer som faktiskt har symtom enligt principen för stegvis vård (det vill säga att stödet ges till individen utifrån behov). Andra rekommendationer har varit att företrädare från sjukvården och personer med egen erfarenhet av cancer ska involveras i utvecklingen av interventionerna. Detta för att öka interventionens relevans och användbarhet, både i sedvanlig vård och för den tänkta målgruppen.

Syftet med avhandlingen har varit att öka kunskaperna inom området genom att beskriva och undersöka design, effekter och upplevelser av ett internetbaserat, stegvis psykosocialt stöd för personer som nyligen diagnostiserats med en cancersjukdom och samtidigt rapporterar ångest eller depressionssymtom.

Studie 1 Delarbete I

I det första delarbetet beskrivs utvecklingen och innehållet av det första steget (steg 1; interaktivt stöd) i



Anna Hauffman

den internetbaserade stegvisa interventionen (iCAN-DO). Då tidigare forskning visat att psykoedukation i kombination med stöd till egenvård kan vara hjälpsamt så blev detta format för steg 1. Inslag från relevanta teorier (exempelvis Orems egenvårds-teori) användes också i uppbyggnaden. För att skapa ett innehåll med hög relevans för den tänkta målgruppen som också kunde fungera som ett komplement till sedvanlig vård, involverades kliniskt verksam personal och representanter från patientföreningar. Grupperna identifierade inom vilka områden kunskap och stöd behövdes och utformade innehållet tillsammans med forskargruppen. Patientrepresentanterna uppmärksammade bland annat behovet av en intervention med tydlig koppling till cancersjukdomen, snarare än till de psykosociala problemen, samt vikten av användbarhet i relation till de symtom som cancersjukdom och behandling kan innebära.

Utvecklingen av steg 1 ledde till tre huvuddelar, ett bibliotek innehållande diagnosspecifika föreläsningar, samt psykoedukativ information och

egenvårdsråd inom 16 huvudområden (som identifierades av arbetsgrupperna). Innehållet fanns tillgängligt i olika former så som texter, ljudfiler eller video. I steg 1 ingick även en modererad forumsektion där deltagarna kunde diskutera med varandra, och funktionen ”Fråga en Expert” där deltagarna kunde ställa frågor om sjukdom och behandling till en sjuksköterska. Inom ramen för delarbete I presenterades slutligen data från ett acceptanstest där data avseende användning för de första 39 deltagarna i delarbete II extraherades och jämfördes med användardata från liknande internetbaserade interventioner. Då användningen av steg 1 visade sig motsvara dessa, så kunde den randomiserade kontrollerade studien (RCTn) som delarbete II avser fortgå utan ytterligare ändringar av interventionens innehåll.

Studie 1 Delarbete II

I delarbete II undersöktes effekterna av den stegvisa interventionen (iCAN-DO) i en RCT. Deltagarna rekryterades till studien i samband med ett besök på sjukhuset. Vid medgivande

fick de instruktioner om att logga in i U-CARE Portalen och där besvara screeninginstrumentet HADS (The Hospital Anxiety and Depression Scale). HADS består av två delskalor, HADS-A som mäter symtom på ångest och HADS-D som mäter symtom på depression. Sammanlagt screenades 909 deltagare och 27% (n=245) rapporterade >7 (sannolika symtom) på någon av HADS delskalor. De 245 deltagarna randomiserades sedan till iCAN-DO-gruppen (n=124) eller till kontrollgruppen (n=121). Samtliga deltagare i iCAN-DO-gruppen hade tillgång till steg 1 under hela studietiden (10 mån).

Majoriteten av deltagarna (85%) använde sig av materialet i steg 1, och de flesta besöken (78%) ägde rum inom 4 månader från randomiseringen. De deltagare som fortfarande hade symtom enligt någon av HADS delskalor (>7) vid 1, 4 eller 7 månader fick erbjudande om steg 2; internetbaserad kognitiv beteendeterapi (iKBT). Steg 2 erbjöds 82 av de 124 deltagarna, 16 personer accepterade och 7 av dessa slutförde minst en av modulerna i steg 2. Vid det sista mättillfället (10

KEBOMED



MarLED X –vår banbrytande operationslampa från tyska KLS Martin med aktiv skuggreducering och tillhörande Martouchpro-panel.

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



mån) hade iCAN-DO gruppens poäng på HADS-D (depression) minskat med 23% och kontrollgruppens med 8% sedan första mätillfället. Analyserna visade en statistiskt signifikant skillnad mellan grupperna avseende depression ($p = <0.05$). Skillnaderna avseende HADS-A (ångest) var inte kliniskt eller statistiskt signifikanta. Gällande hälsorelaterad livskvalitet sågs kliniska men inga statistiskt signifikanta skillnader. Ett problem i delarbete II är att drygt hälften i iCAN-DO gruppen inte besvarade 10 månaders mätningen, vilket tillför en viss osäkerhet. Det här är ett välkänt problem i internetbaserade interventioner som kan ha flera möjliga förklaringar. Det kan delvis bero på faktorer relaterade till interventionen men också på att personer har en tendens att sluta besvara frågeformulär när de har fått ut det de tycker de behöver av en intervention. Att majoriteten av besöken i iCAN-DO ägde rum inom fyra månader från randomiseringen kan tala för detta.

Studie 2

Delarbete III-IV

För att få en förståelse för hur deltagarna uppfattat användandet av iCAN-DO genomfördes intervjuer med 15 av deltagarna som hade haft tillgång till interventionen. Intervjuerna analyserades med hjälp av innehållsanalys. Deltagarna besvarade frågor rörande interventionens relevans och innehåll samt användbarhet och tekniska förutsättningar. Studie 2 resulterade i delarbete III som handlar om innehållet och dess relevans, och delarbete IV som handlar om användbarheten.

Resultaten från delarbete III visade att deltagarna använde sig av det interaktiva stödet i steg 1 som ett komplement till sedvanlig vård. Behovet av information beskrevs som mycket stort, framförallt i samband med diagnosbeskedet och det var ofta svårt att hinna få svar på sina frågor i samband med sjukhusbesöken. Deltagarna beskrev ofta iCAN-DO i relation till sedvanlig vård, där det kunde vara svårt att få kontakt, stöd och hjälp. Sökandet efter information på internet började tidigt, ibland före diagnosbeskedet, och det upplevdes som en trygghet att få tillgång till evidensbaserad information i steg 1. Att bli bekräftad och få sina symtom förklarade beskrevs också som lugnande och hjälpsamt vilket antyder att utformningen av steg 1 var relevant.

De deltagare som hade använt sig av både steg 1 och steg 2 (iKBT) beskrev hur de två stegen kompletterade varandra och det var också en fördel att både steg 1 och steg 2 kunde användas tillsammans med närstående. Det framträdde också att steg 1 verkade mer genomförbart för deltagarna än steg 2 under den pågående cancerbehandlingen. Deltagarna beskrev steg 2 som hjälpsamt gällande symtomkontroll, samtidigt som det faktum att programmet skulle genomföras under en utsatt tid medförde stress i en redan ansträngd livssituation. En del upplevde den internetbaserade formen av behandlingen och kontakten med psykologen som positiv medan andra beskrev den internetbaserade formen som opersonlig och svår att få att fungera. Bland annat föreslogs det att ett personligt möte med hjälp av exempelvis video skulle fungera underlättande i början av behandlingen. Det hade också varit hjälpsamt för deltagarna om iCAN-DO hade integrerats ytterligare med sedvanlig vård.

Resultaten från delarbete IV visade att symtomen av cancer och behandlingen påverkade deltagarnas användning av iCAN-DO. Symtom så som trötthet och smärta gjorde det svårt att orka sitta vid datorn och fokusera på innehållet. Deltagarna beskrev det som underlättande att kunna ligga ner och att använda sig av surfplatta istället för dator och föreslog också att innehåll i exempelvis videofilmer skulle kunna delas upp i flera kortare delar. Tekniska problem beskrevs som något som påverkade motivation och användning av interventionen. Det var värdefullt att kunna kontakta teknisk support. Innehållet i iCAN-DO beskrevs som viktigare än designen, men de som var erfarna datoranvändare med stort engagemang i sociala medier upplevde oftare designen som otillfredsställande jämfört med de som inte använde sig av sociala medier. Deltagarna uppskattade tillgängligheten i iCAN-DO och beskrev många olika preferenser när det gällde att ta till sig innehållet, vilket antyder att de olika informationsformaten var en fördel.

Slutsatser

iCAN-DO hade positiva effekter på nedstämdhet/depression medan oro/ångest inte påverkades i lika stor utsträckning. Det lågintensiva stödet innehållande psykoedukation och egenvårdsstrategier verkade genom-

förbart för deltagarna medan iKBT upplevdes som mer ansträngande. Lågintensivt, internetbaserat stöd kan därför vara mest lämpligt i att introducera i sedvanlig vård. Efter som många fortsätter att rapportera symtom behövs vidare studier om hur internetbaserat stöd kan effektiviseras, till exempel hur iKBT kan anpassas och göras mer lättillgängligt för den här gruppen.

Det är svårt för personer med cancer att få relevant information och stöd i sedvanlig vård. iCAN-DO fungerade som ett komplement eller istället för sedvanlig vård och upplevdes som hjälpsamt av deltagarna. Den upplevda användbarheten påverkades både av interventionen, av cancersjukdomen och av den egna livssituationen. Att samskapa interventioner med personer med egen erfarenhet av sjukdomen och representanter från sjukvården ökar sannolikt relevans och användbarhet. Vidare forskning behövs om hur internetbaserat stöd kan individanpassas och införas i sedvanlig vård. •

Boktips!



I Corona tider talas mycket om våra äldre (och sköra) kanske är denna bok något passande för alla som inte vill bli gamla och sköra

utan ha ett bra liv framöver. Träning, kost, pengar – vad är det som ger oss livskvalite och kanske en ljusare framtid?

Leva Livet – hälsa, mat & välmående för andra halvan av livet.

Något att läsa om vi överlever Corona?

Författare:

Mai-Lis Hellénus
Tommy Cederholm
Harry Flam

Fotograf: Bruno Ehrns

ISBN: 9789179852542

Språk: Svenska

Utgiven: 2020-08-26

Förlag: Tukan förlag

Antal sidor: 220

FRISK LUFT KLAR SIKT



Valleylab™ Laparoscopic Smoke Evacuation System avlägsnar rök från bukhålan **på mindre än 30 sekunder i snitt.**¹



Valleylab™ Laparoscopic Smoke Evacuation System



RapidVac™ Smoke Evacuator
Valleylab™ Telescopic Smoke Evacuation Rocker Switch Pencil

VARFÖR UTSÄTTA DEM FÖR RISK? VÄLJ EN OPERATIONSSAL UTAN RÖK

Valleylab™ Laparoscopic Smoke Evacuation System:
Effektiv evakuering av kirurgisk rök från operationssalen under pågående ingrepp.^{2,†}

- † 9 av 10 kirurger som fått testa instämde.
1. Based on Buffalo Filter report #PR- 18001 rev A, Filter visualization. Feb. 28, 2018.
 2. Based on internal test report #RE00139506 rev A, Bourbon: Valleylab™ laparoscopic smoke evacuation system nurses and surgeons claims report. March 12, 2018.

Fotografi: Adobe Stock

© 2020 Medtronic. Med ensamrätt.

20-weu-valleylab-laparoscopic-smoke-evacuation-adverts-2-sv-4489726

EORNA | CORPORATE PARTNER
European Operating Room Nurses Association

Medtronic

I huvudet på en student

Att vara student, igen. I livet kommer man ofta till vägskäl, vilken väg skall jag välja och varför. Valen blir ibland genomtänka, för och nackdelar vägs mot varandra och beslut tas, det här tror jag på. Men för det mesta är det tillfälligheter, tur eller otur och emotionella beslut i ett kortsiktigt perspektiv som tillslut leder oss framåt på livets väg.

Att överhuvudtaget bli sjuksköterska var inget som stod på min lista av drömyrken i yngre år. Mina drömmar kretsade kring kryssningsfartyg, reseledare och liknande och jag jobbade några år som researrangör. Efter att vi har fått vårt första barn, trots att själva födseln i sig är en något smärtsam upplevelse, blev jag dock väldigt inspirerad av vårduket och då framför allt barnmorska. Vägen till sjuksköterska gick via Korea innan vi tillslut hamnade i Sverige och jag kunde påbörja mina studier på Högskolan i Borås. För övrigt så är kanske sjuksköterska yrket inte så långt ifrån en värdinna på ett kryssningsfartyg då det gäller i båda yrkessituationerna att vårda "patienten" och se till att de får en så bra upplevelse som möjligt under rådande omständigheter.

Borås högskola

Det är nu många år sedan som jag lämnade Borås högskola med Sjuksköterskeexamen. Efter en tid på ett korttidsboende började jag på hudkliniken på SU. På enheten görs bland annat polikliniska operationer på alla kroppens lokal, för att bli av med hudtumörer, och det finns många olika. Vägskälet gjorde att min roll på enheten blev en del av Mohs-teamet där jag fick ansvar av hela omvårdnadsprocessen gällande avlägsnandet av hög till medelaggressiva Basaliom på "svåra lokal", alltså ansiktet. En metod där man skär ut själva tumören med lite marginal och preparatet går direkt till histopatologisk undersökning. Patienterna får vänta med öppet sår och förband tills svaret kommer och då eventuellt en eller fler nya omgångar med ytterligare excisioner, detta

görs så länge tills tumören är radikalt borttagen och vi kan börja med rekonstruktionen. Min roll som sjuksköterska var att kalla patienter, vara med på preoperativ besök med hudläkare, assistera vid operationer samt en postoperativ roll där jag hade hand om alla opererade patienter med olika slags omläggningar, t.ex. fullhudstransplantationer eller andra, avancerade rekonstruktioner eller sekundärläkningar, där patienterna fick komma till min sjuksköterska-mottagning för omläggningar och kontroller.

Själva operationsdagarna kunde vara långa, man visste aldrig i förväg hur dagen kommer att se ut. Är jag här till kl. 22.00 på kvällen eller kan jag gå hem vid 15.00? Varje pass hade vi fyra patienter från alla delar av landet, denna metoden görs bara i Göteborg och Lund. Väldigt spännande och utmanande att vara med på dessa operationer och allt annat runt omkring. Efter några år i detta teamet och denna utmanande uppgift visste jag att "Jag vill lära mig mer om operation".

Jag vill lära mig mer om operation

Först bestämde jag mig att få mer förståelse och utveckla vår egen verksamhet genom att genomföra auskultationer på närliggande opererande enheter så som öron-näsa hals och plastikkirurgerna och jag insåg då att det skiljde sig väldigt mycket på hur polikliniska operationer genomförs och hur det går till i en "riktigt" operationssal. Insikten börjar mogna, vägskälet kommer att åter föra mig in i universitetets värld.

Utbildningsbefattning var för mig ett nyord när det dök upp i samband med att SU kartlagt bristen på specialistutbildade sjuksköterskor inom vissa områden, bland annat då operation. Tyckte det lät fantastiskt och sökte utbildningen på ½-fart, kom in men tyvärr var intresset hos min arbetsgivare, Hudkliniken, lågt då det inte fanns en tjänst på enheten som operationssjuksköterska så de såg

tyvärr inte behovet. Året därpå sökte jag utbildningsbefattning igen, fick en tjänst på en operationsavdelning på Sahlgrenska men kom på reservplats 28 på Göteborgs universitet, vilket då innebär att jag behövde vänta. Vänta tills 28 andra tackar nej till platsen eller en i utbildningen hoppar av. Det kändes för osannolikt att komma in under de omständigheterna så jag tackade nej och stannade ytterligare ett år på hudkliniken.

Men skam den som ger sig, 3:e gången gillt, sökte en utbildningsbefattningstjänst igen. Fick anställningsavtal på operation 1 Östra sjukhus och ansökan till Universitet skickades. Antagningsbeskedet var inte så kul denna gången heller men i alla fall Reservplats 4. Tjänsten var ju beroende av att jag kommer in på utbildningen. Blir lite moment 22. Som tur var dröjde det inte mer än några dagar innan antagningsenheten valde väg åt mig och lämnade besked om ett positivt antagningsbesked. Med skräckblandad förtjusning tackade jag direkt JAA!

Att bli student igen

Flera veckor, inför terminsstarten går jag runt med blandade känslor. Har jag valt rätt väg? Naturligtvis är jag förväntansfull och ser verkligen fram emot starten men samtidigt känner jag en osäkerhet och fasar för att sätta mig på skolbänken igen. Det är ju ett tag sedan. Jag har många funderingar och tankar i huvudet.

- Är detta verkligen det rätta för mig? - Är jag för gammal? - Kommer jag att klara av det här?

- Är det bara 20 år i min klass? - Vem ska jag skriva uppsatsen med?

- Hur blir allting med Corona och restriktioner? - Hur skall vi få ihop vardagen inom familjen?

Just det här med att få vardagen att fungera som tre barns mor i samband med studier var något som bekymrade

mig. Tidigare hade jag en 80% tjänst, dagtid som har gett mig tid att möta familjens olika behov. Som student är man egentligen aldrig färdig eller ledig. Det finns alltid något att läsa, plugga på eller skriva om. Kommer tiden att räcka till för allt? Egentligen är det enkelt att vara kvar i det man gör, i det man är trygg med, i det man kan. Varför ska jag ta mig ”till andra sidan”? Något jag inte kan, något jag behöver öka min kunskap om? Jag kan välja den enkla vägen, kan stanna kvar där jag är. Patienter är nöjda och glada, men är jag det? Många tankar i mitt huvud, det var inte lätt, alltså. Ja, Nej, kanske. I en stunden var jag helt övertygad i nästa helt emot. Vad ska jag göra? Vad vill jag? Jag har verkligen tänkt igenom det här, ja, det är det jag vill syssla med i framtiden och ja, jag tar alla konsekvenser om blir. Stort stöd har jag fått av min kära man, som vill hjälpa mig och tycker att jag passar bra inom detta område. Båda av mina äldsta barn (15 och 17 år), de tyckte att det var ”as ballt” att morsan blir student igen! Vad ska man säga? Det är klart att jag ska fixa det här. Många krav som jag ställer på dem, varför ska inte de ha rätt att ställa krav på Morsan? Dagen innan uppropet åkte jag försäkerhets skull förbi och kollade upp adressen. Vis av erfarenhet är Universitetslokaler och adresser inte alltid självklara att hitta. Att irra runt på ett universitetsområde och inse att man håller på att missa uppropet vore ett icke önskvärt scenario.

Första dagen, det känns lite pirrigt i magen. Jag åker till Universitetet, med förhöjd puls och förväntansfull blick styr jag stegen mot sal 294 Hamberger. Blir direkt varmt välkommen redan utanför ingången, så skönt. Tack Monica för det, kändes helt underbart. Jag andas ut och ler för mig själv inombords, nu äntligen börjar det. En riktigt bra första dag på Universitetet. Helt fantastiska kursledare, som är så engagerade, som pratar så varmt om yrket ”Operationssjuksköterska” och har så mycket empati för varenda en av oss som sitter där. Det här känns riktigt bra.

Samtidigt är det väldigt mycket information som man måste ta in första dagen. Alla läroplattformer, alla program, alla krav, all kunskap som ska pluggas in på ganska kort tid.

Andra dagen på utbildningen är också på Campus, men sedan är allt




Chantal Stigendal

annorlunda. Lärarna visste då att vi, i alla fall, skulle ha distansundervisning fram till slutet av oktober för att sedan eventuellt kunna återvända till föreläsningssal och får undervisning på plats, och det hoppades nog de flesta på. Men redan efter en vecka fick vi besked om att hela första terminen kommer vara på distans och att vi enbart vid enstaka tillfällen få vara på campus. Tillfällen där vi ska öva olika praktiska moment, eller ska skriva digitala Salstentamen.

Covid-19 förändrade allt

På grund av Covid-19 har allting förändrats. Det känns konstigt. Man hade gärna velat träffa sina kurskamrater och lärare ”på riktigt”, i stället träffas vi på skärm. Det har visat sig svårt att få diskussioner och meningsutbyten att fungera på videolänk. Jämfört med vanliga sals föreläsningar så blir det nästan aldrig några frågor

under själva föreläsningen vilket gör att föreläsningarna går betydligt fortare än vanligt då inga naturliga diskussioner uppstår. Jag saknar även det kollegiala som uppstår i klassen, vanligtvis lunchar man och fikar tillsammans, tjuvar om ditt och datt, reflekterar över föreläsningar och uppgifter. Nu är man lite utelämnad till sig själv och sin egen drivkraft. Man känner inte varandra, man vet inte vem som är i klassen. Föreläsare och kursansvariga har dock varit synnerligen tillgängliga för frågor via E-post eller träffar på Zoom för kurstid och frågestunder. Men det är också en problematik i sig. Vem frågar vad? Vad får man för svar, det är blir inte tillgängligt för ALLA så som det hade varit om man hade suttit i samma sal. Ändå känns det bra och rätt, man får anpassa sig efter rådande omständigheter och vara tacksam över att undervisningen pågår, trots allt.



*Vill du vara med
och skapa världens
nöjdaste kunder
med sig själva?*

Just nu söker vi en Specialistsjuksköterska – Operation till vår huvudklinik på Gärdet i centrala Stockholm.

Vi erbjuder ett utvecklande arbete som operationssjuksköterska på Nordens ledande privatklinik för estetisk och rekonstruktiv plastikkirurgi, ett företag, med en trettioårig historia som ledande pionjär i branschen.

Förutom marknadsmässig lön inklusive tjänstepension och försäkringar, erbjuder vi dessutom:

- Kontinuerlig kompetensutveckling i din profession som operationssjuksköterska
- Få jobba med flera av branschens mest erkända plastikkirurger
- Personalrabatter på behandlingar och produkter
- Arbetstider under vardagar med ledighet varannan fredag
- Hemlagad lunch i vår personalmatsal till ett förmånligt pris samt fri tillgång på frukt och kaffe
- Friskvårdsbidrag
- Ett uppdrag där du gör skillnad för varje patient med din yrkesprofession och din service.

Om du blir det minsta nyfiken – tveka inte att höra av dig till Charlotte Laurell på charlotte.laurell@ak.se

*Hoppas vi hörs!
Operationsteamet på Akademikliniken*

ak
akademikliniken



Chantal Stigendal

I skrivande stund har vi precis avslutat första kursen. Första läsperioden omfattade, topografisk anatomi, infektionsprevention, mikrobiologi och en liten inblick i vad perioperativ omvårdnad betyder. Varje del är omfattande och kräver (som studier gör) riktigt mycket engagemang för att ta in all litteratur och alla föreläsningarna. Stundtals har jag tvivlat på min egen förmåga att lära mig alltihop. Det är sååå många namn, uttryck och lager på lager. Latinskt, på svenska, eller ändå på engelska? Samtidigt blir jag faktiskt oerhört fascinerad av människokroppen och hur alla olika delar hör ihop och att alla system måste fungera tillsammans för att kroppen skall må bra. Precis efter sjuksköterskeexamen hade man ju full koll på många saker men med tiden har man nischat in sig på sitt område, huden i mitt fall, men nu ska man se allt i det stora hela igen. Det är jättekul att plötsligt fatta hur levern och gallblåsan hänger ihop, hur kärlen tar sina vägar, vad allt heter och hur allt fungerar. Tyvärr är det extremt lite tid vi har för extremt mycket saker vi ska lära oss. Intresset har väckts att fördjupa sig i vissa anatomiska strukturer ännu mer men i nuläget gäller det att plugga in det "viktiga", det som kanske blir en fråga i kommande tentan. Vi har fått ca 160 instuderingsfrågor från bara anatomi delen, så det tar en bra stund att besvara alla dessa.

Tidspress

Som sagt, det med tidspress kan jag tycka är svårt, men det är väl som det är, som student. När man sedan kommer till sin avdelning, i mitt fall en operationsavdelning som sysslar med

bland annat kolorektal kirurgi och övre gastrokirurgi, kommer jag nog bli expert på till exempel gallblåsa och levern så småningom. Suget att vilja veta mer om vad som kan gå snett i kroppen och hur man åtgärder det med hjälp av kirurgiska ingrepp är definitivt väckt. Det är oerhört fascinerande hur många olika operationer som finns och hur mycket "man kan laga". Anatomitentan gick bra, tror jag, vi får se när resultatet kommer. Efter kursen Infektionsprevention förstår man hur mycket partiklar som flyger omkring å ena sidan och hur små, små sporer kan väckas till liv igen under rätta omständigheter och skapa kaos å andra sidan. Vikten av normalfloran och att vissa bakterier måste finnas för att kretsloppet skall fungera. Så ena stunden fram med spriten och ta kol på dem, andra stunden vårda dem och ge dem näring så att de mår bra i sin miljö. Hoppas jag kommer ihåg rätt och inte ger näring åt fel bakterie, skämt åsido. Vikten av ett aseptiskt tänkande har tydligt framgått i denna kursen.

Sista delmomentet i läsperiod 1 var en skriftlig inlämningsuppgift med tillhörande seminarier i perioperativ omvårdnad. Jag sliter med att få referenser på rätt sätt trots att vi använder särskilda program för detta och förstår inte riktigt vilken APA de pratar om och vad har hen med min skriftliga inlämningsuppgift att göra? Uppgiften bestod bland annat av att reflektera över patienters sårbarhet beroende på ålder, etnicitet och genusperspektiv. En mycket intressant uppgift och kanske då framförallt etnicitet då vi i Sverige har en växande andel patienter med en annan kultur samtidigt som vi även har en växande andel sjukvårdspersonal från andra länder och jobbar allt mer i ett multikulturellt sammanhang. Ett seminarium via Zoom i lite mindre grupper av åtta studenter där alla skulle presentera sina arbeten med, helst en powerpointpresentation och 10 minuter till förfogande, blev en del i denna examination.

Det märktes tydligt att de som nyligen gjort motsvarande skriftliga uppgifter och muntliga redogörelser tar sig lättare an problematiken och det teoretiska tankesättet. Det här med att leta artiklar, referenshantering är definitivt saker som jag måste lära mig på nytt. Jag har varit borta för länge från den akademiska världen. Jag tror

att mina styrkor ligger i det praktiska, har ibland lite svårt med för mycket teori. Självklart ska vi göra vårt jobb utifrån beprövade erfarenheter, stöja oss på senaste forskning och så vidare. Det jag har sett från mitt kommande yrke är att det är ett väldigt praktiskt arbete och det gillar jag. Innan jag påbörjade studierna igen så spelade de inte någon större roll i vilken fas av det perioperativa vårdandet jag befann mig i, eller jag tänkte aldrig på det utan det gällde att sätta patienten i fokus. Att vårda som man själv vill bli vårdad. Det har jag gjort under hela min yrkesverksamma tid, utan att fundera så mycket över teorier eller vårdvetenskapen. I nuläget är det dock viktigt att tänka precis så för att nu gäller det att knyta ihop det praktiska med de teoretiska modellerna för att klara av utbildningen.

Kontakt med verkligheten

Redan i 2:a veckan var det två dagar VFU. Väldigt uppskattat. Många av oss har inte varit på någon operationsavdelning innan. En helt ny värld. Det var väldigt uppskattat av både mig och mina kursare att vi fick komma "ut" så pass tidigt och känna på hur det är och vara på en operationsavdelning. Väldigt roligt att handledaren visade mig hur man förbereder sig inför en kommande operation med handtvätt samt hur man tar på sig en steril rock och sterila handskar. Redan dag två fick jag instrumentera och var med på en operation då läkaren sydde ihop en hälsena på en patient. Det var riktigt kul att få göra något också och inte enbart stå och titta på. Lärandet blir så mycket roligare om man får göra något. Min handledare visade mig även förråden och gallren, hon visade mig hur man lägger instrumenten i galler och hur man räknar dem.

Tack, Angereds Närsjukhus och dagkirurgiska avdelningen för ett trevligt bemötande samt ett ytterligare bevis på att jag har valt rätt. "Operations-sjuksköterska ska jag bli. Världens roligaste jobb". Det har jag, än så länge, hört av alla operations-sjuksköterskor jag har pratat med. Nu börjar jag förstå varför och jag känner att jag har valt helt rätt väg. Att så småningom säga samma sak, som ni alla jag har träffat, ser jag mycket fram emot. •



Rapport från Kvalitetsrådet

År 2008 beslutade Socialstyrelsen att dra tillbaka författningar som var av vikt för operationssjuksköterskans praxis när det gäller bl.a. kontrollräkning och sidomarkering. De författningar som togs bort skulle ersättas av lokalt utformade riktlinjer. Riksföreningen för Operationssjukvård uppmärksammades då av sina medlemmar runt om i landet om en avsaknad på lokala riktlinjer vilket innebar en risk för försämrad patientsäkerhet.

Detta ledde till bildandet av ett kvalitetsråd inom Riksföreningen för Operationssjukvård. En av kvalitetsrådets uppgifter blev att arbeta fram nationella riktlinjer och rekommendationer. Dessa döptes till "Riksföreningen anser och rekommenderar". Syftet med dessa är att de ska användas och fungera som ett stöd i det dagliga arbetet för operationssjuksköterskor och att ge patienterna en säker perioperativ vård, men även bidra till säker arbetsmiljö på operationsavdelningar. Rekommendationerna kan också ligga till grund vid utformandet av lokala riktlinjer. Dokumenten är baserade på evidens och beprövad erfarenhet inom operationssjukvården.

Kvalitetsrådet har publicerat en rad "Riksföreningen anser och rekommenderar" de finns att ladda ned på Riksföreningens hemsida, rfop.se. De senast publicerade är *Om kirurgi under rådande COVID-19 pandemi*, *Om besök på operationsavdelningen av produktspecialist* och *Om iordningsställande och skydd av steril kirurgisk utrustning*.

Bakgrunden till "om kirurgi under rådande COVID-19 pandemi" var att detta arbete var att sammanfatta den befintliga kunskapen om SARS-CoV-2 viruset om hur smittan sprids och arbetsmiljön på operation under rådande COVID-19 pandemi.

Om iordningsställande och skydd av steril kirurgisk utrustning har sin bakgrund i avsaknad av rutiner kring det som i dagligt tal beskrivs som uppdukning och täckning av sterila instrument.

Att använda begreppet uppdukning och täckning är att förenkla innebörden i arbetsmomentet vilket inte synliggör dess komplexitet. Under arbetets gång valde vi därför att ändra titeln på dokumentet till "Iordningsställande och skydd av steril kirurgisk utrustning". Det som vi i dagligt tal kallar uppdukning av instrument är en infektionspreventiv omvårdnadshandling som innefattar en rad olika moment som exempelvis säkerställa att rätt utrustning finns på plats, att instrument och utrustning är rena, stämmer till antal och är funktionskontrollerade. Iordningsställande av steril utrustning ska utföras under optimala förutsättningar i rätt miljö för att garantera aseptik och sterilitet.

I dokumentet har vi valt att med bilder tydliggöra exempel på hur man kan täcka och skydda den iordningsställda sterila utrustningen tills den ska användas. Utifrån avsaknad på evidens har det i dokumentet inte varit möjligt att fastställa en generell tidsangivelse hur länge en övertäckt steril utrustning anses bibehålla sin sterilitet. Lokala betingelser kan skifta mycket mellan olika operationsrum, därför behöver varje enhet ta fram egna riktlinjer utifrån aktuella förhållanden.

Om besök på operationsavdelningen av produktspecialist, handlar om hur vi på bästa sätt tar emot en produktspecialist. Delar som vi lagt stor

Riksföreningen anser och rekommenderar

om Besök på operationsavdelningen av produktspecialist
Antagna 2020-08-16



Riksföreningen för operationssjukvård
www.rfop.se • rfop@rfop.se

vikt på i arbetet är patientsäkerhet, hygien, sekretess och arbetsmiljö. Operationsmiljön är en högteknologisk och komplex högriskmiljö där nya medicintekniska produkter och operationstekniker kontinuerligt introduceras. Produktspecialisten med sin unika kompetens finns med vid introducering, utbildning och uppföljning av medicintekniska produkter. De är i dessa fall en del i teamet runt patienten på operationssalen. Samverkan mellan operationsteamet och produktspecialisten är nödvändigt ur ett patientsäkerhetsperspektiv. Intentionen med dokumentet är att varje patient ska få en god och säker vård som vilar på kvalitet utifrån evidens samt skapa god arbetsmiljö för operationssjuksköterskor och medarbetare i teamet. ●



Kvalitetsrådet: Anna Ekepil, sammankallande, Johan Eriksson, Anna-Karin Andersson, Lasse Salomonsson och Rose-Marie Gabrielson

Foto: Peco Sjöberg



Siv Stenerås 1939 – 2020

Vår hedersmedlem Siv Stenerås är död. För många av oss var Siv den första kontakten med den medicintekniska industrin och med att sterildraperera med ”papper”. I slutet på 1970-talet började operationssjuksköterskan Siv Stenerås sitt arbete som produktspecialist på Mölnlycke, efter att dessförinnan arbetat på operation på det då nyöppnade Östra sjukhuset i Göteborg. Siv fick som nyanställd hela Sverige som sitt arbetsfält till en början innan fler produktspecialister anställdes. Siv Stenerås fortsatte arbeta på Mölnlycke Health Care fram till sin pensionering där hon under många år arbetade hon med produktutveckling av engångsmaterial.

Redan tidigt började Siv ett samarbete med de högskolor där utbildning för operationssjuksköterskor fanns och deltog i lektioner för att lära oss blivande operationssjuksköterskor att sterildraperera. Inte förstod vi då att det var revolutionerande att få använda engångsmaterial istället för det som dittills var vanligast dvs. tygklädsel. Vi fick prova olika draperingar för ”fyrfält”, slitslakan, gynekologi-/urologiingrepp etc. Lektionerna blev roliga och intressanta av Sivs alltid lika trevliga sätt och glada tillrop när allt vi rörde vid klistrade ihop sig i



Foto: Pco Sjöberg

Siv Stenerås

våra ovana fingrar. Siv bjöd in oss operationssjuksköterskestudenter till fabriken i Mölnlycke, hon och hennes kollegor hämtade oss på Göteborgs Central och vi fick se tillverkning och lyssna till föreläsningar under en dag. När vi sedan blev färdiga operationssjuksköterskor och kom till första arbetsplatsen, insåg vi att ”papper” och op-tejp enbart fick användas på nåder för det var för dyrt sa avdelningsskö-

terskan. Man fick smyga sig till lite op-tejp och någon op-handduk med klistor då ingen såg, för att kunna göra som Siv lärt ut och se hur tätt och fint det blev då man draperat.

Siv Stenerås förärades titeln hedersmedlem 2006 under årsmötet i Örebro. En del av motiveringen löd: ”Siv Stenerås har starkt bidragit till utveckling av operationssjuksköterskans profession och sjukvårdens utveckling då med fokus på operationsmaterial. Siv har varit mycket aktiv i utvecklandet av systemet för kontrollräkning av bukdukar och framtagandet av engångsmaterial för sterildrapering. ... Med sin oerhörda kunskap och sitt ödmjuka sätt har Siv alltid funnits till hands och givit stöd till operationssjuksköterskor....”

Siv Stenerås har deltagit i Höstkongresser, Värmöten, Hygienforum med lika stor entusiasm under alla år och hade alltid frågor förberedda till föreläsarna. För min egen del har det alltid varit en stor glädje att träffa Siv och vårt sista samtal var, trots hennes sjukdom, präglad av hennes positiva sätt. •



Nya kollegor

Riksföreningen vill gratulera följande nya kollegor till, examen inom Specialistsjuksköterskeutbildningen inriktning operationssjukvård.

Grattis!

Uppsala Universitet, juni 2020

Kursansvariga:

Anna Hauffman och Eva Kvidal

På bilden: Maria Strååt, Sandra Sedvall Werme, Rebecca Baihofer Werner, Pia Åhlberg, Maria Lindskog, Jenny Adolffsson, Charlotta Sälvik Vaccarezza och Serah Engström.

Den 8:e Chefkonferensen

Konferens för chefer och ledare vid Sveriges operationsavdelningar

Nätverket för chefer vid Sveriges operationsavdelningar, CSO har även de gjort riskanalys och fattat beslutet att flytta Chefkonferensen från 27 november 2020 till 4-5 februari 2021.

Konferensen kommer att genomföras med de åtgärder som behövs för att kunna genomföra en säker konferens. Som exempel kan nämnas möbleringen i föreläsningssalarna kommer vara med korrekt avstånd, hantering vid förtäring följer alla säkerhetsåtgärder. Mat och kaffe delas ut utan trängsel och täta köer. Det innebär att vi kommer begränsa antalet deltagare till 30 personer.

Det blir en Chefkonferens som byggs ihop med årets första lunch till lunch chefnätverk.

Konferensen startar med lunch, torsdag 4 februari och under eftermiddagen kommer du att ta del av föredrag, riktade till dig som chef, av Christina Stielli och Susanne Canus. Dagen avslutas med ett gemensamt mingel, med enklare förtäring. fredag förmiddag är det rundabordsdialog med aktuella teman. Konferensen avslutas med lunch. Du kan även besöka den medicintekniska utställningen som hålls i samband med Höstkongressen. Detaljerat program kommer att presenteras på rfop.se senare i höst.

Tid och plats

Torsdag den 4 februari kl. 12.00 – fredag 5 februari kl. 13.00, på Stockholm Waterfront Congress Center.

Kostnad

5 160 kr exkl. moms, inkluderar lunch x 2, kaffe x 4 och mingel *inklusive* Höstkongress torsdag förmiddag och fredag eftermiddag.

Erbjudande!

Du erbjuds möjlighet att kostnadsfritt delta på Höstkongressen torsdag förmiddag och fredag eftermiddag. Uppge om du önskar använda erbjudandet i din anmälan.

Registrering

Registreringen är öppen torsdag den 4 februari kl. 11.30 – 12.45 och fredag 5 februari kl. 08.00 – 08.30.

Anmälan

Sista anmälningsdag för garanterad plats är 24 december 2020 därefter i mån av plats. Bekräftelse om deltagande skickas direkt till den e-postadress som anges i anmälan – viktigt att korrekt e-postadress anges.

Observera att kongressavgiften kan betalas in under 2020.

Sista anmälningsdag, för dig som önskar faktura och betala under 2020, är den 15 november 2020.

Anmälan är bindande under förutsättning att kongressen genomförs. Platserna kan efter överenskommelse överlåtas åt annan person.

Chefnätverket är till för att du skall kunna diskutera aktuella frågor inom ledarskap och är till för dig exklusivt som chef eller ledare inom operationsverksamhet i Sverige oavsett professionsbakgrund. Kom och nätverka under trevliga former, träffa chefskollegor från hela landet för dialog om aktuella frågeställningar och hämta inspiration av varandra! Du behöver inte vara medlem i någon Riksföreningen för att delta i nätverkets möten.



Foto: Peo Sjöberg

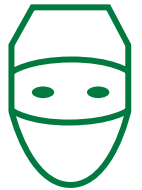
Chefrådet: Kati Liljebäck, Lisbeth Håkansson, Hanna Karlsson och Karin Hansson

OBS!

**Chefkonferensen 2020
är flyttad till
4-5 februari 2021**



RFop kalendarium



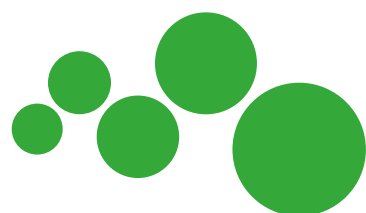
RFop är aktiv i olika projekt, seminarier och tillfälliga utbildningar – både självständigt och i samverkan med andra. Alla utbildningar och evenemang som RFop bedriver ska stärka och utveckla ledarrollen inom den perioperativa omvårdnaden samt främja utvecklingen av densamma. Vi arrangerar årliga utbildningar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

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

2021 4-5 Februari Höstkongress 2020	2021 4-5 Februari Chefkonferens/ Chefnätverk 2020	2021 26 Mars Trauma- utbildning, Nivå 1	2021 16 April Rök- och alkoholstopp inför operation	2021 5 Maj Internationella Handhygien- dagen	2021 20-21 Maj Hygienforum 2021
2021 9-10 September Chefnätverk	2021 1 Oktober Rök- och alkoholstopp inför operation	2021 29 Oktober Trauma- utbildning, Nivå 1	2021 2-3 December Höstkongress 2021	2021 3 December Chefkonferens 2021	2022 5 Maj Internationella Handhygien- dagen
2022 26-27 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®



MEDI PLAST



Medtronic
Further. Together

CRC
medical

BERNER
Medical

B | BRAUN
SHARING EXPERTISE

Johnson & Johnson MEDICAL
DEVICES
COMPANIES

stryker

VINGMED

KEBOMED