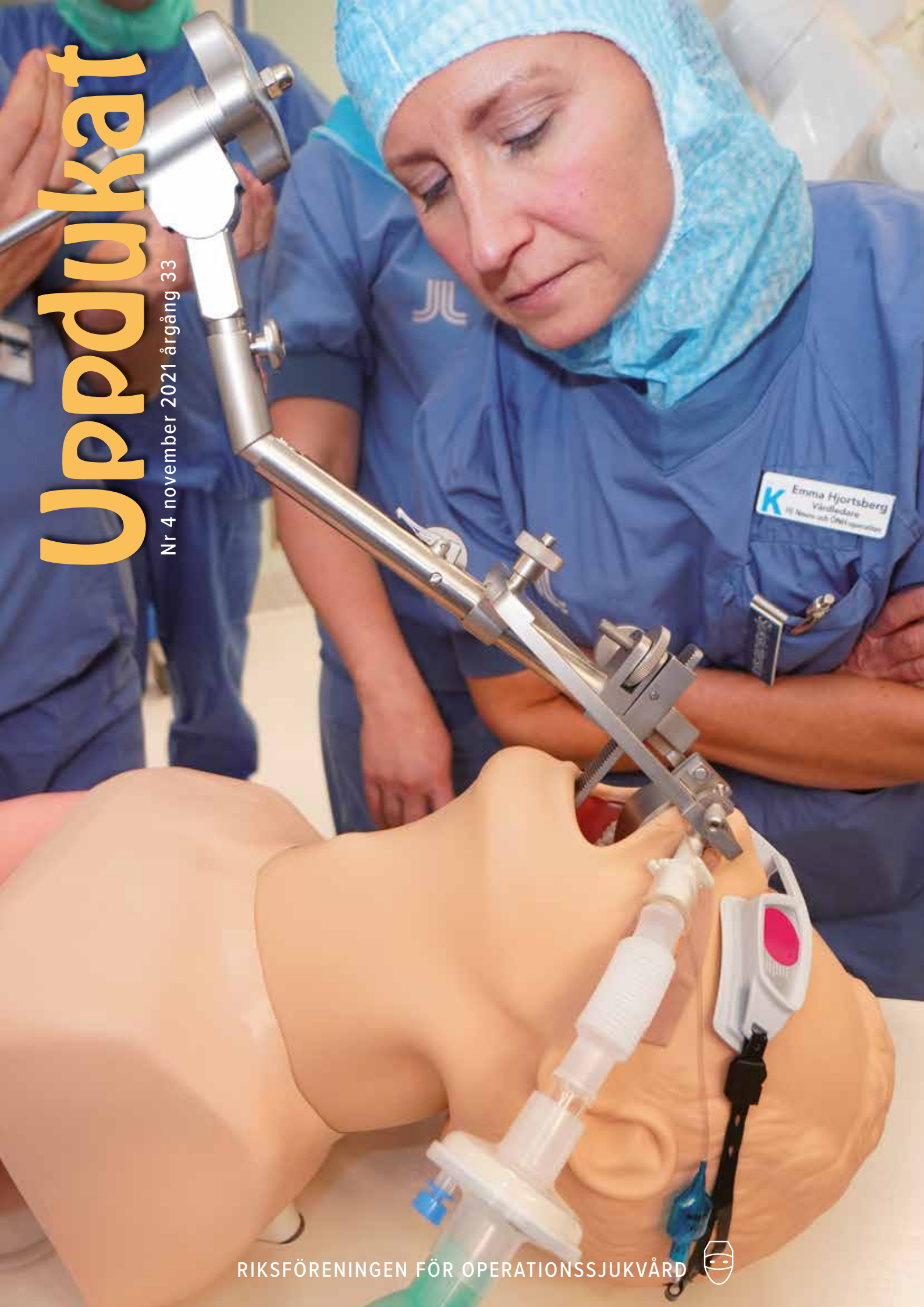


# Uppdukat

Nr 4 november 2021 årgång 33

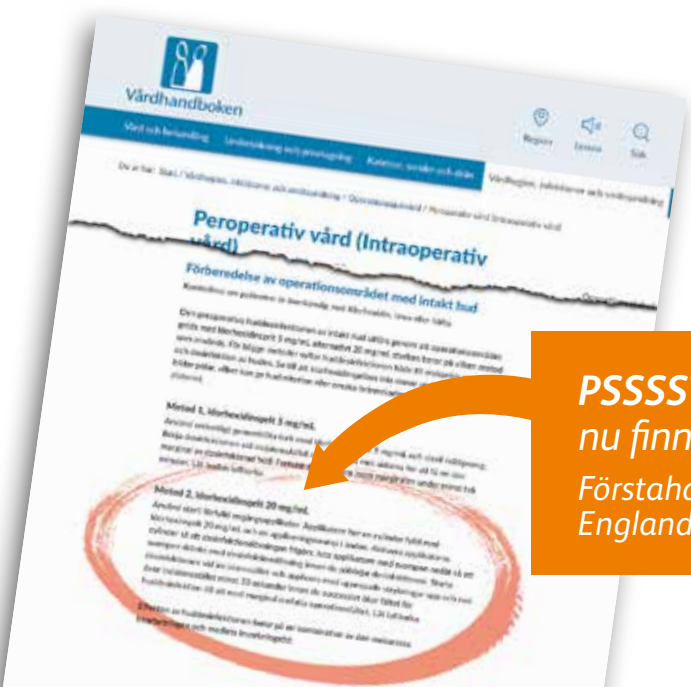


**K** Emma Hjortsberg  
Vårdschef  
Hj Neuro och ÖNH operation



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

ChloraPrep är en steril lösning i sterila, förfyllda engångs-applikatorer, som ger varaktig antibakteriell aktivitet<sup>1,2</sup> och en kliniskt bevisad reduktion av bakterietalet<sup>3-5</sup> och postoperativa sårinfektioner<sup>2,6</sup> jämfört med andra vanligen använda desinfektionsmedel.



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

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

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

BD, Stockholm, Marieviksgatan 25, 117 43, Sweden

[bd.com](http://bd.com)

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





#### Utgivare

Riksföreningen för operationssjukvård ISSN 1101-5624.

#### Upplaga

1850 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 operationssjukvård. Ange namn och adress på inbetalningsblanketten och märk med Uppdukat. Adress och/eller namnändring görs till: Elisabeth Liljeblad prenumeration@rfop.se

Prenumeration via agentur 450 kr per kalenderår

**Omslagsbild/Foto:** Nya Karolinska Universitetssjukhuset, ÖNH-OP E7:59-62

#### 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 operationssjukvårds medgivande är förbjudet.

# Innehåll

## Uppdukat nr 4 2021 årgång 33

Redaktionens ord...sid 4

Finochietto haken...sid 6

Tvätta händerna!...sid 10

Preoperativ dusch...sid 12

Porträttet...sid 14

DCD ...sid 16

I huvudet på en chef...sid 20

Redaktionen tipsar ...sid 24

Blodfri kirurgi ...sid 26

Operationssjuksköterskan, kvalitet och kvalitetsutveckling i ett kvalitetsregister...sid 28

Nu förbjuds återanvändning av medicintekniska engångsprodukter – men frågan kvarstår...sid 30

Min operationsavdelning...sid 32

Att starta nytt i pandemi-tider...sid 34

Föreningsnytt...sid 38

sid 14



sid 34



Foto: Nya Karolinska Universitetssjukhuset, ÖNH-OP E7:59-62

### 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: Peo Sjöberg



Oktober 2021 pandemin har lugnat ned sig i Sverige och vi är på väg mot det nya normala! För oss som förening innebär det att vi för första gången på nästan två år ska arrangera Höstkongress och Chefkonferens 2 - 3 december 2021 och det är efterlängtat, vi har idag när jag skriver 248 anmälda deltagare! Jag hoppas ni är många fler som trots den tunga belastningen som råder på många operationsavdelningar får möjlighet att delta.

Vad det gäller föreningens utbildningar och kongresser i stort så planerar vi för fullt för 2022. Vi kommer bland annat att erbjuda nya seminarier i aktuella ämnen som MDR, UDI, Upphandling och har du något annat du tycker vi behöver uppmärksamma så lyssnar vi gärna, skriv till oss, rfop@rfop.se. Förutom dessa nya ämnesområden kommer vi att genomföra Chefnätverk, SPOR nätverksträffar, Lärarnätverk, Trauma nivå 1, Höstkongress och Chefkonferens. Vi har öppnat anmälan till samtliga arrangemang.

Även våra nätverksträffar för medlemmar som våra distriktssamordnar bjuder in till börjar komma igång efter 1,5 år då det varit svårare att genomföra, titta i kalendarier på hemsidan för att se när det är hos dig. Saknar det distrikt du tillhör en distriktssamordnare? Är du intresserad? Hör av dig och

få veta mer vad som gäller, kanske är du den nya DS hos er.

En stor förändring 2022 är att vårt Hygienforum flyttas till 31 mars - 1 april, detta då vi som en följd av pandemin valt att byta lokaler och då fick anpassa oss efter lediga datum förlägga detta mycket tidigare än vanligt, 2023 kommer vi vara tillbaka i slutet av maj som vanligt!

Vi har fått ytterligare mejl från medlemmar att regionen planerar att ersätta operationssjuksköterskor med kirurger, undersköterskor och nyutbildade sjuksköterskor för att korta sina köer! Vi engagerar oss och stödjer med fakta och den kunskap vi har i dessa patientsäkerhetsfrågor, fortsätt höra av er med detta, för det är ej acceptabelt ut flera perspektiv, främst för personerna som ska genomgå kirurgi och deras säkerhet. Hör av er till oss, rfop@rfop.se.

Vi fortsätter att spela in vår podd och är öppna för förslag på ämnen ni önskar att vi tar upp eller personer ni önskar att vi gör intervjuer med. Denna podd har personer som ska genomgå kirurgi som målgrupp, tycker du att det saknas en som har operationssjuksköterskan i fokus? Kolla in på instagram, lyssna på ett av avsnittet och skriv gärna där en kommentar. Du hittar podden, **Din operation**, på Spotify och via appen podbean. Kolla även in vårt Instagram och facebook, där kan du följa avsnitten och även se så mycket mer om din förening Riksföreningen för operationssjukvård.

#### Vad finns att läsa i detta nummer?

På sidan 16 får vi en inblick i DCD projektet, DCD står för Donation after Circulatory Death, som vi i Sverige valt att kalla "Donation då döden inträffar efter cirkulationsstillestånd". Projektet startades i januari 2016 och avslutades våren 2020. SPOR rådet ett nytt råd i RFop, de jobbar för att bygga in operationssjuksköterskans unika profession i SPOR:s infrastruktur så att operationssjuksköterskor kan registrera och använda sin egen information

till att utveckla professionen och vården av patienterna. Svenskt Perioperativt Register (SPOR) är ett nationellt kvalitetsregister inom perioperativ vård som registrerar både process- och kvalitetsvariabler under patientens kirurgiska resa, från operationsanmälan till och med den postoperativa vården. Det kan du läsa om på sidan 28.

Vi får höra hur det är att vara valberedare i vår förening, nyckelrollen för alla föreningar, deras arbete kan du läsa mer om på sidan 38. De kommer även vara på plats på Höstkongressen då du kan gå och prata med dem. Sen har du såklart Min operationsavdelning, Porträttet och många mer artiklar, hoppas du får en bra lästund.

Vi närmar oss slutet på 2021 och jag vill önska er alla en bra fortsättning på hösten, vinter hos er där den kommit och självklart en God jul och ett Gott Nytt År! ●



**Hygienfrågan** har fått en ny expert, det är **Ann-Sofi Mattsson, Leg.** Operationssjuksköterska, Hygientsjuksköterska, Region Örebro län som kommer att svara på era frågor, skicka era frågor till [hygien@rfop.se](mailto:hygien@rfop.se)



Ju mer du lägger till,  
desto mer värde får du

Låt oss hjälpa dig att anpassa dina set för dina laparoskopiska ingrepp. Vi erbjuder ett kvalitetsutbud av laparoskopiska engångsprodukter, BARRIER® laparoskopiska draperingar och andra nödvändiga engångsprodukter.

Spara tid och pengar genom att se till att ditt Mölnlycke® kundanpassade set är komplett och anpassat efter dina behov.

Med alla produkter kombinerade i ett set kan du reducera förberedelsetiden med upp till 40%<sup>1</sup>.

Det ger dig tid för förberedelser samt att fokusera på patientresultatet.



**40%**

av förberedelsetiden  
sparad

Referenser: 1. Greiling, M. A multinational case study to evaluate and quantify time-saving by using custom procedure trays for operating room efficiency. Data presented at European Association of Hospital Managers, September 2010 (poster).

Läs mer på [www.molnlycke.se](http://www.molnlycke.se)

Mölnlycke Health Care AB, Box 13080, 402 52 Göteborg. Tel 031-722 30 00. E-mail: [info.se@molnlycke.com](mailto:info.se@molnlycke.com)  
Mölnlycke, BARRIER och Biogel Indicator varumärken och logotyper är globalt registrerade av ett eller flera företag i Mölnlycke Health Care Group. ©2019 Mölnlycke Health Care AB. Med ensamrätt.

  
**Mölnlycke®**

# Finochietto haken

Enrique Finochietto föddes i Argentina 13 Mars 1881 av italienska föräldrar och var äldst i en syskonskara på 8 barn. Hans fader dog i tidig ålder och ansvaret för barnens uppfostran vilade på Modern Ana. Som 16 åring började Enrique studera medicin vid Universitetet i Buenos Aires från vilket han examinerades 4 år senare. Under studietiden blev han väldigt fascinerad av anatomi och tillbringade otaliga timmar i laboratoriet dissekerande på avlidna kroppar och opererade på hundar som hans bröder fångade in åt honom ute på gatorna. Efter examen började han arbeta som obetald läkare på *The Rawson Hospital* där han hade det medicinska och kirurgiska ansvaret för 600 inläggande patienter vilket innebar en stor arbetsbörda, och han kunde bara lämna sjukhuset en gång i veckan för att besöka sin mor.

Vid denna tid var utvecklingen av kirurgin på fram marsch i Europa varför han bestämde sig för att besöka de mest framstående kliniker och kirurgiska pionjärer såsom Kocher, Calot och Roux. Han återvände till Argentina och *The Rawson Hospital* 1909, full av ny kunskap och smittad av syfilis. Han började genast implementera sina nya kunskaper och fick stort administrativt ansvar vid sjukhuset. Under de kommande åren utrustade han sjukhuset med den mest tekniskt avancerade utrustning som fanns att tillgå vid tiden och mycket av det uppfann han själv tillsammans med sin yngre bror Ricardo som även han studerat till läkare.

Under första världskriget 1918 reste Enrique till Frankrike för att tjänstgöra som kirurg vid ett krigssjukhus. Det var inte ovanligt att hans arbetsdagar där vid sjukhuset var 20 timmar långa.



*Ricardo Finochietto opererar.*  
Foto: Universidad de Buenos Aires, Facultad de Medicina, Biblioteca Central, Colección Dr. H. César Gotta

Under den tiden skrev han tillsammans med några andra kirurger avhandlingen, *“Treatment of war injuries and transportation of the wounded patient”*

När han återvände från Frankrike hittade han Rawson sjukhuset nedrivet. Han såg då chansen att bygga upp en helt ny ”kirurgisk paviljong” utifrån sina idéer. Med nya moderna operationssalar, elektriska operationsbord, antiseptiska rutiner, separata vårdavdelningar uppdelade på specialiteter samt avdelningar för röntgen, lab. och patologi.

## Listor över instrument

Han skrev även listor över vilka instrument som behövdes till varje specifikt ingrepp, allt för att underlätta och undvika oklarheter under operationerna. Väl insatt i aseptiska principer för undvikande av infektioner krävde han att alla som skulle delta under operationer via operationsläktare skulle följa strikta rutiner med klädsel och munskydd. Han införde också individuella patientjournaler där all information om patienten



*Med tillstånd från AB Stille*



samlades och var lätt tillgänglig, detta till skillnad från det tidigare systemet att skriva i en gemensam bok.

Som kirurg var Enrique inte begränsad till någon specialitet. Inom ortopedin utvecklade han fraktur fixation med tråd samt ett speciellt ortopediskt operationsbord. Han skrev en avhandling om hjärntumörer och var den förste i Argentina att framgångsrikt utföra en operation av ganglioneurom. Han startade upp separata avdelningar för thorax och plastikkirurgi. 1929 utförde han den första operationen av en hjärttamponad orsakad av ett stick i hjärtat.

I operationssalen beskrivs han som långsam, noggrann, metodisk utan att göra några onödiga rörelser. Han opererade med mer rytm än hastighet. Han har med egna ord beskrivit vikten av att som kirurg vara noggrant förberedd.

*”Du bör börja operationer rätt för att kunna avsluta dem rätt”*

*”En av de viktigaste aspekterna på kirurgi är den mentala förberedelsen och integrationen av alla de detaljer som utgör en perfekt operation, när detta fått sin tid kan kirurgen visualisera sin operation i minsta detalj med full tydlighet, som en målare bör se sin tavla innan han börjar.”*

*Lord Berkeley Moynihan, president för the Royal College of Surgeons i England uttryckte följande efter att vid ett tillfälle bevittnat Finochietto operera.*

*”Om jag någonsin måste underkasta mig kniven, låt det då vara av denne extraordinära kirurg med namnet Enrique Finochietto.”*

I kirurgi kretsar var han känd som ”den Gudomlige” och utanför operationssal IX vid det gamla Rawson sjukhuset finns en skylt med texten ”på denna plats opererade och undervisade Enrique Finochietto”

### Utvecklade 67 olika kirurgiska instrument

1941 introducerade han sin berömda revbens retraktor med parallella armar som de båda bröderna hade börjat använda 4 år tidigare. Haken fanns i olika storlekar och användes såväl till barn som vuxna. Haken används fortfarande dagligen världen över vid thoraxkirurgi, trots att

den designades för 75 år sen. stort sätt alla andra modeller av thoraxhakar bygger på Finochiettohakens principer. Haken och dess plats inom kirurgin är högaktuell ännu i dag. I en studie publicerad 2019 gjordes experimentella försök på Finochietto hakar utifrån biomekaniskt perspektiv för att undersöka hakarnas vävnads påverkan för att utifrån det ta fram guidelines för användande med så lite vävnadstrauma som möjligt. Han var den förste att uppfinna den kirurgiska pannlampan, Frontolux och utvecklade 67 olika kirurgiska instrument vilka många fortfarande används.

Enrique påtalade ofta att kirurgi är ett stort ansvar, för att tydliggöra detta använde han sig ofta av ett citat från den franske kirurgen Jean Louis Faure (1863–1944)

*” We live under the most extraordinary emotional circumstances. Life or death depends on us every day. A hint, a passing inspiration during a difficult operation, a gesture, a furtive look, might mean life or death. We all have this same conviction but revels we never retreat before such terrific responsibility”.*

Enrique resonerar i en artikel publicerad 1957 om snabbhet vid kirurg där han skriver:

*”den som opererar snabbt gör det för att imponera andra .... eller genom imitation, men sällan för att patienten behöver det”.*

*”På lång sikt kommer den noggranne kirurgen vara mest framgångsrik, även om han*



*Bröderna Enrique och Ricardo Finochietto opererandes tillsammans. De beskrivs som en kirurg med fyra händer. University of Buenos Aires. Medicinska fakulteten, Centralbiblioteket, Dr H. César Gotta Collection.*



*Enrique Finochietto opererar Universidad de Buenos Aires. culta de Medicina, Biblioteca Central, Colección Dr. H. César Gotta.*

*anses vara tråkig, för han kommer vara den som botar flest. Och det är det patienten vill bli och vad samhället behöver”*

Trots att han hade denna syn på snabba kirurger hade han alltid kortare operationstider än andra kirurger.

Han såg brister i kirurgisk upplärning av kollegor och började därför teckna kirurgiska ingrepp och standardiserade varje kirurgisk procedur i text och bild, plockade bort onödiga moment och rörelser för att göra ingreppet så exakt och enkelt som möjligt. Enrique Finochietto avlider 17 februari 1948 i en ålder av 68 år.

Den yngre brodern Ricardo, utvecklade den kirurgiska standardiseringen ytterligare. Han bestämde hur varje ingrepp skulle förberedas, hur patienten skulle draperas, vart assistent och operations-sjuksköterska skulle vara placerade runt operationsbordet inne i operationssalen. Instrumenten skulle placeras i viss ordning på assistentbordet allt för att underlätta användandet. Operations-sjuksköterskan tränades i instrumenteringen, och förberedelser med att trä nålar mm. De tränades också att kunna följa med i momenten av den specifika operationen som en andre assistent. Dr Ricardo krävde minutiös följsamhet och uttryckte omedelbart sitt missnöje om något avvek från hans instruktioner.

De två bröderna verkade vara varandras motsatser i temperament, där Ricardo beskrivs vara vänlig när han var lugn men hans utbrott, dåliga humör och oprofessionella beteende då något oförutsett hände var väl känt och fruktat. →

Däremot under de föredrag han höll som undervisare och pedagog var han mycket uppskattad och han publicerade ett stort vetenskapligt material på över 540 artiklar. Han kom också att få en central roll samband med den Argentinska presidenthustrun Evita Peróns sjukdom och död.

### Evita Perón och kirurgi på hög politisk nivå

Eva Perón, eller Evita som hon kallades var hustru till Argentinas president Juan Perón. Runt presidentparet byggdes det en personkult där Evita själv hjälpte till att skapa myten kring sin egen person. Hon var den som genomdrev att kvinnor fick rösträtt, arbetade med välgörenhet, och stöttade de utsatta vilket gjorde att hon blev älskad fram för allt av landets fattiga befolkning. Hon blev en modeikon men bistod också sin man presidenten med att säkra makten i landet på olika vis.

1950 när Evita var 30 år gammal drabbades hon av sjukdom. Under ett of-fentligt framträdande svimmade hon av. Några dagar senare genom gick hon en appendectomi men återhämtade sig inte fullt ut efter det ingreppet, hon var blek, anemisk, extremt svag och tillståndet förvärrades med tilltagande buksmärter och vaginala blödningar. Hon diagnostiserades med cervixcancer i långt avancerat stadium. Det rädde stor hemlighet kring hennes sjukdomstillstånd, där hennes läkare och familj genom "vita lögn" dölde sanningen om cancer för det Argentinska folket, men också för Evita själv. Ingen berättade sanningen vad hon egentligen led av. Det finns en rad spekulationer kring varför cancerdiagnosen doldes. En är att hennes allvarliga tillstånd skulle kunna påverka och försvaga president Perón's styre av landet. Valet att dölja en cancerdiagnos för den sjuke var en vanlig strategi runt om i västvärlden vid denna tid, där fåtalet läkare föredrog att informera patienten. Både läkare och familjemedlemmar undvek sanningen då man trodde vetskapen om cancer skulle få den sjuke att förlora hoppet, drabbas av depression eller välja att ta sitt liv. Man skulle ge minsta möjliga information endast så mycket som var nödvändig för att få patienten att gå med på behandling.

Dr Ricardo Finochietto var direktör för ett av sjukhusen som grundats av

Evita, Policlinico Presidents Perón och var den som fick ansvaret som hennes personlige läkare. Det bestämdes att hon skulle genomgå en hysterectomi och Evita trodde det skulle vara Dr Ricardo Finochietto som skulle utföra operationen, men det visade sig bli annorlunda. Man saknade vid tiden erfarenhet i Argentina att operera så pass spridd Cervixcancer. Kontakt togs då med den amerikanske cancerkirurgen George T Pack som hade stor erfarenhet inom området och var den som utförde operationen. Detta skedde under stort hemlighetsmakeri, och helt utan att Evita fick kännedom om vem som skulle operera henne. Operationen utfördes 6 november 1951. Dr Peck träffade aldrig sin patient i vaket tillstånd, utan först efter att hon sövts och förberetts kommer han i operationssalen och utför operationen. Den postoperativa vården sköttes av en rad inhemska läkare däribland Ricardo. Evita fick aldrig vetskap om vem som egentligen utförde hennes operation, hon levde i tron att det var Dr Finochietto. Den amerikanska regeringen var mycket nöjda med Dr Pack's insatser i operationen utifrån diplomatisk och politisk synvinkel. Dr Peck själv avböjde alltid att kommentera sin eventuella inblandning i fallet Evita. Ricardo Finochietto mottog senare en guldmedalj från den Argentinska regeringen för sin förmodade insats i samband med operationen.

### Första i Argentina att behandlas med intravenös kemoterapi

Evita var en av de första patienter i Argentina att behandlas med intravenös kemoterapi. Cytostatikan skickades från New York för att administrerades av det argentinska medicinska teamet under ledning av Ricardo. Men behandlingen var verkningslös. Cancern var långt framskriden med spridda metastaser som orsakade Evita svåra smärter. President Perón's instruktioner till sin hustrus läkare var tydliga, "be sure she doesn't suffer, and please try to calm her down"

Det finns dokumenterat att Evita genomgick en kirurgisk procedur i syfte minska hennes lidande. Enligt källor informerade Dr Ricardo Finochietto de närstående och Evita följande efter att operationen genomförts: "Madam, We just severed the nerve that was causing so much neck pain. You will suffer no more"

Det har i efterhand visat sig att det ingrepp man verkligen utförde på Evita Perón var en prefrontal lobotomi. Evita avled 26 Juli 1952, det utlystes omedelbart landssorg. Hennes kropp balsamerades och visades sen upp på *lit de parade* för 100.000 - tals sörjande argentinare.

Rickardo Finochietto avlider 1962 efter en blödning i hjärnan orsakat av ett aneurysm. ●

### Referenser

Ailawadi, G. Nagji A, S. Jones, D.R. The legends behind cardiothoracic surgical instruments. *Ann Thorac surg* 2010;89:1693-700.

Chanoit, G. Pell, C. Bolotin, G. Buckner, G.D. Williams, J.P. Retraction mechanics of Finochietto-style self-retaining thoracic retractors. *BioMedical Engineering Online*. 2019

De Bakey, M.E. *Memoir Enrique Finochietto, MD (1881-1948)*. *Annals of Surgery*. August 1948.

De la Fuente S, G. *Enrique Finochietto: The legacy of surgery in Argentina*. *Journal of Surgical Education* 2007.

Deysine, M. Uriburu J.V. *Enrique and Ricardo Finochietto: Surgery, the ultimate devotion*. *Surgery: a monthly devoted to the art and science of surgery*. Vol. 73 No 4 pp.490-499. April 1973.

Ivatury R.R *Our Surgical Heritage: The Legends of Exposure*. *Panamerican Journal of Trauma, Critical Care & Emergency Surgery*, Volume 10 Issue 1 January-April 2021

Lerner, B.H. *The illness and death of Eva Perón: cancer, politics and secrecy*. *The Lancet*. Vol. 355. June 3. 2000

Nijenson, D.E. Savastano, L.E Kaplan, A.D. Laws, E.R *New evidence of prefrontal lobotomy in the last months of the illness of Eva Perón*. *World Neurosurgery* 77 (3/4)583-590, March/April 2012





## 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](http://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®**

# Tvätta händerna!

## Varför ska man tvätta och sprita händerna, man använder ju alltid handskar?!

Sedan urminnes tider har var, förruttelse och stank från sår beskrivits och beroende på tidens teori om orsakerna har man provat allt från besvärjelse till renlighet. Josef Lister införde en rad hygieniska åtgärder i slutet av 1800-talet, bland annat desinfektion av hud och material. Dessa åtgärder sänkte dödligheten efter kirurgiska ingrepp. Listers åtgärder stöddes av Pasteurs upptäckter av bakterier och deras betydelse för förruttelse av sår.

På 1860-talet införde Lister rengöring av händerna med karbolsyra inför kirurgiska ingrepp. Det blev då (mer eller mindre snabbt) accepterat bland kirurger att det var viktigt att rengöra händerna inför kirurgiska ingrepp. Målet med den preoperativa handdesinfektionen är att minska risken för postoperativa sårinfektioner. Det saknas dock moderna studier som påvisar att just handdesinfektionen ensamt påverkar

frekvensen av postoperativa infektioner. Men för att minska bakteriefloran på personalens händer rekommenderas preoperativ handdesinfektion inför kirurgiska ingrepp.

Även operationshandsken har använts sedan slutet av 1800-talet. Den infördes för att skydda händerna mot desinfektionsmedlet. Operationshandsken infördes utan att föregås av RTC-studier och evidens saknas för att den minskar risken för postoperativa infektioner. Men trots bristande evidens rekommenderas att operationshandskar ska användas vid kirurgiska ingrepp. När händerna täcks av handskar startar en snabb tillväxt av de bakterier som finns på händerna just då. Flera undersökningar visar att det från början kan finnas och under kirurgiska ingreppet uppkomma mikrohål i operationshandskarna. Utifrån det är det viktigt att reducera bakteriefloran på händerna innan handskarna tas på och



rekommendationen är också att använda dubbla handskar för att även skydda personalen mot bland annat blodsmitta. Operationshandsken skyddar sannolikt både patienten och personalen.

Hudfloran består av en resident och en transient flora. Den residenta floran domineras av koagulasnegativa stafylokocker, coryneforma bakterier och propionebakterier. Hos en del människor utgörs en del av floran även av *S. Aureus*, *Acinetobacter*, mikrokokker och streptokocker. Den residenta floran finns dels i det ytliga hudlagret men ca 20% av bakterierna finns även i det djupare hudlagret. Bakteriefloren i det djupare hudlagret går inte att tvätta bort eller avdöda med desinfektionsmedel. Den transienta floran är den tillfälliga floran och består av det vi plockar upp



från omgivningen som exempelvis virus, andra personers koagulasnegativa stafylokokker och S. Aureus. Men också det vi flyttar på från vår egen kropp exempelvis från näsan och andra kroppsöppningar till våra händer. Den transienta floran är dåligt anpassad att överleva på huden och försvinner spontant, dör eller knuffas bort av normalfloran. Den transienta floran går att reducera med tvål och vatten och med desinfektionsmedel.

Indirekt kontaktsmitta via tillfälligt förorenade händer är den smittväg som har störst betydelse i vården. Smittämnen som förorenat vårdpersonalens händer tillhör till stor del den transienta, tillfälliga, floran och reduceras mycket mer effektivt av alkoholbaserat desinfektionsmedel än med enbart tvål och vatten. Alkohol har en snabb och kvardröjande effekt. Effekt uppnås inom 30 sekunder men förbättras ytterligare om medlet gnids in i händerna under längre tid. Alkoholbaserade medel har en signifikant bättre effekt än klorhexidintvål efter en användning. Men vid upprepad användning av klorhexidintvål minskar skillnaden eftersom klorhexidin har en kumulativ effekt. Metoden för preoperativ handdesinfektion med klorhexidintvål är därför två direkt efter varandra upprepade handtvättar. Vid metoden med alkoholbaserat desinfektionsmedel är det viktigt att iaktta inverkningsstiden som rekommenderas för preoperativ handdesinfektion då det kan skilja mellan olika desinfektionsmedel. Man har inte funnit någon skillnad i infektionsfrekvens av postoperativa infektioner när man jämfört alkoholbaserat desinfektionsmedel med klorhexidintvål men alkoholbaserade medel upplevs mer hudvänligt. Man vet idag också att långvarig tvättning med tvål och vatten ger mer skada på huden än ett alkoholbaserat desinfektionsmedel som innehåller ett återfettande medel. ●

#### Referenser:

Att förebygga vårdrelaterade infektioner, Socialstyrelsen 2006

Vårdhygien- vårdrelaterade infektioner och antibiotikaresistens. G Hedin, Liber 2020

Global Guidelines for the Prevention of Surgical Site Infection. 2016 I. World Health Organization. ISBN 978 92 4 154988 2

## Metod 1 för preoperativ handdesinfektion

Före första operationen på dagen, efter längre uppehåll mellan operationerna som matrast/toalettbesök eller vid synligt orena händer. Mellan operationer i direkt följd efter varandra (utan uppehåll) görs enbart desinfektionen utan föregående handtvätt.

- Använd flytande tvål eller fast engångstvål.
- Skölj händer och underarmar i rinnande vatten.
- Rengör naglarna vid behov. Naglarna ska vara rena, kortklippta och utan nagellack.
- Tvätta händer och underarmar omsorgsfullt. Vattnet ska rinna från rent mot mindre rent område, det vill säga händerna hålls uppåt och vattnet rinner därmed från hand mot armbåge.
- Torka torrt.
- Desinfektera händer och underarmar med ett alkoholbaserat huddesinfektionsmedel.
- Använd tillräcklig mängd desinfektionsmedel
- Gnid in händer och underarmar enligt ett schema som säkerställer att desinfektionsmedlet når hela den avsedda hudytan. Ingnidningen ska pågå den tid instruktionen för desinfektionsmedlet anger. Om huden hinner bli torr dessförinnan, vilket är vanligt, tas mer desinfektionsmedel.

## Metod 2 för preoperativ handdesinfektion

Använd flytande desinfekterande tvål, som innehåller Klorhexidin 4% eller medel med motsvarande effekt med fördröjd effekt.

### För varje operation

- Skölj händer och underarmar i rinnande vatten.
- Rengör naglarna vid behov. Naglarna ska vara rena, kortklippta och utan nagellack.
- Tag minst 5 mL av den desinfekterande lösningen.
- Tvätta händer och underarmar omsorgsfullt under minst 1 minut.
- Skölj noggrant.
- Tag minst 5 mL av den desinfekterande lösningen.
- Tvätta händer och underarmar omsorgsfullt under minst 2 minuter.
- Skölj noggrant under minst 30 sekunder. Vattnet ska rinna från rent mot mindre rent område, det vill säga händerna hålls uppåt och vattnet rinner därmed från hand mot armbåge.
- Torka torrt med steril handduk.

### Mellan två operationer i direkt följd

- Desinfektera händer och underarmar med ett alkoholbaserat huddesinfektionsmedel.
- Använd tillräcklig mängd desinfektionsmedel.
- Gnid in händer och underarmar enligt ett schema som säkerställer att desinfektionsmedlet når hela den avsedda hudytan. Ingnidningen ska pågå den tid instruktionen för desinfektionsmedlet anger. Om huden hinner bli torr dessförinnan, vilket är vanligt, tas mer desinfektionsmedel.



# Preoperativ dusch

## Vad händer när man tvättar huden med tvål och vatten förutom att smutsen försvinner?

På huden växer bakterierna i mikrokolonier. Om man använder tvål när man tvättar huden slås dessa mikrokolonier sönder och bakterierna sprids jämnare ut över hudytan och minskar något i antal. Om man använder en tvål med desinfektionseffekt, Klorhexidin, minskar bakteriemängden påtagligt redan vid första tillfället. Upprepas tvättningen förstärks effekten och nationell rekommendation är minst två så kallade dubbelduschar för bästa effekt. En dubbeldusch betyder att kroppen tvålats in sköljs av och sedan tvålats in på nytt. Detta ökar chansen att hela hudytan täcks samt att inverknings tiden ökar. Fördelen med att använda tvål med Klorhexidin är att det ger en kvardröjande effekt som gör att hudens bakteriemängd återgår till normal nivå först efter ca fem dagar (Socialstyrelsen 2006).

I den senast publicerade Reviews från Cochrane (2015) fann man inga studier som påvisade någon tydlig evidens för att preoperativ tvätt med Klorhexidintvål jämför med tvål utan desinfekterande effekt gav lägre risk för Postoperativa infektioner.

WHO's Global Guidelines for the Prevention of Surgical Site Infection (2016) rekommenderar preoperativ dusch/bad men rekommenderar varken tvål med desinfektionseffekt eller inte på grund av avsaknad av studier som ger evidens att infektionsfrekvensen blir lägre med tvål med desinfektionseffekt.

Den senast gjorda studie jag hittat är från 2020 *Preoperative Chlorhexidine Gluconate Bathing on a Military Medical-Surgical Unit* Ross M Scallan 1, Stephanie Gerathy 1, Joyce Price 1, Ann Marie Lazarus 2, E Jeffrey Metter 3, Laura A Talbot 3. Mil Med. 2020 Jun



Foto av Ron Lach från Pexels

19;185(Suppl 2):15-20. doi: 10.1093/milmed/usz186. Man kunde inte heller i den påvisa någon tydlig skillnad i infektionsfrekvens när man jämförde vanlig tvål och tvål med Klorhexidin.

Några studier som beskriver en lokalt, begränsad tvättning av operationsområdet inför kirurgiska ingrepp känner jag inte till. Men det skulle verkligen vara ett intressant område att studera! Vid en preoperativ dusch med tvål som har desinfektionseffekt påverkas hela hudytans normalflora som är en del i vårt immunförsvar, medans vid en lokalt, begränsad hudtvätt påverkas inte normalfloran på övrig hudyta. Så genom att bevara normalfloran så långt det är möjligt kanske risken att huden koloniserar av resistent bakterier från sjukhusmiljön minskar.

En intressant studie är: *Decreased susceptibility to chlorhexidine and prevalence of disinfectant resistance genes among clinical isolates of Staphylococcus epidermidis*. Gustaf Prag, Karin Falk-Brynhildsen, Susanne Jacobsson, Bengt Hellmark, Magnus Unemo, Bo Söderquist APMIS 2014; 122: 961-967. DOI 10.1111/apm.12239. Denna studie visade att de Staphylococcus epidermidis isolat som erhållits från patienter med kliniska infektioner (ledprotesinfektioner och hjärtoperationer) uppvisade en högre prevalens avseende förekomst av gener (qac) som kodar för nedsatt känslighet för klorhexidin. De stammar som orsakar djupa postoperativa infektioner såsom ledprotesinfektioner och infektioner efter hjärtkirurgi uppvisar i hög grad resistens mot klorhexidin och representerar sannolikt specifika kloner av sjukhusstammar av S. epidermidis. Dessa är även ofta utrustade med olika virulensfaktorer och är oftast även multiresistenta avseende antibiotika och således väl anpassade att orsaka dessa invasiva infektioner.

Så vem vet, vi kanske inte alls ska använda tvål eller sprit med desinfektionseffekt i framtiden. Jag hoppas fler väljer att studera detta vidare, för det är ett angeläget område att utforska både ur perspektivet antibiotikaresistens men också ur desinfektionsmedelresistens. Men fortfarande är den nationella rekommendationen att patienter som ska genomgå kärl-, hjärt-, ortopedisk- eller annan kirurgi där risken för infektion orsakad av patientens egna hudbakterier är stor bör dubbelduscha med tvål som har desinfektionseffekt minst två (2) gånger. Inför övriga ingrepp rekommenderas dusch med vanlig tvål och schampo (Socialstyrelsen 2006/Vårdhandboken). ●

Sterila instrument - ett måste för operation.

**AESCULAP® AICON® - ett helt nytt containersystem:**

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

Ett hopp framåt för hantering av sterilgods.



B. Braun Medical AB | [www.bbraun.se](http://www.bbraun.se)

# ÖVERRASKNINGAR ÄR ROLIGT! MEN INTE I MITT ARBETE!

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







Porträttet

**Carina Molander**



Mitt namn är Carina Molander och jag kommer från Värmland. Jag utbildade mig till operationsassistent 1982 i Sundsvall. Efter några sejourer på Kantonspital St Gallen i Schweiz och sjukhuset i Mora så återvände jag till Karlstad och centralsjukhuset hösten 1986.

Jag har alltid varit intresserad av teknik vilket passar perfekt med operations-sjuksköterskeyrket. Så när vi 2012 fick vår första robot var jag inte sen med att anmäla mitt intresse till att vara med och starta upp den verksamheten. Vi var fyra operationssköterskor som gick en förberedande utbildning i Strasbourg tillsammans med urologerna, som var de som startade upp robotkirurgin i Karlstad. Vi blev då Side by Side-certifierade sjuksköterskor.

Tillsammans med anestesi byggde vi upp en verksamhet som passade våra 37 kvm stora operationssal. Vi gjorde studiebesök på ett flertal sjukhus i Norden där de hade kommit längre än oss och lärde av deras erfarenheter och vi kunde så att säga "plocka russinen ur kakan". Rutiner, kommunikation och kontinuitet ansåg vi alla vara viktigt inte bara i början utan även fortsättningsvis för att få arbetssätt, patientflöde och framför allt patientsäkerhet så bra som möjligt.

2016 flyttade vi in i helt nybyggda lokaler. Två operationsavdelningar blev nu ett operationscentrum. 20 mycket välutrustade salar med hightechutrustning, flyttbara väggar och möjlighet att operera alla typer av ingrepp på alla salar. Två av salarna är 110kvm och de flesta andra salarna är ca 60 kvm. Av praktiska skäl blev en av de stora salarna robotsal. Det är mycket arbete med att flytta en robot, 110 kvm i stället för 37 kvm. Massor av möjligheter till att förbättra arbetssätt och framför allt arbetsmiljö.

### Arbetsmiljö på sal

Jag brinner för arbetsmiljön på salen. Det började när exponeringen av diatermirök på hysterektomier blev för stark. Landstingshälsan kom till oss och mätte rökpartiklar i luften och halterna var så pass höga att vi anmodas bära andningskydd vid dessa ingrepp. 2018 påbörjade

jag en innovation av arbetet med en ny manipulator för att avhjälpa rökutsläppen. Senare fick jag ett stipendium till Alfred Nobels minne för att kunna vidareutveckla denna. Nu har jag en prototyp klar och hoppas på att få tag i sponsorer eller att något företag vill ta min idé vidare.

2017 fick jag förfrågan från urologerna om jag ville utbilda mig till Registrerad Nurse First Assistent (RNFA) i robotkirurgi för att assistera på urologiska robotoperationer. Jag tackade ja och begav mig i två omgångar till Aalborg i Danmark där kursen hölls. Jag tränade hemma i en hemmagjord box med hål i där jag flyttade pärlor på plattor och suturerade i skumgummi. Efter ett tag fick jag tillgång till en laparoskopisk träningsmodul som liknar en buk på KTC (kliniskt träningscentrum). Där mättes hastighet, handviftande, tid på rörelser mm och man fick underkänt eller godkänt. Där tillbringade jag en hel del fritid för att få in de rätta rörelserna. Våren 2017 blev jag certifierad RNFA i Aalborg som en bland de första i Sverige.

Mina arbetsuppgifter som RNFA är att jag medverkar vid uppläggningar av patient, märker ut vart porthålen ska vara för att uppnå bästa tillgång till operationsområdet samt för att robotens armar inte ska krocka med varandra. Sedan sätter jag verres kanyl och insufflerar och därefter sätter jag portarna och dockar på roboten. Sedan följer sedvanlig laparoskopisk assistans såsom suga, klippa, sätta clips mm. När

### Träning



operationen är klar dockar jag av roboten och syr ihop porthålen.

I min roll som RNFA och Side by Side sjuksköterska så lär jag upp nya och gamla kollegor i robotverksamheten vilket jag tycker är mycket roligt och berikande. Jag kan som erfaren ge dem tips och trix med roboten. De ställer frågor som gör att jag kan tänka om och se saker på ett annat sätt och tillsammans vidareutvecklar vi verksamheten. Jag trycker extra hårt på säkerhet och kontinuitet och tycker att akut avdockning av roboten är något som man regelbundet ska öva på så man alltid är beredd och vet vad man ska göra. Det roligaste med mitt arbete oavsett vilken roll jag har är att arbeta i team där vi tillsammans löser utmaningar, hjälper och stöttar varandra.

### Robotverksamhet

Som nämnts tidigare var det urologen som startade med robotverksamheten. Strax efter kom gynekologen in i verksamheten och sedan även gastro. Efter 8 års robotverksamhet och ökad kunskap samt intresse växte behovet av mer tid för de olika verksamheterna i roboten och beslut togs att vi skulle köpa två nya. Vi köpte två olika modeller en Xi och en X. Nu har urologen fyra dagar, gastro två dagar och gyn två dagar var i roboten. Beroende på ingrepp alternerar vi mellan Xi och X, då Xi är mer avancerad. Med behovet av fler som kan robot utbildas personalen succesivt.

På frågan vart roboten tagit mig så är svaret att jag är mycket tacksam för att jag fått möjligheten att utvecklas och utbilda mig inom robotkirurgin. En dag i veckan jobbar jag som RNFA åt urologen och övriga dagar är jag operationssjuksköterska/ side by side sköterska. Jag har lärt mig massor och idag är jag trygg i mina kunskaper vet vad jag kan och behärskar och det sporrar till ytterligare utveckling. Att få lära ut det jag kan till mina kollegor ger mig den största glädjen. Jag ser ljus på framtiden och ingrepp som görs i robot utvecklas hela tiden, ingreppen blir mer komplicerade och nya ingrepp tillkommer vilket gör det så spännande och givande. ●

# DCD



Hans Lindblom



I Sverige tillvaratas och transplanteras organ från avlidna donatorer genom en så kallad DBD-process. DBD står för Donation after Brain Death, som vi i Sverige har valt att kalla "Donation då döden inträffar efter primär hjärnskada". I många andra länder kompletteras denna donationsprocess med en DCD-process. DCD står för Donation after Circulatory Death, som vi i Sverige valt att kalla "Donation då döden inträffar efter cirkulationsstillestånd". I de länder där DCD tillämpas utgör denna typ av donation ett betydande komplement till DBD.

För att utreda förutsättningarna för att införa DCD i Sverige tillsattes ett nationellt DCD-projekt på uppdrag av Vårdnadsrådet på Sveriges Kommuner och Regioner, SKR. Projektet fick i uppdrag att författa ett nationellt DCD-protokoll, testa det nya arbetssättet samt föreslå på vilket sätt denna nya donationsprocess skulle kunna implementeras i Sverige. Projekttiden startades i januari 2016 och avslutades våren 2020.

Internationellt tillämpas olika kategorier av DCD. För det svenska protokollet används kontrollerad DCD (Maastricht

kategori III). Kontrollerad DCD innebär att man inom intensivvården möjliggör donation efter döden i samband med att man avbryter livsuppehållande behandling som inte längre gagnar den döende patienten. Projektet genomfördes via olika delmoment och i fyra etapper. 2016 började med en nationell inventering där potentialen för kontrollerad DCD i Sverige, undersöktes. Resultatet visade att det fanns potential och extrapolerade siffror visade att det kunde finnas underlag för 40-80 DCD donationer per år, och att det i sin tur skulle kunna medföra att ytterligare 80-160 njurar skulle finnas att tillgå för transplantation. På samma sätt extrapolerades siffror gällande tillvaratagande av lever och lungor. Projektet jobbade mycket med att det skulle finnas konsensus i vårdsverige för en ny donationsprocess. Så förutom att det identifierades ett antal viktiga aktörer, som t ex yrkesföreningar, fackliga organisationer och med Socialstyrelsen bl a, så genomfördes också två större runda-bords-konferenser. Till dessa konferenser inbjöds jurister, neurokirurger, njurmedicinare, medicinetiker och andra representanter att diskutera t ex etik avseende donation från avlidna och hur lång tid som måste förflyta för att döden säkert ska kunna konstateras. Konferenserna summerades i rapporter som finns att hämta från [www.vavnad.se](http://www.vavnad.se). Även en hälsoekonomisk analys gjordes och den visade att införande av DCD inom svensk hälso- och sjukvård skulle bidra till stora besparingar för samhället och kraftigt förbättrad livskvalitet för de patienter

som transplanteras. För att säkra ett väl fungerande införande av DCD i Sverige inhämtade projektgruppen internationell kunskap och erfarenhet, och utifrån det utarbetades DCD protokollet. Vi utbildade lokala team och koordinerade en DCD pilot på sex sjukhus i landet.

## Pilotförsök

Pilotförsöket genomfördes under ett år (2018) och bedömdes vara klart när 10 DCD processer utförts. En särskilt tillsatt säkerhetskommitté övervakade samtliga processer. Inom ramen för piloten utfördes 10 donationer med sammanlagt 17 njurtransplantationer och en lungtransplantation. De utvalda sjukhusen gavs i uppdrag att sätta samman multiprofessionella team med representanter från IVA, operation och transplantation. Teamen utbildades sedan i internatform under ledning av projektgruppen. En viktig del av utbildningen var att skriva lokalt anpassade checklistor och rutindokument. En annan viktig ingrediens var den "torrkörning" som varje utvalt sjukhus genomförde innan pilotstarten. Torrkörning innebar alltså att teamet samövades under så realistiska förutsättningar som möjligt, dvs gemensam genomgång av processen, avbrytande av vård, omhändertagande av närstående, transport till operationssal, placering av patient på operationsbord, steriltvätt och drapering och sedan uttagsoperation med användande av instrument och övrig utrustning. På operationssal använde sig teamet av en modifierad standard för Time-out, anpassad för avliden patient.

## Vem kan donera organ efter döden?

Svensk hälso- och sjukvård styrs via olika styrdokument, riktlinjer och föreskrifter. En sådan är att det finns krav på att vård och behandling utförs utifrån vetenskap och beprövad erfarenhet. En annan är att den som har störst behov av vård och behandling ska ges företräde till sådan vård. Vården ska bedrivas jämlikt så bostadsort ska inte ge fördel eller sätta upp hinder. En annan viktig princip är att vård ska avbrytas när den inte längre är till gagn för den enskilde patienten. Alltså när insatt vård och behandling inte kommer att ge bot eller lindring utan ger ett förlängt lidande eller ett förlängt dödande.

Fram till 2020 har vi i Sverige endast haft möjlighet till att donera organ efter döden i de fall döden konstaterats med direkta kriterier (se faktaruta). Det har inneburit att vi bara har kunnat ta tillvara organ från personer som avlidit under pågående respiratorbehandling och som utvecklat total hjärninfarkt under den behandlingen. Exempel på sådana patienter är de som drabbas av stora spontana hjärnblödningar och där hjärnsvullnaden medför dödliga skador. Andra exempel är skador orsakade av syrgasbrist från suicidförsök genom hängning eller hjärtstopp, traumatiska fallskador mm. För samtliga dessa patientgrupper kan DCD bli aktuellt om syrebristen ger svåra, potentiellt dödliga, skador men inte tillräckligt för att patienten ska utveckla total hjärninfarkt under pågående respiratorbehandling.

Vad är då förutsättningen för att donera organ efter döden?

### DBD

- Att patienten utvecklar total hjärninfarkt under pågående respiratorbehandling på IVA
- Att patienten har bibehållen cirkulation och syresättning till organen
- Att patienten dödförklaras med direkta kriterier
- Att eventuella medicinska riskfaktorer som föreligger är bedömda och accepterade av ansvarig transplantationskirurg



- Att samtycke till donation finns uttryckt av den avlidne eller tolkat av närstående eller att det förmodade samtycket i transplantationslagen nyttjas

### DCD

- Att patienten vårdas på en IVA på grund av allvarlig sjukdom eller skada, med livsuppehållande behandling, (tex respirator), blodtryckshöjande läkemedel mm
- Att den aktiva medicinska behandlingen inte längre gagnar patienten vilket ansvariga läkare tillsammans bedömt efter noggrann medicinsk utvärdering
- Att den aktiva medicinska vården inte leder till att patienten får ett liv med acceptabel livskvalitet och/eller att fortsatt vård en endast resulterar i en förlängd dödsprocess
- Att ett, från donation oberoende, beslut fattas av ansvariga läkare att den aktiva vården ska avbrytas. Beslutet baseras på ovan gjorda bedömningar.

- Att beslutet förankras hos de närstående vid ett brytpunktssamtal och att en acceptans finns för beslutet
- Att eventuella medicinska riskfaktorer som föreligger är bedömda och accepterade av en ansvarig transplantationskirurg
- Att närstående informeras om möjligheten att donera organ. Erbjudandet är en del av vården i livets slutskede
- Att samtycke till donation föreligger, vilket utreds tillsammans med de närstående
- Att den aktiva medicinska vården avbryts – vilket görs oavsett om samtycke för donation föreligger eller inte
- Att organ och vävnader tillvaratas för transplantation efter att patientens cirkulation har upphört och döden har konstaterats med direkta kriterier





Simulering i Barcelona 2016. Projektmedlemmen Markus Gäbel (med glasögon)

## DCD i praktiken

En person kommer i ambulans till sjukhuset efter hjärtstopp i hemmet. Bystander har påbörjat HLR men med tveksam kvalitet. När ambulans anländer ses första rytm asystoli och HLR påbörjas. Efter tillförsel av syrgas och adrenalin får man en defibrillerbar rytm. Tid från larm till bärande rytm är ca 45 minuter. Patienten intuberas på akuten och förs till IVA och läggs i respirator, sederande och analgetiska läkemedel ges. Under vårdtiden görs neurologiska kontroller genom wake-up. Efter 4 dygn ses ingen förbättring av det neurologiska tillståndet, patienten är fortsatt medvetslös även med sedering avstängd. Undersökningar av hjärnan med CT och MR samt blodprover för hjärnskademarker, tyder på grav hjärnskada av syrebristen. Information till närstående har givits på daglig basis och nu ges information där läkaren uttrycker att patientens överlevnadsmöjlighet är osannolik. Dag 6 efter ankomst fattar läkargruppen beslut om att fortsatt intensivvård inte gagnar patienten och detta journalförs som ett **brytpunktsbeslut**. Brytpunktsbeslutet betyder alltså att man kan planera för ett avbrytande av den insatta intensivvårdsbehandlingen. För att säkerställa att detta kan vara en medicinskt lämplig donator så tar man kontakt med en transplantationskoordinator.

Med hjälp av de grundläggande parametrar som finns i donationspärmerna kan det ges ett preliminärt besked om patienten är medicinskt lämplig. Parallellt med detta så informeras närstående om brytpunktsbeslutet. Närstående, som ofta själva har förstått att det inte kommer att gå bra, att patienten inte kommer att överleva, informeras om att den insatta livsuppehållande behandlingen kommer att avslutas/avbrytas. När närstående har accepterat detta så går

man vidare med donationsfrågan, under förutsättning av transplantation har svarat positivt på den initiala kontakten. I samband med att brytpunktsbeslutet är journalfört ges numera, sedan 2018, tillåtelse att göra en sökning i nationella donationsregistret. Därefter går processen vidare som vid annan organdonation dock med en viktig skillnad. Läkare behöver göra en kvalificerad bedömning av sannolikheten att patienten får ett hjärtstopp inom den tidrymd som är bestämd utifrån de olika organens tålighet av ischemi. Om närstående inte motsätter sig donation eller att det finns en registrering i donationsregistret och en positiv viljeytring tas förnyad kontakt med transplantation och man börjar förbereda för att avbryta vården.

## Avbrytande

Vid den tidpunkt som man kommit överens om, IVA, närstående och transplantation, samlas först det team som ska vara involverat, i ett gemensamt möte. Mötet görs ca 2–3 timmar innan planerat avbrytande. Med på mötet är läkare, sjuksköterska, undersköterska från IVA, transplantationskirurger och koordinatörer, operationssjuksköterska och undersköterska. Vid mötet presenterar sig teamet för varandra och beskriver sin uppgift. Mötet sker ibland i särskild rum och ibland på operations-salen. Ansvarig läkare från IVA ger en rapport om den aktuella patienten, man bestämmer hur patienten ska transporteras till operation och hur uppläggning på operationsbordet ska göras. Det bestäms också vem som ansvarar för att visa kirurgen dokument som används för säker identifiering. En särskild person utses som samordnare och den personen är då den som kommer att hålla operationsteamet underrättad om blodtryck, puls och saturation samt tidpunkt för hjärtstopp.

Därefter ges operationsteamet tid för att förbereda salen och instrument samtidigt som IVA personalen återgår till IVA. De ansvariga transplantationskirurgerna går noga igenom det operativa ingreppet med den tjänstgörande personalen och när alla förberedelser är klara ges klartecken till samordnaren på IVA. Så när de närstående känner sig redo så avbryts den pågående intensivvårdsbehandlingen. Respirator stängs av och patienten extuberas, eventuella vasopressorer stängs av, liksom alla andra infusioner. Endast läkemedel som ger smärtlindring och ångestdämpning ges. Samordnaren startar en klocka för tidtagning.

Vi har under hand genomfört ett antal DCD och en gemensam strategi har utformats som medför att allt som sker i vårdrummet kommuniceras med tydlig röst. Närstående ska inte uppleva att vi gör saker i smyg. Det innebär att läkaren tydligt ger ordinationer för de palliativa läkemedlen, närstående uppmanas att själva uttrycka om de tror att den närstående lider på något sätt. Samordnande sjuksköterska rapporterar värden via telefon till transplantationskoordinatören på Op-salen.

När hjärtat stannar låter vi 5 minuter gå utan att vi rör patienten, detta för att se om hjärtat återstartar spontant. Om det inte sker, dödförklaras patienten med indirekta kriterier, precis som vanligt. Dvs läkaren konstaterar varaktigt stillestånd av hjärtverksamhet och upphävd andning liksom att pupillerna är ljusstela. Det indikerar att hjärnas samtliga funktioner oåterkalleligt är borta, vilket är den definition som finns i lagen om bestämmande av människans död. Närstående har fått vara med under hela avbrytandet och är informerade om att transporten till operation kommer att ske direkt efter att patienten dödförklarats. Transporten genomförs skyndsamt, och ofta med fri lejd genom att annan personal går före och öppnar dörrar. På Op-salen görs så överflyttningen av den avlidne till operationsbordet enligt den överenskomna ordningen, kroppen tvättas och draperas, därefter görs en snabb laparotomi. Den långa ischemitiden under avbrytandet gör att det nu är bråttom att få access till blodkärl i buken för spolkatetrar och för att hindra cirkulation uppåt så sätts en aortatång direkt under diafragma. Spolning med kylda perfusionsvätskor startas i syfte att snabbt kyla bukorganen och på så sätt minska metabolismen. Dona-



Simulering på NKS i Solna inför pilotstarten 2018

torsoperationen görs nu på samma sätt som vid DBD.

### Framtiden – hur går vi vidare

Fler och fler sjukhus börjar nu visa intresse för att komma igång med organdonationer igen efter den långa pandemin. DCD har sin givna plats i den framtiden. Det pågår redan revidering av DCD protokollet eftersom man nu vill lägga till NRP, normotempererad regional perfusion. Internationellt har den tekniken funnits länge och innebär att det vid laparotomi kopplas en ECMO till blodkärlet. Därefter perfunderas, efter sedvanlig

avstängning av cirkulationen upp mot hjärtat, bukorganen med normotempererad lösning. Erfarenheten visar att den tekniken gör att dels njurarna får bättre funktion och dels att även levern kan tas tillvara för transplantation. Några fåtal patienter i Stockholm och Göteborg har donerat organ med den här tekniken med goda resultat för mottagande patienter.

Det som är viktigt nu är att vi klarar av att bilda en hållbar struktur för att bygga upp DCD i Sverige. Operationssjuksköterskor har en väsentlig roll att spela i detta och jag vill uppmana er att ta kon-

takt med donationsansvariga läkare och sjuksköterskor på era sjukhus och berätta att ni vill vara med. Diskutera donation på studiedagar, möt tveksamma kollegor med välgrundade argument. De flesta svenskar vill donera organ och vävnad efter döden, det är upp till sjukvården att göra det möjligt. Nästa år, sommaren 2022, kommer den nya transplantationslagen som förmodligen ger oss fler möjligheter att möta människors donationsvilja. Men redan här och nu ger DCD oss möjligheten att donera organ, även om vi inte dör i total hjärninfarkt under pågående respiratorbehandling. Allt som behövs är en dynamisk organisation på sjukhuset, som består av dedikerade proffs på IVA och på operation, sammansvetsade i ett team.

Slutrapport om DCD projektet och DCD protokollet finns för nedladdning på [www.vavnad.se](http://www.vavnad.se) ●

**Fakta:** Hans Lindblom, Regionalt Donationsansvarig för vävnad i region Stockholm – Gotland, medlem av projektgruppen för DCD

# Opragon

by Avidicare

## Ultra-rena, säkra och komfortabla operationsrum

Opragon ger säker och behaglig arbetsmiljö för operationspersonalen med ultra-ren luft i **hela** operationsrummet. (Alsved, M, et al. (2017) Journal of Hospital Infection).

Läs mer på  
[www.avidicare.com](http://www.avidicare.com)





# I huvudet på en chef

Jag växte upp tillsammans med äldre bror. Hemma hos oss var det väldigt noga att det alltid var millimetersrättvist när vi skulle få något. Jag minns exempelvis att de gångerna det fanns läsk 33 cl glasflaska var det extremt noga att det blev exakt lika mycket dryck i våra glas, på droppen eller lika mycket godis i godisskålen. Vi fick precis lika oavsett individuella behov eller förutsättningar. Så vad är egentligen rättvist? Är det exakt lika för alla eller kanske snarare likvärdigt beroende av situation, behov och förutsättningar?

Rättvisan är viktigt fråga för mig både på jobbet och privat. Som chef har jag funderat många gånger rättvisa begreppet. Ett laddat ord med mycket känslor kopplat till sig. Och det är något de flesta av oss upplever som mycket viktigt. Samtidigt är rättvisa subjektivt begrepp. Det finns medarbetare som har förväntningar om att chefen ska skapa rättvisa på jobbet. Kan man eller måste man ha millimeterrättvisa för sina medarbetare på jobbet? Jag har några medarbetare i min grupp som tycker att man ska ha millimeterrättvisan. Men det är svårt för att alla har olika individuella behoven och förutsättningar ser olika ut.

Jag tänker att en chef kan inte alltid fatta beslut som faller alla på läppen. Jag måste kunna ta de obekväma besluten, det ingår i mitt chefsarbete. Däremot är det viktigt vara en chef som är konsekvent. Jag tycker att det är viktigt att ord och handling stämmer överens och det ska gå att förutse vad som kommer att hända. Ibland behöver jag fatta beslut som medarbetarna inte ser som rättvisa. Men då behöver jag samtidigt vara mycket tydlig med varför jag fattat just det beslutet, en sorts transparens i beslutsfattandet.

Hur når man då rättvisan på arbetsplatsen? Jag tänker att ett sätt att öka känslan av rättvisa är att fråga mina medarbetare om vad de tycker innan jag tar ett beslut. "Vad tycker du?" frågan är

ett effektivt sätt att få de flesta av mina medarbetare att känna sig delaktiga med det kräver att jag måste faktisk lyssna på vad de säger. Men just för att alla inte alltid involveras kan det uppstå en känsla av orättvisa, ändå. Därför tänker jag att det är mycket viktigt att jag måste kunna motivera varför jag handlar som jag gör.

Jag tänker också att för att uppnå en känsla av rättvisa är det viktigt att jag umgås jämbördigt med alla mina medarbetare. För mig handlar det om att inte jämt sitta vid samma kaffebord och umgås och bli god vän med några få, varken ur rättvise- eller effektivitetsperspektiv. När jag istället umgås med alla mina medarbetare och är tydlig och konsekvent tänker jag att det kan bidra till en känsla av rättvisa och delaktighet.

Jag vill förankra, respektera och involvera mina medarbetare. Vissa stunder behöver jag vara hård men varm samtidigt, att försöka vara en bra, rättvis chef är inte så enkel uppgift. Som chef behöver jag vara närvarande och distanserad samtidigt för att kunna ta också obekväma beslut.

Jag tänker att jämlikt och rättvist bemötande betyder inte heller att alla medarbetare behandlas lika. En del behöver exempelvis mera hjälp och stöd medan andra trivs bäst med att vara ganska självgående. Det finns också alltid de som är superbra på att skyffla över sitt arbete på andra, som har svårt att säga nej. Eller de som inte följer gemensamma regler. Och hur ska jag arbeta för att skapa rättvisa och vad gör jag som kan uppfattas som orättvist? ●



Foto: byLindahl



# TOGETHER, WE CAN IMPROVE PATIENT OUTCOMES

ONE  
COMPLETE  
SOLUTION  
FOR YOUR  
SURGICAL  
NEEDS



**Dextile™**  
anatomical  
shape

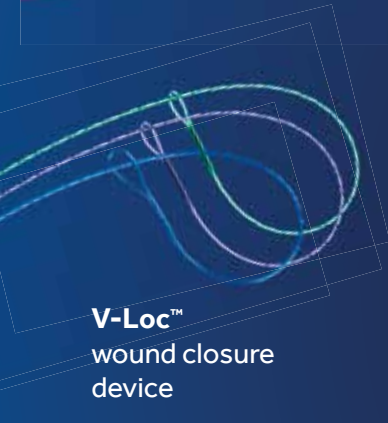


**Veriset™**  
hemostatic  
patch



**LigaSure™**  
Maryland device

**EEA™**  
circular stapler  
with Tri-Staple™  
technology



**V-Loc™**  
wound closure  
device

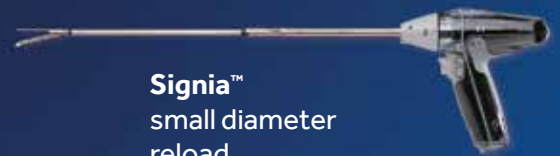


## PROCEDURAL KIT

**VersaOne™**  
optical trocar



**Sonicision™** curved  
jaw cordless ultrasonic  
dissection system



**Signia™**  
small diameter  
reload

# Välkommen till den 8:e konferensen för chefer

## Torsdag 2 december

17.30 Registrering och nätverkande mingel på Waterfront

## Fredag 3 december

08.30 Inledning

Hanna Karlsson, Nätverket för chefer vid Sveriges operationsavdelningar, CSO

08.40 Ledarskap med kommunikation som verktyg och varför kommunikation är skillnaden mellan att vara chef eller ledare

Försvarsmakten är en politiskt styrd myndighet som i många aspekter har funktioner som speglar samhället på olika sätt, i allt ifrån logistik och sjukvård till utbildning och samhällsansvar, men den yttersta uppgiften handlar om att försvara Sverige mot ett väpnat angrepp.

Therese Fagerstedt jobbar idag som pressekreterare på Försvarsmakten där hon också är chef för myndighetens mediecenter.

09.40 Kaffebuffé utanför föreläsningssalen

10.20 Världens bästa arbetsglädje

Ingen söndagsångest, bara måndagslängtan? Alla känner sig bekräftade av chefen? Goda relationer och smidig kommunikation mellan kollegor? Idag ser många av oss jobbet som ett sätt att få en månadslön, men tänk hur det vore om alla verkligen var stolta över att få jobba just hos er?! Tänk hur det skulle vara på jobbet om varje medarbetare klev in på arbetsplatsen varje dag med lust och energi, fast beslutet att göra sitt yttersta för att bidra till god arbetsglädje, motivation och lysande resultat?!

Elizabeth Kuylenstierna är ledarskapskonsult, medlare, terapeut, coach, författare, UGL-handledare och en av Sveriges mest efterfrågade föreläsare.

12.00 LUNCH och utställningsbesök

13.15 Ledarskap vid förändringsprocesser och ledarskapets betydelse för hållbar samhällsutveckling

Ida talar öppenhjärtligt och passionerat om varför vi människor behöver göra vissa val om världen ska bli en bättre plats. Ida Texell tar kliven långt utanför traditionella ramar och engagerar för att skapa framtidens välfärd. Hon arbetar aktivt med normkritiska frågor och värdebaserat ledarskap där mod, omtanke och handlingskraft är ledorden.

Ida Texell arbetar idag som kommundirektör i Upplands-Bro kommun.

15.00 Sammanfattande samtal om framtiden, en avgörande dialog

Rundabordsdialog med ledning av RFop:s chefråd

16.00 Avslutning

# och ledare vid Sveriges operationsavdelningar

Riksföreningen för operationssjukvård och Nätverket för chefer vid Sveriges operationsavdelningar, CSO, arrangerar för 8:e gången en chefskonferens med intressanta föredragshållare. Programmet startar på torsdag eftermiddag med ett nätverkande mingel. I samband med konferensen har du möjlighet att besöka den medicintekniska utställningen som hålls på Waterfront i samband med Riksföreningen för operationssjukvårds Höstkongress.

Tid och plats: 2 – 3 december 2021, Stockholm Waterfront Congress Center

Konferensavgift: 3 900 kr ex. moms, avgiften inkluderar mingel och dryck, samt lunch och kaffe x 2.

### *Erbjudande!*

*Du har möjlighet att anmäla dig som två dagars deltagare. Du deltar på Höstkongressen dag ett, den 2 december, samt Chefskonferensen, den 3 december, till ett reducerat pris, 5 850 kr ex moms, inkluderar lunch x 2 kaffe x 4 samt mingel.*

### *Nyhet!*

*Du kan även boka hotell via oss, Radisson Blu Waterfront Hotel, enkelrum för 2 100 kr ex moms.*

**Registrering:** Registreringen är öppen torsdag den 2 dec kl. 17.00 – 17.30 och kl. 08.00 – 08.30 på fredag den 3 dec.

Anmälan görs på [www.rfop.se](http://www.rfop.se) under Utbildning och evenemang.

Sista anmälningsdag med garanterat deltagande är den 5 november, därefter i mån av plats.

Anmälan är bindande. Platserna kan efter överenskommelse överlåtas åt annan person.

### Välkommen!

Hanna Karlsson, Nätverksansvarig CSO Riksföreningen för operationssjukvård



Hanna  
Karlsson



Therese  
Fagerstedt



Elizabeth  
Kuylenstierna



Ida  
Texell

## Chefskonferens 2-3 december 2021







## Ny Docent

# Ann-Mari Fagerdahl

Vi vill gratulera Ann-Mari Fagerdahl som antagits som docent i omvårdnad vid Karolinska Institutet, Institutionen för klinisk forskning och utbildning, Södersjukhuset.

Ann-Mari sällar sig nu till en lite handfull skara av operationssjuksköterskor som är docenter. Det är roligt men framför allt viktigt att vi på detta sätt får personer som kan vetenskapligt driva på utvecklingen inom operationssjuksköterskors kunskapsområde. Att erhålla en docentur innebär att fler dörrar öppnas för forskningsfinansiering och därmed kunna stödja operationssjuksköterskor som är intresserade av att utveckla sin forskningskompetens.

Ann-Mari Fagerdahl arbetar som bitr. lektor i Vårdvetenskap och är studierektor för specialistsjuksköterskeprogrammet i operationssjukvård. Ann-Mari driver också en uppdragskurs på avancerad nivå i sårbehandling på 7,5 hp. Hon har även nyligen tillträtt uppdrag som ordinarie ledamot på Etikprövningsmyndigheten och sitter i både ledningsgruppen och utbildningsnämnden på sin institution på KI SÖS.

Ann-Mari är huvudhandledare för Annika Tillinader vid KI SÖS samt bihandledare för operationssjuksköterskan Anette Nyberg som är doktorand vid Umeå Universitet.

Hon var även bihandledare för Eva Torbjörnsson som disputerade 2020. En av artiklarna som Ann-Mari vill lyfta lite extra för att den tillför ett viktigt och nytt perspektiv är *"The patient's experience of amputation due to peripheral arterial disease"*. *J Vasc Nurs.* 2017 Jun;35(2):57-63.

Ann-Mari deltar i ett flertal nationella och internationella forskningsprojekt som rör områden som; patienter och



Ann-Mari Fagerdahl

anhörigas erfarenheter av att drabbas av nekrotiserande fasciit som resulterat i 5 intressanta och nyskapande artiklar, livskvalitetsstudier, andra studier gällande patientens perspektiv, pedagogiska studier inom utbildning av specialistsjuksköterskor samt en internationell studie om patienters förutsättningar för egen vård vid sårbehandling.

Vid ett samtal med Ann-Mari berättar hon att för henne är det viktigt att kunna kombinera klinisk tjänstgöring med undervisning och forskning. Det är inte helt lätt i praktiken men det ger så många möjligheter att skapa verklig nytta för patienter genom att omsätta forskningsbaserad kunskap i praktiken.

Ann-Mari var med och startade upp Sårcentrum på SÖS 2015 och där har hon haft möjlighet att driva förbättringsprojekt, forskning och utbildning under åren. Det bästa med att kommit så långt inom akademien är att hon fått möjlighet att lära känna så många olika människor och skapa nya samarbete. Utbildningsuppdraget är viktig för Ann-Mari och hon menar att "det är här vi kan ge tillbaka".

På frågan hur det känns att få en docentur svarar hon "äntligen". Vi instämmer helt med detta, vägen till en docentur är ansträngande så stort GRATIS till dig Ami. ●



# Integra® DUO

## LED Surgical Headlight System

Ge dig själv de bästa förutsättningarna för rättvisa beslut med rätt ljus! Integra presenterar sin senaste generationens LED strålkastare som ger styrka, färg och klarhet du behöver.

För frågor eller behov av mer detaljerad information om våra produkter, kontakta vår kundservice eller besök [mediplast.com](http://mediplast.com).

# Blodfri kirurgi

Vad gör vi om vi inte kan ge en blodtransfusion under en operation och personen börjar blöda? Det finns andra sätt än att få blod till exempel genom blodåtervinning, temperatur- och syreoptimering, postoperativa kompressionsförband med flera.

Vid flera typer av kirurgi står vi beredda att ge blodtransfusioner. Det anses säkert nog och kan rädda liv. Men det är inte helt riskfritt och komplikationer som smittoöverföring, transfusionsreaktioner, modulering av personens immunsystem och postoperativa infektioner kan ändå hända. Blodet som lagrats i bank har dessutom sämre förmåga att transportera syre perifert än vad det har annars. Det kan också vara individen själv som nekar till blodtransfusion relaterat till rädsla eller kulturell tillhörighet, till exempel Jehovas vittne.

Runt om i Sverige finns det blodcentraler dit friska personer går för att lämna blod. Detta blod, allogent blod, kan sedan användas vid till exempel kirurgi. Blodet kan ges i sin helhet eller delas upp i komponenter som röda blodkroppar, blodplättar och plasma. Men om vi av någon anledning inte kan ge allogent blod till en person så måste vi ha andra alternativ. Alternativet kan vara autologt blod. Då lämnar personen i omgångar en enhet av sitt eget blod under 1–4 veckor innan sin planerade operation så att ett individuellt lager finns om behov. Då måste personen uppfylla alla kriterier som gäller för vanliga blodgivare. Det vill säga: vara frisk, vara blodgrupperad och ha ett bra hemoglobinvärde. Blodet kan som längst lagras i sex veckor och måste därför vara insamlat under en period kortare än det in på operationen. Det finns också ett alternativ att återvinna det blod som personen blöder under operation. Då används speciella 40µm-filtrer till blodet som samlas upp i sugarna med en tillblandning av antikoagulantia därefter centrifugeras fritt hemoglobin, plasma, trombocyter, vita blodkroppar, koagulationsfaktorer



Foto av Roger Brown från Pexels

och antikoagulantia bort. Återstoden, röda blodkroppar, tvättas med NaCl innan de pumpas till en transfusionspåse och blodet kan sedan ges direkt tillbaka till personen under operationen.

Anestesiläkemedel har en temperaturhämmande effekt liksom exponeringen vid operationsfältet och redan under första timmen sjunker personens kroppstemperatur med ca 1,5°C. Genom att försöka motverka hypotermi redan från start med varma vätskor och värmetäcke samt optimera med syrgastillförsel kan vi förebygga blödningsbenägenheten samt minska behovet av intraoperativ blodtransfusion. Vid stora höftprotesoperationer har man dessutom sett att kompressionsförband kunde minska behovet av allogen blodtransfusion jämfört med standardförbanden. Kompressionsförbandet placerades utanpå standardförbandet och var utformat som en gördel som placerades runt hela höften, likt en jättstor blodtrycksmätare, där kompressionen reglerades med hjälp av en luftkudde och manometer. Skulle då allogena blodtransfusioner på

väg att fasas ut. Troligen inte men det är viktigt att veta om alternativen och att fortsätta att tänka innovativt och lösningsorienterat för att ständigt driva sjukvårdens stora hjul framåt. ●

## Referenser:

Hörnberg, I., Bengtsson, A., & Bergman, B. (2002). Kompressionsförband minskar behovet av allogent blod vid höftproteskirurgi. *Läkartidningen*, (99), 397–399.

Rosin, A. (2016). RUTIN: Blodåtervinning (Barium: doknr 26497). Västra Götalandsregionen Sahlgrenska universitetssjukhuset.

Region Västerbotten (2018). Autolog blodgivning: Preoperativ autolog blodgivning. Hämtad 22 september 2021 från [regionvasterbotten.se/for-vardgivare/behandlingsstod-och-vardriktlinjer/laboratoriemedicin/autolog-blodgivning](https://regionvasterbotten.se/for-vardgivare/behandlingsstod-och-vardriktlinjer/laboratoriemedicin/autolog-blodgivning)

Engström, L. (2019). Blodtransfusion. Hämtad 22 september 2021 från <https://www.1177.se/behandling--hjalpmedel/fler-behandlingar/blodtransfusion/>



# Helhetsansvar med egna operationsteam

Idag har alla regioner har långa operationsköer pga inställd vård under pandemin. Hur man planerar arbeta ikapp vårdskulden varierar i landet.

Operatorkonsulterna erbjuder kompletta operationsteam och drift av hela operationenheter som en del av lösningen, en verksamhet som bedrivits med stor framgång i Region Stockholm.

Operatorkonsulterna grundades 2014 av erfarna specialistsjuksköterskor med drivkraften att förbättra för såväl medarbetare som patienter och sjukvården i stort. Företaget är inte ett traditionellt bemanningsföretag, utan har expertisen att ta sig an komplexa operationsuppdrag, genom hela kedjan med ett helhetsansvar.

- Vi kan bidra med kompletta operationsteam med operationssjuksköterska, narkossjuksköterska, undersköterska, postopsjuksköterska och narkosläkare. Vi ansvarar för såväl operationsplanering, operation och eftervård. Alla våra sjuksköterskor är specialistutbildade inom operation, anestesi och IVA och har lång och gedigen erfarenhet, berättar Joacim Claesson, vd och anestesisjuksköterska.

## Nytt koncept

2018 inleddes ett sådant samarbete med Region Stockholm. Operatorkonsulterna tog helhetsansvar för en operationssal på Karolinska sjukhuset och under projektets löptid på 1,5 år genomfördes ca 4 000 operationer, främst avancerad cancerkirurgi.

- Modellen där vi tar hela ansvaret har visat sig vara ett vinnande koncept. Vi har kunnat styra flödena optimalt med hög produktivitet och kraftigt kapade köer. Både beställare och medarbetare har varit väldigt nöjda, berättar vice vd Patrik von Zur-Mühlen, operations- och anestesisjuksköterska.



## Kapacitet för fler uppdrag

Operatorkonsulterna har nyligen fått i uppdrag att bedriva ett stort operationsprojekt i Västmanland men har ändå kapacitet att åta sig fler liknande uppdrag. Operatorkonsulternas modell för helhetsansvar och drift av operationenheter kan bedrivas i många regioner där det redan finns operationssalar som ej används på sjukhusen.

- En viktig fördel med vår modell är att sjukhusens egna operatörer får operera patienterna inom sitt ordinarie sjukhus. Det medför en högre

patientsäkerhet då hela sjukhusets ordinarie verksamhet med olika specialister finns tillgänglig i omedelbar närhet i händelse av komplikationer under operation. Det finns även en viktig aspekt i att modellen att operatörerna får upprätthålla sin kompetens och färdighet istället för att överlämna ingreppen till kollegor inom den privata vården. Idag är vården konstant underbemannad och i behov av nya kollegor så därför är det ytterligare en fördel att Operatorkonsulterna i sin modell även tar ett ansvar för vidareutbildning och handledning av såväl studenter som nya kollegor för exempelvis specialistsjuksköterskelever, läkarstudenter, ST-läkare och nyutbildade specialister säger Joacim.

Joacim och Patrik hoppas nu på en konstruktiv dialog med beställare och andra ansvariga i regionerna:

- Vi är övertygade om att vår modell kan vara lösningen på många flaskhalsar, inte minst vad gäller specialistsjuksköterskor i operationssjukvården. Vi har kompetensen och kan på kort tid bygga upp en välfungerande och effektiv operationsverksamhet.

## Fakta

Operatorkonsulterna drivs av kliniskt verkssamma specialistsjuksköterskor och erbjuder kompletta operationsteam, som tar ett helhetsansvar för pre-op, operation och post-op. Man erbjuder även traditionell bemanning. Medarbetarna är samtliga specialistsjuksköterskor inom operation, anestesi och IVA. För både dig som anställd och uppdragsgivare är det en trygghet med en arbetsgivare som har stor erfarenhet av specialistsjukvård och komplett försäkringsskydd.

## Operatorkonsulterna

Kindstugatan 1, 111 31 Stockholm

Tel: 08-580 80 300

E-post: [post@operatorkonsulterna.se](mailto:post@operatorkonsulterna.se)

[www.operatorkonsulterna.se](http://www.operatorkonsulterna.se)



# Operationssjuksköterskan, kvalitet och kvalitetsutveckling i ett kvalitetsregister

*Kvalitetsutveckling kan beskrivas som en verksamhetskultur där man sätter kunderna (läs patienten) i centrum, baserar beslut på fakta, arbetar med processer, ständigt med förbättringar samt skapar förutsättningar för delaktighet [1]. Ett kvalitetsregister är ett verktyg som hjälper oss att arbeta med och utefter våra professionella kärnkompetenser.*

Förbättringskunskap är en av de sex kärnkompetenser som sjuksköterskor och läkare har gemensamt och som genomsyrar verksamhetens kvalitetsarbete. WHO:s checklistas är ett exempel på detta inom perioperativ vård. Evidensbaserad vård är en annan av våra kärnkompetenser och en självklar del av vår vardag. Men det finns fortfarande många omvårdnadsåtgärder som det inte finns evidens för, men betyder det att något är dåligt för att det saknas evidens? Inte alls, men för att bevisa att det vi gör är värdefullt och av hög kvalitet för våra patienter,

måste vi kunna mäta det. Det är också ett sätt att visa vad som sker i den för omvärlden stängda operationssalen. Genom att samla information om operationssjuksköterskans omvårdnadsåtgärder kan vi skapa evidens för vilken metod som är att föredra vid tex positionering av en patient. I Nationalencyklopedin kan vi läsa att en kvalitetsindikator är en "...mätbar egenskap eller omständighet som kan användas för att kvantitativt uttrycka kvalitetsnivån hos någon del av en verksamhet". Dessa kan användas för att visa på hur ofta vissa omvårdnads handlingar utförs och med vilken kvalitet. Vad är vi bra på? Hur visar vi vårt expertområde? Hur kan vi visualisera för omvärlden vad vår specialisering inom perioperativ omvårdnad betyder för patienten?

När ett register med indikatorer är fullt utbyggt är det möjligt att följa upp alla patienter i landet. Det är också möjligt

att följa upp hur enskilda regioner, sjukhus eller kliniker bedriver vård. Kvalitetsregister möjliggör lärande och ständigt förbättringsarbete och är en viktig ingrediens i ett modernt hälso- och sjukvårdssystem.

## SPOR

Svenskt Perioperativt Register (SPOR) är ett nationellt kvalitetsregister inom perioperativ vård som registrerar både process- och kvalitetsvariabler under patientens kirurgiska resa, från operationsanmälan till och med den postoperativa vården. Registret kan ge information om hur länge en patient vistas i de olika faserna och jämföra hur väl det stämmer överens med det som var planerat, vilka väntetider för både akuta och elektiva operationer och strykningar som genomförs. Patientsäkerhet och vårdkvaliteten kan redovisas genom följsamhet till checklista, förekomst av smärta, postoperativt illamående och kräkning (PONV), kroppstemperatur, blodförlust, blodtryck och komplikationer mm. Registerdata kan användas på flera nivåer, från nationella jämförelser (tex i SPOR-index) till att lokalisera och följa lokalt initierade förbättringsarbeten. Det finns redan ett flertal forskningsstudier genomförda på SPOR-data och så fort vi börjar jobba med de omvårdnadsvariabler som berör operationssjuksköterskans profession, kan vi även forska på dessa.

Idag har vi dock en lucka att fylla inom SPOR som annars täcker hela vårdkedjan från pre- till postoperativ vård. Registret har utvecklats av anestesiologer vilket är anledningen till en naturlig övervikt av anesthesiologiska kvalitetsindikatorer. Dessa eldsjälur har byggt upp en infrastruktur och breddinfört registret över hela landet, vilket innebär att de redan hanterat och bearbetat de juridiska, ekonomiska och tekniska



aspekterna inom ett register. Men i registret finns begränsat med indikatorer som speglar operationssjuksköterskans ansvarsområden och kvaliteten inom dessa. Men SPORs styrelse har tagit emot oss med öppna dörrar och uppmanar oss att utveckla fler indikatorer. Vi behöver inte strida för att få komma in i registret, utan vi arbetar tillsammans för att få till ett bra resultat. Som en unik profession med specifik kunskap inom t.ex. aseptik har vi en skyldighet att synliggöra våra kunskapsområden. Ingen annan kommer att göra det jobbet åt oss. Att använda SPOR som verktyg är ett utmärkt sätt att uppmärksamma operationssjuksköterskans viktiga roll. Det är nu hög tid för operationssjuksköterskeprofessionen att profilera sig inom SPOR och visualisera vår spetskunskap och unika kompetensområde. Vissa kliniker har SPOR-registreringen integrerat i sitt operationsplaneringsprogram, andra kan ha registreringen separat. Kolla med er lokala IT hur det fungerar hos er och börja registrera idag!

### Vad gör SPOR-rådet?

SPOR-rådet inom Rfop jobbar för att bygga in operationssjuksköterskans unika profession i SPORs infrastruktur så att operationssjuksköterskor kan registrera och använda sin egen information till att utveckla professionen och vården av patienterna. Registerdata kan visa oss hur indikatorerna utvecklas ur ett nationellt perspektiv, t.ex. från Covid-19 pandemin där all inställd vård lätt kunde visualiseras och sättas i perspektiv till ett normalår, vilket visar dimensionen av den uppskjutna vården.

Att vara problemlösare kan ses som en operationssjuksköterskas unika skicklighet. Hur ofta sker saker som inte var väntat, men som vi löser med bra beredskap? Detta kallas för avvikelser i SPOR (när något inte har blivit som man tänkt sig) och är inte tänkt att ersätta de vårdavvikelse som också kan behöva rapporteras. Exempel på en SPOR-avvikelse kan vara när något har blivit kontaminerat (och utbytt), orena instrument, operationsbordet slutar att fungera, konvertering från endoskopisk till öppen kirurgi mm. Fler av dessa avvikelser finns sedan tidigare för oss att registrera i SPOR med hjälp av en tillhörande kod. SPOR-rådet har nyligen arbetat fram 5 nya avvikelsekoder för

bruten aseptik, som i och med nästa uppdatering av SPOR blir möjliga att registrera:

1. Bruten aseptik - Drapering-lossnat/hål/fuktigt
2. Bruten aseptik - Rock/handskar - lossnat/hål/fuktigt
3. Bruten aseptik - Utebliven huddesinfektion
4. Bruten aseptik - Orena instrument, hål/fuktigt instrumentbordslakan, främmande materia
5. Bruten aseptik - Direkt kontamination

Rådet arbetar även med positionering, i syfte att skapa en struktur som är möjlig att registrera i SPOR och skapa jämförelser inom, mellan sjukhus och regioner. Ett första steg blir att registrera vilka grundpositioner vi använder samt vilka variationer av dessa som är möjliga att enas nationellt kring. Efterföljande steg blir att bygga på med

tillbehör. Dessa registerdata möjliggör uppföljningar om huruvida vissa positioner eller tillbehör orsakar skador på våra patienter.

Rådet strävar efter att ha representation från hela landet. Just nu söker vi intresserade operationssjuksköterskor från Västra Götaland och Malmö/Lund. Hör av er till Ida eller Jenny för mer information och intresseanmälan. Det förväntas ett visst engagemang i rådarbetet, men vi erbjuder en gemenskap och ett utvecklande arbete inom vår professionsutveckling. Välkomna att höra av er! (kontaktuppgifter via hemsidan). ●

### Referens

[1] Bergman, B. & Klevsjö, B. (2019). Kvalitet, från behov till användning (5:e uppl.). Lund: Studentlitteratur.

Den 19 november arrangerar rådet en nätverksträff för SPOR- intresserade medlemmar! Anmälan sker på hemsidan.



## AO Trauma Grundkurs – Frakturkirurgi för operationssjuksköterskor (med förberedande kurs on-line)

När: 8-9 februari 2022

Var: Stockholm, Sverige

### Kursbeskrivning

Förberedande on-line kurs är ett nytt moment för Grundkursen. Fördelarna är att kunna bibehålla färdigheter och kunskaper då det är inhämtat under en längre tid och att lära sig viktiga utvalda ämnen och koncept i egen takt. Den förberedande on-line kursen är en integrerad del av helheten.

1. **Förberedelser on-line:** 4 veckor innan den fysiska kursen (face-to-face).
2. **Face-to-face:** två dagar baserade på interaktiva aktiviteter. Föreläsningar, gruppdiskussioner och praktiska övningar.
3. **Uppföljning on-line:** efter kursen

För mer information:  
<https://sforce.co/3kwpANN>

### Målgrupp

Kursen vänder sig till alla operationssjuksköterskor som är intresserade av att fördjupa sina kunskaper och färdigheter i frakturkirurgins grundprinciper.

### Kursledare

**Ann-Charlotte Claesson**, Uppsala universitet  
**Lena Brauer**, Södersjukhuset Stockholm

Följ oss: [ao\\_trauma-opssk.sverige](https://ao-trauma-opssk.sverige)



### AO Trauma

Clavadelerstrasse 8 | 7270 Davos | Switzerland  
Phone: +41 79 774 12 59  
E-Mail: [aoges.emea@aofoundation.org](mailto:aoges.emea@aofoundation.org)



# Nu förbjuds återanvändning av medicintekniska engångsprodukter – men frågan kvarstår

Återanvändning av medicintekniska engångsprodukter har utretts och debatterats under en lång tid i Sverige. Frågan aktualiserades i och med den nya medicintekniska EU-förordningen, som trädde i full kraft strax innan sommaren. Den nya lagstiftningen förbjuder förvisso återanvändning, men möjliggör för medlemsstater att göra avsteg från detta förbud och tillåta det i det egna landet.

Sveriges myndigheter har tidigare varit emot återanvändning, men vände överraskande i frågan då Socialstyrelsen vid årsskiftet 2020/21 presenterade en rapport som fastslog att återanvändning av engångsprodukter på flera patienter kan anses vara patientsäkert.

I juni 2021 tog frågan en ny vändning då riksdagen röstade igenom regeringens proposition som innehöll en skrivning som ger regeringen uppdraget att besluta hur och om man ska hantera återanvändningsfrågan. Det innebär att vi nu befinner oss i ett läge där återanvändning av medicintekniska engångsprodukter är förbjudet i Sverige. Men frågan har i och med riksdagens beslut flyttats över till regeringen och kan när som helst aktiveras igen. Så nu kan man säga att Sverige befinner sig i ett limboläge.

Vi är flera organisationer som företräder patienter, vårdprofessioner och tillverkare av medicinteknik som har reagerat kraftigt mot frågan om att återanvända medicintekniska engångsprodukter. Swedish Medtech och RFop är två av dessa.

Argumenten som lyfts fram av Socialstyrelsen i deras rapport handlar i

huvudsak om ekonomi. Vi ser att de beräkningar man gjort är högst bristfälliga och att man både riskerar patienternas säkerhet och utsätter vårdpersonal för svåra etiska dilemman. Tillsammans författade Swedish Medtech, RFop, Steriltekniska föreningen och MEDEA därför en egen rapport där vi lyfte ett antal områden som vi då såg, och dessvärre fortfarande ser, står obesvarade.

## Patientsäkerheten

Vi inleder vår rapport med att konstatera att begreppet "återanvändning av medicintekniska engångsprodukter" är en motsägelse i sig själv. Att anpassa regelverk och vårdprocesser för att kunna återanvända något som är framtaget för engångsbruk måste betecknas som en tankekurva.

En engångsprodukt är av sin tillverkare designad, tillverkad och testad för att användas på en patient vid ett tillfälle. Enligt det medicintekniska regelverket ska tillverkaren, enkelt uttryckt, kunna visa att den produkt man sätter på marknaden är säker och effektiv vid avsedd användning och att den underhålls på avsett sätt. Bryter man mot detta kan man inte veta hur det kommer att påverka produkten, man riskerar helt enkelt dess funktion och sterilitet. Produktens material och utformning är valda för det ingrepp där den ska användas, inte för hur den eventuellt ska kunna rengöras för en återanvändning eller tåla ytterligare steriliseringsprocesser.

I motsats till Socialstyrelsens slutsats kan flera steriltekniker och operations-sjuksköterskor vittna om svårigheten att rengöra och resterilisera engångsprodukter.



Mia Engman Hyrén

Vården runt en patient är komplex, därför är det viktigt att som vårdgivare kunna upprätta säkerhetsmarginaler i sitt arbete för att, så långt det är möjligt minimera alla risker med en behandling. Att tillåta återanvändning av engångsprodukter är att frånga detta och ta bort en viktig patientsäkerhetsåtgärd.

## Vårdpersonalen utsätts för etiskt dilemma

En viktig fråga att ta ställning till är hur man ska resonera kring vilka patienter som ska få en ny produkt och vilka som ska få en återanvänd. Det är även en fråga om vem som ska få produkten när den används femte gången eller tionde gången. Hur ska man bedöma den ökade risk man utsätter en patient för som behandlas med en produkt som återanvänts flera gånger? Det är vårdpersonal, i många fall operations-sjuksköterskor, som kommer tvingas fatta beslutet om produkten som ligger på bordet kan användas eller ej i den aktuella operationen.

Socialstyrelsen uttrycker inga behov av att vården informerar en patient att man tänkt använda en återanvänd produkt vid ett ingrepp. Något som vi ser går helt emot den patientlag som kom 2014 där det är tydligt formulerat att man ska involvera en patient i dess behandling och informera om de risker som den kan medföra. Även här är det vårdpersonalen som i praktiken kommer få avgöra om patienten ska få informationen eller inte.

### Det ekonomiska perspektivet – handlar det egentligen om att få sälja mer?

Röster har höjts inom våra regioner att man inte anser sig ha råd att använda engångsprodukter endast en gång och i Socialstyrelsens rapport kunde man läsa att företagen tillverkar engångsprodukter främst i syfte att öka sin försäljning.

Det påståendet är både kränkande och missvisande. De medicintekniska bolagen har, precis som vårdpersonalen, som främsta drivkraft att skapa bra och säkra behandlingar som ger ett så gott resultat som möjligt för varje enskild patient.

Det finns idag en rad produkter som är avsedda att återanvändas. Med de följer anvisningar om hur de ska rengöras, steriliseras och funktionstestas efter en användning. Om man har för avsikt att återanvända en produkt, vill vi se att man efterfrågar en sådan från marknaden vid upphandlingen. Det skapar förutsättningar för vården att på ett säkert sätt kunna använda produkterna och det ger även en trygghet både för patient och vårdgivare att produkterna används på korrekt sätt.

Vården, företagen, akademien och patienter strävar ständigt efter att flytta fram och förbättra förutsättningarna att behandla och lindra sjukdomstillstånd. Denna samverkan har bidragit till viktiga innovationer och räddat många liv. Att man, som man nu riskerar göra, urvattna begreppet engångsprodukter är fel väg att gå. Det leder snarare till att vi konserverar gamla behandlingsmetoder, utsätter vårdpersonalen för etiska dilemman och patienten för onödiga risker. ●

**PLATSER KVAR!**

**HÖSTKONGRESS  
CHEFKONFERENS  
STOCKHOLM WATERFRONT**



2 - 3 DECEMBER 2021  
ANMÄL ER PÅ [RFOP.SE](http://RFOP.SE)

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/m<sup>3</sup>. Aggregatet fungerar lika bra i operationssalen som i uppdukningsrummet eller sterilenheten. Och det krävs ingen tidsödande installation. Det är bara att stoppa kontakten i närmaste uttag. Vill du veta mer om fördelarna med Dopair och se de senaste mätresultaten, ring Marcus Ragnarsson på 0705-89 63 32 eller skriv till [marcus.ragnarsson@crcmed.com](mailto:marcus.ragnarsson@crcmed.com)

[www.crcmed.com](http://www.crcmed.com)







# Nya Karolinska sjukhuset

Jag heter Kerstin Boredal och jag arbetar som operationssjuksköterska på Trauma, obstetrik och akutoperation på NKS. Jag blev sjuksköterska 2005 och 2015 bestämde jag mig för att vidareutbilda mig. Valet föll på operationssjuksköterskeutbildningen eftersom jag hade starka minnen från min praktik under grundutbildningen. Jag var då placerad på anesthesi i två veckor på Karolinska sjukhuset i Huddinge. Jag tyckte att det var så otroligt spännande och jag tyckte det var mycket roligare att titta över narkosbågen och se vad som hände på andra sidan. Av en slump träffade jag en sjuksköterskekollega som skulle börja vidareutbildningen till operationssjuksköterska och hon berättade att hon skulle läsa med studielön. Jag kontaktade samma operationsavdelning och fick samma möjlighet. Efter examen 2016 övergick anställningen till en 2-årig tjänst på Centraloperation på Karolinska sjukhuset i Solna. Min kollega, som tipsade mig, och jag skrev magisteruppsatsen tillsammans och är fortfarande kollegor idag fast nu som operationssjuksköterskor.

Efter två år på C-op så öppnade vårt nya sjukhus NKS och vi flyttade in i nya lokaler november 2018. Tidigare hade avdelningen under samma tak rymt många olika sorters kirurgi; urologi-kärl-, kolorektal-, gyn- och akutkirurgi. Nu delades avdelningen upp fysiskt i två våningsplan där vi blev Trauma och Akutoperation och på det andra planet hamnade all bukkirurgi tillsammans med barn och angio. Vi förbinds med en spiraltrappa som gör att vi kan gå till varandra utan att lämna operationsavdelningområdet. Organisatoriskt så är vi fortfarande en enhet och det finns möjlighet för den som vill att rotera. Vi samarbetar också vid elektiva överdrag och personalen kan vid ökad belastning hjälpa varandra.

Trauma/akutoperation består idag av två korridorer; en operationskorridor och en



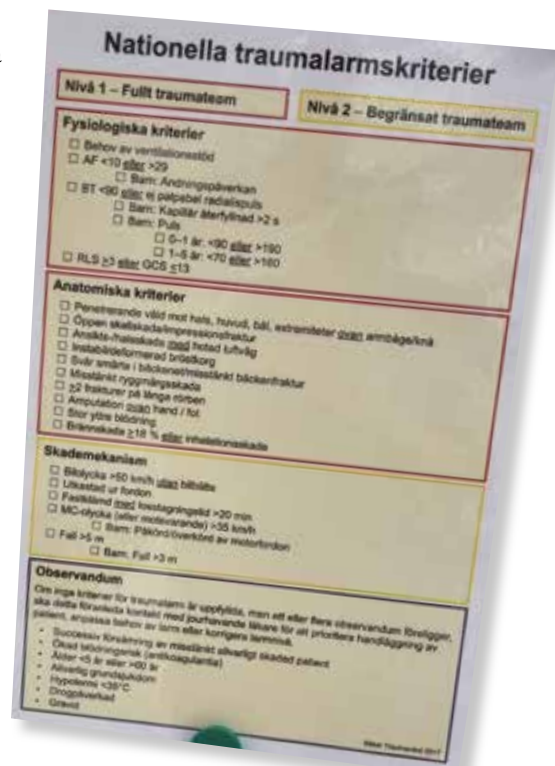
traumakorridor som ligger bredvid varandra. Vi har fem operationssalar, fyra på vår avdelning varav en är en hybridsal, samt en operationssal inne på förlossningen där vi gör våra kejsarsnitt. I traumakorridoren finns tre traumarum med direktanslutning till datortomograf. Dessa tre rum delar vi med Barnoperation.

Under dagtid bemannar vi två operationssalar för akutkirurgi, det vill säga det som anmäls på akutlistan. Vi har även elektiv kärlkirurgi och elektiva kejsarsnitt alla vardagar. Dessutom har vi ett operationslag som har larmsökare som är i beredskap för traumapatienter, omedelbara kejsarsnitt och andra ingrepp som inte kan vänta på akutlistan tex ECMO. Under jourtid så har vi tre operationslag varav ett skall vara i larmberedskap, så vi kan arbeta på två operationssalar samtidigt. Vid hög belastning eller

vi händelse av att flera traumapatienter kommer in samtidigt så har vi rutiner för samarbete mellan de andra operationsavdelningarna på NKS.

Traumalaget består av en operationssjuksköterska, en undersköterska och en anestesijüksköterska. Dessa tre utgör tillsammans med traumaledare, som är en kirurg, anestesilog, radiolog, röntgensjuksköterska, ortoped samt sjuksköterska och undersköterska från akutmottagningen det Traumatteam som tar hand om de patienter som inkommer som Trauma nivå 1.

Som operationssjuksköterska är jag behjälplig med överflyttning av patient, klipper kläder, blockvänder, sätter KAD vid behov, assisterar traumaledare vid kirurgiska ingrepp. De ingrepp som kan bli aktuella på traumarummet är inläggning av thoraxdränage, suturering av sårskador, omläggning av sår, assistera ortoped vid anläggning av sträck alternativt hare och gipsning.





Vid behov kan traumapatienten tas in på operationsal direkt utan att passera traumarummet. För all urakut kirurgi har vi förberedda vagnar med sterilt material och instrument som är lätta att rulla dit de behövs.

Vi har även ett litet steriltförråd på avdelning med en uppsättning av våra vanligaste galler och material. Steriltförrådet samt genomräckningsskåpen fylls på av personal från steriltekniska enheten (STE) flera gånger varje dag genom Jit system. Vid de operationer som inte är så bråttom kan vi beställa upp vagnar från STE som är ihopplockad enligt det valda operationskortet. Dessa vagnar kan antingen komma med personal eller med en robot. Med personal kommer materialet direkt, med robot tar det knappt en timme.

Våra elektiva ingrepp består av kärllirurgi tex Fempop, Femfem, BAA, TEA ljumske - och TEA carotis. Indikationen för våra elektiva kejsarsnitt kan vara att mamman eller barnet inte är friska eller andra komplikationer tex. placenta previa eller placenta accreta. Vi gör hybridgrepp både inom kärl och obstetrik och då samarbetar vi med angiopersonal. Den akuta kirurgin kan vara lite allt möjligt. Vi har en del för oss "sällan-ingrepp" så som FESS, ryggkirugi med implantat, neurokirugi (oftast på trauma patienterna) men också vanliga ingrepp såsom sårevisioner, VAC-omläggningar, laparotomier och stomiuppläggningar. Gemensamt för våra patienter är att dom ofta är svårt sjuka eller skadade vilket kan innebära stor uppslutning av personal vid förberedelser och anestesi.

Vi arbetar i salsteam med operationssjuksköterska, anestesisjuksköterska samt undersköterska. Tillsammans tar vi emot information om kommande operation

och planerar och förbereder för patienten tillsammans enligt WHO:s checklista för säker kirurgi. Vi använder oss av uppsamlingslådor för operationsdukar och tork så kallade "tårtor". Undersköterskorna kan vid behov väga dessa tårtor och sedan skriva in vikten i ett dokument som omvandlar gram till ml. Vi dokumenterar i vårt journalsystem Take Care som är gemensamt för resten av sjukhuset och i Orbit. Efter operationen lämnar operationssjuksköterskan och anestesisjuksköterskan patienten tillsammans på postop eller IVA där vi båda rapporterar enligt SBAR. Vi har gott om studenter

från alla olika kategorier; studenter inom operation och anestesi som är hos oss flera veckor men också studenter från grundutbildningen termin 5 som gör sin placering inom akutsjukvård. Dessutom träffar vi många läkarstudenter som följer med kirurgerna.

Det bästa med min operationsavdelning är absolut mina kollegor. Vi har en mycket god stämning och har väldigt roligt tillsammans. Sen är det en rolig arbetsplats för vi får se så mycket och många människor passerar vår avdelning, både patienter och personal. ●

*Vi söker dig som vill ha ett spännande och omväxlande arbete på olika kliniker.*

## Operationssjuksköterska - vi behöver dig!



Uppdrag finns i hela landet. Våra medarbetare har alla lång erfarenhet och hög kompetens så vi önskar att du har minst 5 års erfarenhet som operationssjuksköterska och gärna med en bred bakgrund.

Tillsvidareanställning eller vid behov.

Välkommen till oss!

Med vänlig hälsning

**Operationskonsulterna**

**Tel:** 08-580 80 300

[www.operationskonsulterna.se](http://www.operationskonsulterna.se)





# Att starta nytt i pandemi-tider

Under hösten 2020 fick Head & Neck /ÖNH kliniken på NKS i uppdrag att starta transoral robotoperationer, TORS. Denna metod ger kortare vårdtid än tidigare metoder, mindre smärta för patienten och det kan också vara så att patienten slipper strålbehandling. Fördelarna är viktiga då det är en kostsam teknik. Nu är den främsta behandlingen för cancer i svalget strålbehandling och blir inte patienten botad av det går man vidare med en större operation med lambå vilket också inne-

bär att man måste splitta mandibeln för att komma åt operationsområdet men det blir ändå inte alltid radikalt. Operationen kräver mycket personalresurser, lång operationstid och lång vårdtid. Med robot får man ett mer radikalt resultat, slipper strålning och får dessutom bättre överlevnad och tidigare hemgång. Initiativtagare är Mathias von Bacherat kirurg som tidigare arbetat i Örebro där man gör dessa operationer. TORS görs också vid ÖNH kliniken i Lund.

Orsakerna till den här formen av cancer i svalget kan bland annat vara rökning, alkohol, HPV virus men också helt enkelt och "otur"! Alla patienter är dock inte kandidater för den här formen av kirurgi, beroende delvis på patientens egen anatomi. Då det också är en kostsam form av kirurgi krävs också stort patientunderlag för att driva verksamheten. Vid introduktion av ny operationsteknik tar det lite tid innan man ser eventuella tids- och kostnadsvinster. All personal på enheten ska lära sig och det kräver ofta ny utrustning. Men den kostnaden tjänar man in rätt snart.

Det blev många möten i början bland annat om hur vi skulle kunna få tillgång till en robot och vilken utrustning vi skulle kunna låna och vilken övrig utrustning som skulle behövas. Mattias som har erfarenhet från Örebro fick tillsammans med oss och firman Intuitive gå igenom vad vi behövde beställa för att kunna starta. Vi hade kontakt med Örebro och Lund och har vi fått ta del av deras PM. Vi har också fått mycket stöttning av våra kollegor inom NKS som arbetar med robotkirurgi på andra enheter bland annat med att skriva operationskort kopplade till vårt





operationsprogram Orbit. Utbildning planerades och genomfördes för alla i teamet. I teamet ingick från början två anestesijuksköterskor, två operationsjuksköterskor, två undersköterskor, två kirurger. Portar, instrument och optik placeras alla i patientens munhåla. Det betyder att anestesin och vi arbetar i samma område vilket ger teamarbetet en ny dimension. Patrik Hallsten från företaget Intuitive och Mathias von Begerat höll föreläsningar. Vi simulerade, tränade allt från förberedelser till akut avdocking. Alla måste kunna. Samtidigt bedrevs ordinarie verksamhet. Det har blivit en hel del övertid som det brukar med nya projekt vilket kräver intresserad och engagerad personal.

Vi lånar en robot Da Vinci Xi och operationssal från gynnenheten och en del instrument. För att lära oss tekniken började vi med att enbart operera tonsillectomier på patienter med malign tumör i tonsillerna. Man kan operera dessa öppet och billigare men det är ett sätt att lära sig processen och att hantera de speciella instrumenten.

forts sid 36 →



Operativ hysteroskopi utan kapitalkostnad eller komplexitet



## LiNA OperåScope™

Operativt hysteroskopisystem för engångsbruk

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

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

KEBOMED



Vi har ett fåtal instrument för att kunna göra dessa men kommer att behöva komplettera för att kunna göra större kirurgi. Gynoperation ligger på ett annat våningsplan så när vi ska operera vilket har varit varannan fredag får vi ta med all den utrustning som är vår egen. Vi kan låna optik men övriga instrument är våra egna som vi förvarar i särskilda vagnar för transport av sterilt gods mellan avdelningarna. Vi måste på plats bygga om operationsbädden varje gång för att den ska bli anpassad för våra patienter. Från förberedelser till avslut av operationen tar det ca 3 timmar. Det är mest förberedelserna som tar tid. Vi har haft dubbelbemanning vad gäller anestesi, operationssjuksköterskor och undersköterskor där den ena är ansvarig och den andra lär sig. Tanken är att i slutändan skall alla på kliniken kunna. Patienten nasalintuberas och operationen genomförs med en stor ställning i svalget så operationen går inte att genomföra på patienter som har svårt att gapa. Påminner om ställning man använder vid skopier men är mer avancerad och framförallt större. Det går bara ner tre armar/instrument; optik, bipolär och monopolär. Vi kan låna optik men de övriga instrumenten är egna anpassade (och dyra!) vi har iordningställt vagnar för att kunna flytta sterila instrument mellan avdelningarna.

Första operationen var 23 oktober 2020 men sen blev det uppehåll på grund av den andra vågen Covid 19. Då blev mycket verksamhet omprioriterad och vi var inne på intensivvårdsavdelningen och jobbade istället. På grund av detta har det endast blivit tio operationer sedan starten för ett år sedan. Men man har gått vidare till mindre tungbasoperationer.

De allra flesta har tyckt att det är kul att starta något nytt. Vi tycker att det efter alla yttre omständigheter har gått otroligt bra! Det fanns många farhågor före införandet, en del av dem har också inträffat men vi kunde lösa dem med lite krångel och frustration. Ett exempel på det är när våra robotinstrument hamnade på villovägar. Trots tydlig märkning hamnade de hos Tema buk. Sterilteknik hade inte observerat att även ÖNH-operation nu också använde sig av robotkirurgi. Vilket visar på vikten av tydlighet även mot omgivningen vid införande av nytt. Fler än vad man ibland tror på stora sjukhus med många olika enheter.

Vår verksamhet har också förändrats i och med flytten till NKS vilket i sig har inneburit stora förändringar och också varit en prövning men känns nu väldigt

bra. Vår enhet opererar på fyra salar, varje dag. Patienterna är svårt sjuka. Vi samarbetar med fyra olika patientflöden och teman; Kranio/Ortognat, Endokri- nokirurgi och akut repetitiv medicin och det mesta handlar om svåra cancerfall. Den gamla benämningen öronoperation känns inte riktigt adekvat och många föredrar det mer internationella Head and Neck operation.

Många studenter blir förvånade över att våra ingrepp är mer komplexa och avancerade än de trodde. Avancerade draperingar, långa operationer, mycket teknisk utrustning och många instrument. Man förväntade sig något enklare. ÖNH-operation handlar inte längre om trasiga trumhinnor, polyper i näsan och inflammerade tonsiller i halsen. Vi blir alla lite hemmablinda på våra respektive avdelningar och det är roligt att få möjlighet att presentera vad vi gör.

Stora investeringar som det här involverar inte bara den egna kliniken utan hela sjukhus. Tanken med NKS planering med där ett antal kliniker delar operationsresurser på tre våningsplan förbundna med spiraltrappor är att kunna utnyttja resurser på ett optimalt sätt. ●



**Titel:** VIPS-BOKEN Välbefinnande, Integritet, Prevention, Säkerhet  
**Författare:** Ehnfors. M; Ehrenberg. A; Thorell-Ekstrand. I;  
**Förlag:** Studentlitteratur, Lund. Tredje upplagan  
**Utgiven:** 2021  
**ISBN:** 9789144137452  
**Antal sidor:** 296



VIPS-boken har utkommit i en tredje upplaga. I boken beskrivs VIPS-modellen som är tänkt att vara ett stöd för sjuksköterskors dokumentation av omvårdnaden

i patientjournaler. Modellen underbyggs med aktuell forskning. I boken beskrivs omvårdnadsprocessens faser och hur modellen utvecklats. Författarna berättar också varför boken kom att få titeln VIPS-boken dvs V-Välbefinnande, I-Integritet, P-Prevention och S-Säkerhet. I

boken finns ett flödesschema inlagt som redogör för sökorden och innebörden för vårdplan /hälsoplan med omvårdnadsprocessen som grund. Sökorden anges i tre nivåer; huvudsökord, sökord och undersökord. Författarna önskar att boken ska bidra till att utveckla dokumentationen av omvårdnaden i patientjournaler i ett led att få förbättrad kommunikation, omvårdnad och en patientsäker vård.

I den nya upplagan har författarna uppdaterat modellens sökord med ny kunskap utifrån referenser som ger ett mer ingående innehåll. Det som uppdaterats är bl.a. några formuleringar som finns under sökorden och under avsnittet omvårdnadsstatus. I sökordet säkerhet har minskad smittspridning lagts till. Ett annat tillägg är att hindra smittspridning som lagts till under sökordet miljöanpassning. Författarna har också uppdaterat sökorden med kunskapsunderlag utifrån ett urval av referenser.

Boken är lättläst och lätt att följa i sin struktur. Till boken medföljer också en folder som ska vara till hjälp i det dagliga arbetet med VIPS-modellen. I foldern ges små sammanfattningar på innehåll under de olika sökorden och undersökorden.

Författarna nämner att VIPS-modellen anpassats till andra vårdområden och ger exemplet från perioperativ vård och Periop-VIPS (Kelvered, Gustafsson; 2003). För den som är intresserad så finns också text om perioperativ omvårdnadsdokumentation med stöd av VIPS-sökorden inlagt i boken Operationssjukvård-Operationssjukvårdsköterskans perioperativa omvårdnad (Mycklestul Dávoy, Hansen, Hege Eide. 2012).

Gustafsson, Å.B & Kelvered, M. (2003). Periop-VIPS. Lund: Studentlitteratur. Mycklestul Dávoy, G. Hansen, I. Eide Hege, P (Red). (2012). Operationssjukvård- Operationssjukvårdsköterskans perioperativa omvårdnad. Lund: Studentlitteratur. ●

## Neptune 3

Vätske- och rökutsugssystem

Skydda din personal

stryker



Inget stänk eller spill



Inga lyft

I en randomiserad studie från ett sjukhus i New York jämfördes Strykers sug- och avfallssystem Neptune med traditionella sugsystem:

- Neptune systemet påvisade inget stänk eller spill vid hantering
- Neptune systemet möjliggjorde en snabbare och säkrare hantering av kirurgisk vätska än de traditionella systemen

Referenser:

1. Patel, R. "Findings of a Comparative analysis of Operating Room Fluid Waste Removal at Hospital for Special Surgery". (2018)

**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: Neptune, ProCare och Stryker. Övriga varumärken och märkesnamn tillhör respektive ägare. Övranstående medicinska produkter är CE-märkta i enlighet med tillämpliga EU-förordningar och direktiv. Materialet är inte avsett för spridning utanför EU eller EFTA.





# Valberedningsarbete

## i Riksföreningen för operationssjukvård

Förtroendevalda i valberedningen i Riksföreningen för operationssjukvård är medlemmar som har nominerats och valts av medlemmar under Årsmötet. Valberedningens arbete under året handlar om att hålla sig uppdaterad om styrelsens arbete och hur styrelsearbetet utvecklas och fundera om vilka kompetenser som behövs i styrelsen. Arbetet i valberedningen är stimulerande genom att man träffar medlemmar som är aktiva och vill engagera sig i operationssjuksköterskors vardag, omvårdnad, lärande, utveckling, forskning och ledarskap.

Riksföreningen för operationssjukvård är en ideell professionsförening som har förtroendevalda medlemmar på olika poster. Att vara förtroendevald innebär att medlem får representera och leda föreningen och medlemmarna. Det är medlemmarna som väljer de som ska få ett förtroendeuppdrag till t ex styrelseledamot, revisor eller valberedningsledamot. För att bli förtroendevald så måste man vara medlem (ej associerad, se stadgarna) i föreningen. Det görs av föreningens högsta beslutande organ – Årsmötet. Årsmötet ska utse en styrelse, revisorer och en valberedning. Årsmötet i Riksföreningen för operationssjukvård hålls normalt under våren, någon gång mellan april och juni. Årsmötet annonseras i föreningens tidskrift Uppdukat och på hemsidan, allra senast 14 dagar innan årsmötet äger rum. Redan nu är datum för Årsmötet bestämt, det blir 31 maj 2022 kl 19.00 – 20.30 och det sker digitalt så att så många som möjligt har förmånen att kunna delta. Alla medlemmar och associerade är välkomna och medlemmarna har möjlighet att göra sin röst hörd vid val och granskning av de förtroendevalda. De poster som väljs på Årsmötet är funktioner som ordförande, kassaförvaltare, sekreterare, styrelseledamöter, revisorer och revisorssuppleant.



Annika Sandelin

### Valberedningens arbete

I en ideell förening som Riksföreningen för operationssjukvård är, har valberedningen en central roll. Valberedningens främsta uppgift är att ge förslag till nya förtroendevalda, i styrelsen och revisorer till Årsmötet. Att representera valberedningen innebär att vara lyhörd för styrelsearbetet och hur det fungerar. Valberedningen ska också ha i tanke gällande antal styrelseledamöter, att de är lagom till antalet så att inte uppdraget blir för tunga och omfattande eller tvärtom. Valberedningen ska kontinuerligt följa det som händer i föreningen, och hur föreningen utvecklas. Valbered-

ningen ska ställa sig frågan om det finns brist på viss kunskap eller erfarenhet, ja helt enkelt vilken kompetens som behövs för styrelsearbetet. Vilka kunskaper, kompetenser och erfarenheter efterfrågas - för att styrelsen ska komplettera varandra i arbetet?

Protokollen från styrelsemötena skickas till valberedningen för genomläsning och ev. frågor för att kunna hålla sig aktuellt med det som händer i föreningen. Valberedningen har också förmånen att kunna delta på styrelsens möten. Viktigt är också att tala med medlemmar och styrelseledamöter om styrelsens för-

måga att leda föreningen framåt på ett aktivt sätt. Valberedningen har föreningens bästa framför sina ögon.

Året 2021–2022 ingår vi, Jennifer Båskman, Monica Kolvered och Annika Sandelin i valberedningen och kommer att under Höstkongressen finnas vid Riksföreningens monter för att få möjlighet att ha en dialog med medlemmarna. Annars finns vi tillgängliga med mailadress på hemsidan rfop.se.

### Årsmöte

En gång om året är det Årsmöte. Det är här som valberedningen lägger fram sina nomineringar till styrelseledamöter och revisorer till medlemmarna på årsmötet. Det är medlemmarna som är de högst beslutande organet i föreningen. Antingen blir det nyval eller omval för styrelseledamöterna eller revisorer. Nyval innebär att en (eller flera) styrelseledamot/er eller revisor har en önskan att avgå från sitt förtroendeuppdrag i samband med årsmötet. Då underlättar det om valberedningen har fått vetskap om detta tidigt för att kunna

ha en möjlighet att undersöka vilken/a kompetens/er som behövs för att sedan under årsmötet nominera till styrelseledamot respektive revisor. Ledamöterna i valberedningen intervjuar personer som är aktuella för att ingå i styrelsen eller som revisor. Personer som vill ingå i styrelsen måste självklart ge sitt samtycke till detta. Den/de person/er som kan inneha förtroendeuppdrag ska vara medlem. Förtroendeuppdrag kan inte fås om man är associerad medlem. Valberedningen tar kontakt med de styrelseledamöter där mandatperioden går ut, vilket är två år, med förfrågan hur de ställer sig till fortsatt förtroendeuppdrag eller ej. Önskar styrelseledamoten stanna en mandatperiod ytterligare och valberedningen anser att förtroendet ska fortsätta, kommer omval att föreslås till årsmötet.

Valberedningen skall som alla förtroendevalda följa stadgarna under sitt uppdrag. Ledamöter i valberedning väljs på ett år i taget av årsmötet. Vanligtvis ingår man i valberedningen ett år i taget, men önskvärt är två år för att uppnå

kontinuitet. Den nuvarande valberedningen har träffats en gång, digitalt, strax efter årsmötet där vi planerade för hur vi ska arbeta. Vi möttes digitalt i oktober för att detaljplanera vårt uppdrag i samband med Höstkongressen i Stockholm. Där vi kommer att finnas i montern för att träffa operationssjuksköterskor som är medlemmar! Om ni har frågor eller vill ge förslag på någon person som vill engagera sig – Hör av er till: valberedning@rfop.se

### Vi ses 2 och 3 december! ●

#### Referenser

Riksföreningen för operationssjukvård.  
<http://www.rfop.se/om-oss/>

Stadgar för Riksföreningen för operationssjukvård tagna vid årsmöte 2019-05-24.

Förening.se. (u.å.). Allt du behöver veta som ideell förening. [www.forening.se](http://www.forening.se)

**VINGMED**

## Operationsrock med högsta skyddsnivån.



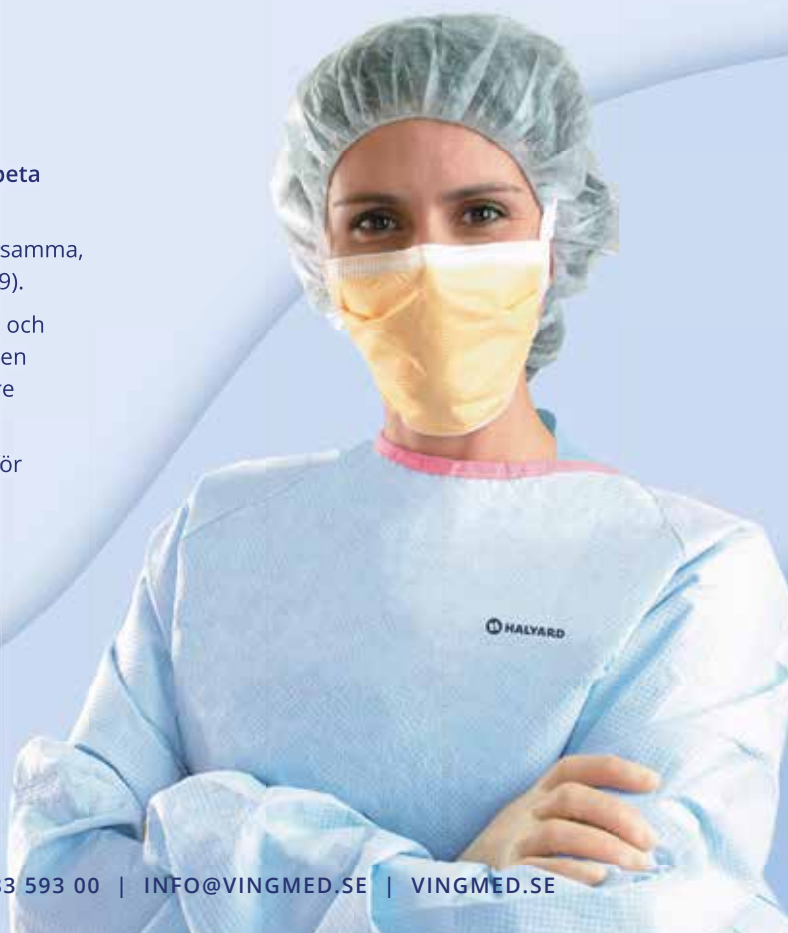
Vi vill att du ska känna dig trygg och kunna arbeta bekvämare i operationssalen.

HALYARD AERO CHROME operationsrockar är lätta, följsamma, svala och uppfyller högsta skyddsklass (EN13795-1:2019).

Materialet utgör en mycket effektiv barriär mot vätskor och patogener. Det har lågt fibersläpp för att minimera risken för kontaminering. Samtidigt andas materialet, tack vare den unika "Cool Shield Core"-teknologin.

AERO CHROME har dokumenterade genombrottsstider för 52 olika cytostatika och flamsäkerheten vid kirurgisk laser uppfyller högsta skyddsnivå.

Kontakta oss på Vingmed för mer information.





# Medlemsinformation

## Välkommen som medlem i RFop!

Medlemmarna är föreningens största och viktigaste tillgång. Ni alla är en inspiration till den fortsatta utvecklingen av föreningen genom tex Uppdukat, kongresser, sociala medier, olika konceptutbildningar, "Riksföreningen anser och rekommenderar" m.m. Men vi vill gärna bli fler, vi vet att det finns många operationssjuksköterskor som ännu inte blivit medlem i RFop. Ni alla som är det får gärna lobba på era operationsavdelningar så blir kanske 2022 det år vi slår medlemsrekord!

Under 2021 har vi bytt ut medlemsregistret till ett som ska passa verksamheten bättre. Jag behöver uppdatera mejladresserna så vi ska kunna använda dom som alternativ kontaktväg till er medlemmar. Därför behöver jag er hjälp. Ni som nätanmält er 2020-2021 har jag mejladresser på men de som är medlem innan dess alt. inte nätanmält sig får gärna mejla mej er mejladress på: [annemarie.nilsson@rfop.se](mailto:annemarie.nilsson@rfop.se)

**Vi är väldigt glada över att få hälsa 76 nya medlemmar välkomna!**

Kristina Ahnell, Falun  
Helene Ahlberg, Stockholm  
Marisa Alágo, Domsjö  
Veronika Albert, Norrköping  
Anna-Malin Alm, Säter  
Ida Almstedt, Hudiksvall  
Camilla Alvenby, Hisingsbacka  
Sandra Aresköld, Stockholm  
Charlotte Benstead, Grevi  
Sofie Bjertoft Andersson, Borensberg  
Ainura Bladh, Halmstad  
Maria Blomberg, Storvreta  
Maria Theresa Borggren, Torslanda  
Sebastian Boström, Kalmar  
Jennifer Båtsman, Göteborg  
Moa Capelan, Lund  
Malin Clarke, Lund

Anna Coipell, Malmö  
Anahi Contreras, Kolboda  
Ann-Charlotte Eidergren, Linköping  
Cecilia Eklund, Jönköping  
Felicia Eklund, Malmö  
Emelie Emanuelz, Njurunda  
Inge-Marie Eriksson, Uppsala  
Madelaine Feldt, Skövde  
Sophie Girvall, Höllviken  
Gunilla Gunnarsson, Hörja,  
Irina Halling, Lund  
Beatrice Harris, Älvsjö  
Faisa Hassan Hussein, Östersund  
Sarah Hellberg, Lidingö  
Malin Helldén, Stockholm  
Veronika Hjalmarsson, Karlstad  
Elinor Holmbeck, Helsingborg  
Emma Holmgren, Uppsala  
Louise Hultström, Stockholm  
Therese Hägerth, Värmdö  
Madelene Jacobsson, Handen  
Elisabet Jerre, Limhamn  
Björn Johansson, Bromölla  
Theresia Karlsson, Tyresö  
Linda Kraft, Hallsberg  
Ulrika Källman, Borås  
Sara Lind, Lomma  
Jonas Lindberg, Östersund  
Emelie Lindén, Halmstad  
Victoria Lindqvist Zäll, Stockholm  
Sara Lomander, Stockholm  
Ebba Looström Ekeröth, Gustavsberg  
Sanna Lycken, Fristad  
Amanda Mattisson, Nättraby  
Robert Meng, Sundsvall  
Helena Nevelius, Grillby  
Anna Nilsson, Östra Ämtervik  
Anna Olsson, Lysvik  
Lisa Palm, Växjö  
Tobias Palmkrantz, Hägersten  
Anette Pettersson, Värnamo  
Linnéa Pettersson, Norrköping  
Christina Rebas, Göteborg  
Astrid Ribon, Uddevalla,  
Christoffer Rolke, Skillingaryd  
Jenny Sandau, Blenarp

Katri Sjöblom, Solna  
Hanna Stenvall, Sparsör  
Teresia Stolt, Stockholm  
Karin Svensson, Hökerum  
Susanne Tegeskog, Smålandsstenar  
Julia Tell, Kumla  
Christina West, Gävle  
Helena Wigander, Bålsta  
Daniel Wihlén, Stockholm  
Denice Wiklund, Stenhamra  
Mariángels Wirell, Uppsala  
Sandra Wolst, Aneby  
Arvid Öhlin, Enskede

*Jag önskar er alla ett gott slut på året och att många deltar på årets Höstkongress!*

### Din operation

Lyssna på vår pod - Din operation, poddens målgrupp är personer som ska genomgå kirurgi, fast vi hoppas att även du som jobbar inom operationssjukvården kan ha glädje av den.

Vi fokuserar de första fyra avsnitten på Levnadsvanor inför kirurgi. De senare har vi pratat om, hygien, operationsrummet, ha gäster, besöka en operationsavdelning, idéerna är många. Hör gärna av dig om du har teman vi ska ta upp och framför allt lyssna och sprid till de i er omgivning som ska opereras.

Podden hittar ni på



Spotify

Podbean



Text: Yvonne Törnqvist

## Hjärnor och hjärtan – En bok om Lars Leksell



Boken handlar om Lars Leksell (1907–1986) neurokirurg och professor verksam vid KI och Karolinska och hans liv och gärning. Han utvecklade nya

behandlingsmetoder mot sjukdomar i nervsystemet. Mest känd är han för strålkniven (gammastrålning) för hjärnkirurgiska ingrepp, bl a tumörbehandling utan att öppna skallbenet.

Författare: Tommy och Åsa Bergenheim  
Utgiven av: Carlssons bokförlag

## Onaturlig död



En rättsläkares memoarer. Han är engelsman och har mestadels varit verksam i sitt hemland. Han har arbetat med några mycket uppmärksammade fall.

Spännande och viktig inblick i rättsläkarnas viktiga uppgift. (finns i pocket)

Författare: Richard Shepherd  
ISBN: 9789188901781  
Förlag: Bokförlaget Nona



## Vi behöver kommunikatörer

Tidningen växer och utvecklas och i takt med det också behovet av flera som vill delta i processen att kommunicera populärvetenskaplig information till dels våra medlemmar, men också till de som inte har ett aktivt medlemskap i RFop. Efterfrågan är stor på mer information både till allmänhet och till sjukvårdspersonal via de olika sociala medierna som finns. Det är dags för operationssjukköterskor och andra inom operationssjukvård att synas och ta plats också utanför operationsavdelningarnas dörrar dels i debatten, dels i syfte att visa upp vår profession för att fler ska hitta hit.

Som kommunikatör ingår du i redaktionen för tidningen och riktar in dig på att presentera notiser och flashar i de kanaler på sociala medier där föreningen redan finns men också på nya ställen. Vi skulle också behöva att du tar ett helhetsgrepp för hemsidan så att den hela tiden kan hållas uppdaterad.

Om du är intresserad och vill veta mer så hör av dig till någon av redaktörerna eller maila på [info@uppdukat.se](mailto:info@uppdukat.se)

*Vi hoppas på att höra från dig!*

Vänligen redaktionen, Jennifer, Kristina, Marina och Yvonne



**OBS!**

# Hygienforum byter lokal och är redan 31 mars - 1 april 2022!



# Hygienforum 2022

## Riksföreningen för operationssjukvård inbjuder till det 13:e Hygienforum i Stockholm!

Hygienforum, forumet där viktiga och aktuella frågor inom det vårdhygieniska området står i fokus! Hygienforum är mötet för Dig med intresse för hygienfrågor. Forumet är öppet för alla med intresse för vårdrelaterade hygienfrågor fast vänder sig främst till Dig som arbetar inom operationssjukvård och vårdhygien.

Efter två inställda Hygienforum är det nu äntligen dag för det 13:e forumet. Av olika anledningar, där Covid-19 pandemin är den största, så har vi 2022 forumet redan 31 mars - 1 april, år 2023 kommer vi vara tillbaka med datum i maj.

**En nyhet är att vi flyttar till Stockholm Waterfront Congress Center!**

Syfte med Hygienforum är att förebygga VRI - en angelägenhet för alla, genom kunskapsförmedling och dialog. Arbetet med att förebygga vårdrelaterade infektioner (VRI) är mycket viktigt, VRI är den vanligaste och dyraste undvikbara vårdskadan och postoperativa infektioner är den vanligaste typen av VRI inom kirurgisk vård (SKL 2017). Vårdrelaterade infektioner (VRI) förlänger vårdtiden, orsakar lidande för patienten och påverkar även både patientens och samhällets ekonomi.

### Tid

Torsdag och fredag den 31 mars - 1 april 2022

### Plats

Stockholm Waterfront Congress Center

### Preliminärt program

- ✓ STRAMA - antibiotikaanvändning och resistensläge
- ✓ Skador vid vård av covid-19 patienter
- ✓ Sjukhusförvärvade infektioner på Covid-IVA patienter
- ✓ Covering surgical instruments with single- or double-layer drape pending surgery: an experimental study in a perioperative setting
- ✓ Kirurgiska bundels ett sätt att förebygga postoperativa sårinfektioner?
- ✓ Infektionsprevention med verktyget z-nav.
- ✓ Koppling mellan cfu och postoperativa infektioner
- ✓ Hygienforum - en paneldialog om aktuella hygienfrågor
- ✓ Erfarenhet från Safe Bladder projektet
- ✓ Och som avslutning har vi, näringsfysiolog **Kristina Andersson**, som ska prata om Hälsosamma kostvanor – från fakta till handling!

Kunskap är viktigt men ska den göra någon nytta för din hälsa krävs handling!

Så hur skapar man då hälsosamma kostvanor som faktiskt håller i längden?

**Kristina Andersson** är näringsfysiolog och flitigt anlitad föreläsare som regelbundet syns som kostexpert i tidningar och tv. Hon har gjort så väl kosten åt Biggest Loser som barnprogram för UR och brinner för att sprida sin kunskap och fascination över vår fantastiska kropp och kostens funktion.

Kristina har även skrivit ett tiotal böcker inom området bl.a "Eat Clean", "bli blodsockersmart" och "ät hjärnsmart"



Kristina Andersson



# 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](http://rfop.se)

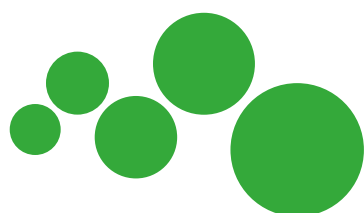
2021 <b>2-3</b> December Höstkongress 2021	2021 <b>2-3</b> December Chefkonferens 2021	2022 <b>17-18</b> Mars Chefnätverk	2022 <b>25</b> Mars Trauma utbildning Nivå 1	2022 <b>31-1</b> Mars/April Hygienforum 2022	2022 <b>5</b> Maj Internationella Handhygien- dagen
2022 <b>1-2</b> December Höstkongress 2022	2022 <b>2</b> December Chefkonferens 2022	2023 <b>5</b> Maj Internationella Handhygien- dagen	2023 <b>25-26</b> Maj Hygienforum 2023	2023 <b>30-1</b> Nov/Dec Höstkongress 2023	2023 <b>1</b> December Chefkonferens 2023





POSTTIDNING B

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



Mölnlycke®



**Medtronic**  
Further. Together

**B | BRAUN**  
SHARING EXPERTISE

**VINGMED**

**CRC**  
medical

**BERNER**  
MEDICAL

**stryker**

**KEBOMED**