

Uppdukat

Nr 4 november 2022 årgång 34



Smidigt, men ändå bättre!¹

Mer än 50 kliniska studier.
18 års erfarenhet.
4 miljarder applikatorer
använda runt om i världen.
Nu är det Sveriges tur.



Förskrivningsinformation: Chloraprep/Chloraprep färgad (Kutan lösning, Klorhexidylglukonat 20 mg/ml Isopropylalkohol 0,70 ml/ml). ATC-kod: D08AC52, Ej förmån. Indikation: Detta läkemedel ska användas för desinficering av hud före invasiva medicinska ingrepp. Kutan användning. Chloraprep/Chloraprep färgad kan användas på alla åldersgrupper och patientpopulationer. Chloraprep/Chloraprep färgad ska dock användas med försiktighet på nyfödda spädbarn, särskilt prematurt födda. Kontraindikationer: Känd överkänslighet för Chloraprep/Chloraprep färgad eller något av läkemedlets hjälpämnen, särskilt för dem som tidigare uppvisat eventuella allergiska reaktioner mot klorhexidin. Varningar och försiktighet: Lösningen är brandfarlig. Använd inte i samband med diatermi eller andra tändkällor förrän huden är helt torr. Ta bort allt blött material, operationslakan eller skyddsrockar innan behandlingen fortsätter. Använd så liten mängd som möjligt och låt inte lösningen bli kvar i hudveck eller under patienten och inte heller droppa på lakan eller annat material som är i direktkontakt med patienten. Om ocklusivförband ska appliceras på områden som tidigare behandlats med Chloraprep/Chloraprep färgad, måste försiktighet iaktas 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 klorhexidinlösningar, såväl alkohol- som vattenbaserade, för hudinfektion 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 hudskär. 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 väsande/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 klorhexidininnehållande produkter under pågående behandling. Förpackningsstorlekar: Läkemedlet är tillgängligt i volymerna 1 ml, 3 ml, 10,5 ml och 26 ml för ofärgad. Läkemedlet är tillgängligt i volymerna 3 ml, 10,5 ml och 26 ml 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

Referens: 1. Casey A et al., American Journal of Infection Control 2015; Aug 43(8): 816-20.

BD, Stockholm, Marieviksgatan 25, 117 43, Sweden | bd.com

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



Utgivare

Riksföreningen för operationssjukvård ISSN 1101-5624.

Upplaga

1800 exemplar. Tidningen utkommer med fyra nummer per år, till alla medlemmar i riksföreningen och övriga prenumeranter.

Prenumeration

Prenumerationskostnad är 400 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 500 kr per kalenderår

Omslagsbild

Maria Björk Svensson

Foto

Västmanlands sjukhus, Västerås

Annonser

annonsansvarig@rfop.se

Redaktion

Kristina Lockner
Yvonne Törnqvist
Jennifer Båskman
Marina Emanuelsson
Maria Munoz
Mikael Kristiansson

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

Vi förbehåller oss rätten att redigera och korta bidragen. För ej beställt material ansvarar ej.

Eftertryck från tidningen utan Riksföreningen för operationssjukvårds medgivande är förbjudet.

Layout: MittKompetens AB

Tryck: Allduplo Offsettryck AB

Innehåll

Uppdukat nr 4 2022 årgång 34

REDAKTIONENS ORD

Ordförande...sid 4

HISTORIA

Sax Metzenbaum...sid 6

ARBETSMILJÖ

Sjuksköterskor är alla skomakarens barn...sid 8

HYGIEN

Mikrobiologisk renhet i operationsrum...sid 10

PÅ VÅR OPERATIONSÄVDELNING

Barnoperation vid NKS...sid 14

KOMPETENS

RFop:s konceptutbildningar...sid 18

PORTRÄTTET

Andreas Tullsson...sid 20

KRÖNIKA

Preoperativt samtal - ett etiskt dilemma?...sid 22

REPORTAGE

Vägen tillbaka...sid 24

REPORTAGE

SIS Standarder...sid 26

REPORTAGE

Sjuksköterskedagarna 2022...sid 28

POPULÄRVETENSKAP

Forskningsaktiva inom den perioperativa kontexten...sid 30

POPULÄRVETENSKAP

Operationssjuksköterskors skattning av sin kompetens ...sid 32

PATIENTSÄKERHET

Nytt för fastställande av människans död...sid 36

BOKTIPS

Hantera döden - en handbok...sid 37
Fuskarna...sid 37

PATIENTSÄKERHET

Postoperativa infektioner...sid 38

FÖRENINGSNYTT

RFop...sid 40

sid 14



sid 24



sid 28



Foto: Peo Sjöberg



Året närmar sig sitt slut och här kommer som sig brukar årets sista Uppdukat. Vi har som vanligt fyllt numret med artiklar som har beröringar direkt och indirekt med operationssjukvård och operationssjuksköterskans profession. Vi har arbetsmiljö, patientsäkerhet, populärvetenskap, historia, hygien och mycket mer.

Höstkongress

Och det är mer som händer innan jul och nyårshelgen kommer, vi har tre konceptutbildningar kvar att genomföra, och två av dem Basic trauma nivå 1 och infektionsprevention är redan genomförda då du läser detta. MDR, upphandling och juridik genomförs 18 november. Sen har vi årets Höstkongress 1 – 2 december och den kan du fortfarande anmäla dig till, kom och lyssna på föreläsningar inom olika ämnesområden. Vårt mål är att alla såväl nyutbildade som erfarna, oavsett om du jobbar på ett mindre sjukhus eller ett Universitetssjukhus ska få ett utbyte av att delta på kongressen. Operationsjukvården är bred fast samtidigt ett smalt område. Intentionen är att det ska finnas något för alla och du får möjligheten till nätverkande och det professionella utbytet med kollegor från hela Sverige.

Chefkonferens

RPop:s Chefråd driver vårt nätverk för chefer som är ett exklusivt nätverk för

dig som är chef eller ledare inom operationsverksamhet i Sverige. Två gånger per år arrangerar de nätverksträffar och i samband med Höstkongressen arrangerar de, för nionde gången i år, Chefkonferens. Oavsett professionsbakgrund är du välkommen att nätverka, inspireras och diskutera aktuella frågor gällande ledarskap och operationssjukvård. Du behöver inte vara medlem i Riksföreningen för operationssjukvård för att delta i nätverksträffar eller chefskongress.

Uppdukat

Vad kan du då läsa om i sista numret av Uppdukat? Sista delen av Marias berättelse om Vägen tillbaka som operationssjuksköterska, läs om tiden som har varit både varit fantastisk och omtumlande och även påverkat hennes innersta djup som människa och för en stund fick henne att tappa balansen när tilliten till kollegor tillfälligt rubbades, sidan 24.

Det är dags att dra i handbromsen. Hårt!

Internationellt sett har sjuksköterskebemanning och högre kompetensnivå hos sjuksköterskor visat sig sänka morbiditet och mortalitet inom slutenvården. Inom operationssjukvården har specialistsjuksköterskornas utbildningsnivå visat sig påverka andelen infektioner i det postoperativa förloppet. I Sverige är en av de vanligaste vårdskadorna vårdrelaterade infektioner, varav postoperativ sårinfection utgör en betydande andel. Att på nationell nivå klargöra kompetensområdet för specialistsjuksköterskan med inriktning mot operationssjukvård och därmed bidra till en jämlik, god och säker vård för patienter som ska genomgå kirurgiska ingrepp, undersökningar och behandlingar.

Det är dags att dra i handbromsen. Hårt! Hälften av alla infektioner uppkomna postoperativt anses vara helt i onödan. Hur kan detta få fortgå? Kan vi operationssjuksköterskor göra något? Läs mer om infektionsprevention på sidan 38. Infektionsprevention är även en av de nya konceptutbildningarna

som RPop arrangerar den och fler kan du läsa om på sidan 18.

Operationssjuksköterskors skattning av sin kompetens

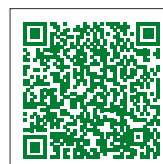
Specialistkompetens är viktigt och högre klinisk utbildning och yrkeserfarenhet ger högre perioperativ kompetens och mer patientsäker vård. Personcentrerad vård, teamarbete, evidensbaserad vård, kvalitetsutveckling, säker vård och information/kommunikationsteknik är delar inom de kärnkompetenser som beskrivs på avancerad nivå och som förväntas innefattas i specialistsjuksköterskans kompetens. Studiens syfte var att undersöka hur operationssjuksköterskor skattar sin kompetens samt hur operationssjuksköterskors skattar sin kompetens i relation till yrkeserfarenhet. Läs en populärvetenskaplig version av studien på sidan 32.

Är du intresserad av mer forskning och vetenskap inom vår kontext? I nuläget har vi nio operationssjuksköterskor som är doktorander inom svensk hälso- och sjukvård med inriktning mot perioperativ kontext. Det är en stor spridning på ämnen, från preventiva hygienåtgärder till operationslogistik. Det kan inte nog betonas vikten av att operationssjuksköterskor tar steget och blir doktorander samt fortsätter att bedriva forskning efter sin disputation. Eva Torbjörnsson berättar mer om detta på sidan 30.

Nu önskar hela redaktionen Dig en God Jul och ett Gott Nytt År. ●

*Hoppas vi ses på
Höstkongressen!*

Anmäl er här



"Vår ambition är att stegvis minska vår miljöpåverkan genom att se över vårt materialval samt processer vid tillverkning och distribution under produktens hela livscykel."



Ett mer hållbart draperingsalternativ



[www.molnlycke.com/
or-solutions/](http://www.molnlycke.com/or-solutions/)

För mer information besök www.molnlycke.se

Molnlycke Health Care AB, Box 13080, Gamlestadvägen 3 C, 402 52 Göteborg. Telefon 031 722 30 00. info.se@molnlycke.com
Varumärkena, namn och logotyper Molnlycke och BARRIER registreras globalt till ett eller flera av Molnlycke Health Carekoncernen.
© 2021 Molnlycke Health Care AB. Alla rättigheter förbehållna.



Sax Metzenbaum

Myron F Metzenbaum (1876–1944)

Myron föddes 1 april 1876 i Cleveland, Ohio och där han också kom att leva hela liv. Hans mor härstammade från Prag och hans far var tyghandlare som flytt från ett antisemitiskt Polen med en förhoppning att skapa sig ett bättre liv i Amerika. Myron fick tidigt lära sig att ta hand om de mindre lottade i sin omgivning. Hans far gav varje jude som invandrade till Cleveland en packe tyg för att dom skulle få en möjlighet att sälja och få en inkomst. Metzenbaum arbetade i sin fars affär som ung men var tidigt inställd på vetenskapliga studier i stället för att ägna sig åt affärer. Under sin tid på collage brukade Myron och hans kamrater ofta stanna kvar efter skolans slut för att studera kemi. Vid ett tillfälle gick deras experiment inte som planerat och de råkade spränga hela skolans kemiavdelning i luften. Efter incidenten klagade skolans rektor inför Metzenbaums föräldrar på att han deltog i för många vetenskapliga kurser och rekommenderade i stället att han skulle ägna sig åt studier i det klassiska språket Sanskrit. Varpå Myron själv svarade: "Det kommer jag inte ha någon användning för inom medicinen"

Det blev ganska självklart att han kom att studera vidare till läkare och då vid universitetet i Cleveland. Han kom där i kontakt med Clevelands mest berömda läkare Dr Georg Crile, senare en av grundarna till Cleveland Clinic. Under medicinstudierna lånade Myron Dr Crile's, häst och vagn och gjorde utflykter till de fattigare stadsdelarna i

"Det kommer jag inte ha någon användning för inom medicinen"



Myron F Metzenbaum

Cleveland för att bedöma och utvärdera ambulanstjänsterna. Han fann att ambulansverksamheten hade betydande intressekonflikter. Många av de privata ambulanserna ägare var begravningsentreprenörer. Han arbetade med de lokala sjukhusen och polisavdelningarna för att säkerställa att all ambulanspersonal blev utbildad i första hjälpen. Metzenbaum organiserade Clevelands ambulanser under polisen där de utbildade ambulansförarna var samlade och skickades ut från en gemensam central. Metzenbaums utvecklade modell spreds till andra städer och blev den ledande modellen över hela USA.

Efter studierna

1901 året efter sina avslutade studier i medicin reste Metzenbaum till Europa för att få mer medicinsk träning. Han besökte Wien, Budapest och Berlin. Under sin resa kom han i kontakt med användandet av radium som medicinsk behandling. Efter att återvänt till USA påbörjade han intensiv forskning kring radium inom medicinen och för vilket hans forskning uppmärksammades med medalj från regeringen.

Vid första världskrigets slut reste Metzenbaum till London för att lära sig plastikkirurgi hos den då främste inom området, Sir Harold Gillies. Han kom

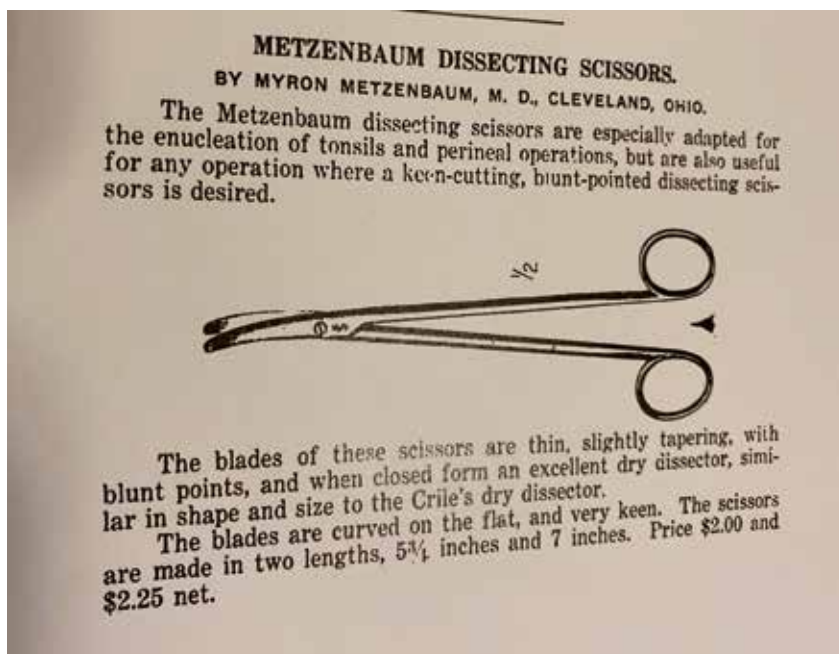


Sax Metzenbaum

Med tillstånd av AB Stille

att bli verksam inom specialiteterna öron-näsa-hals och plastikkirurgi och en av grundarna till "American Board of Plastic Surgery". Han kom att fortsätta arbeta på Crile kliniken (som senare blev Cleveland Clinic) fram till att han öppnade egen privatklinik och blev en av de ledande kirurgerna inom området rekonstruktion näskirurgi.

Han kanske är mest känd för sin sax Metzenbaum. Saxen som även brukar kallas "dissektionssax", "tonsillektomi



Reklamartikel från 1921 där den nya Metzenbaum's dissektionssax beskrivs

sax" eller bara "Metz". Det är inte exakt känt när han uppfann saxen, men idén med saxen påstås komma till som en nödvändighet på grund av hans små händer och försämrade fingerfärdighet med

större saxar vid tonsillektomier. Saxen finns beskriven i en annons med nya kirurgiska instrument publicerad i Detroit Medical Journal 1912, "användbart för alla operationer där en skarpskärande, trubbig

spetsad dissekerande sax önskas saxens blad är tunna, något avsmalnande, med trubbiga spetsar och när de är stängda bildar de en utmärkt (torr) dissektor."

Myron F Metzenbaum avled i plötsligt hjärtdöd i en ålder av 68 år. ●

Referenser

Dempster JH New instrument and devices: Metzenblum dissecting scissors. Detroit Medical Journal 1921;12(9):329-331

El-Sedfy A. Chamberland R S Surgeons and their tools: A history of surgical instruments and their innovators— Part I: Place the scissors on the Mayo Stand. The American surgeon nov 2014.Vol80

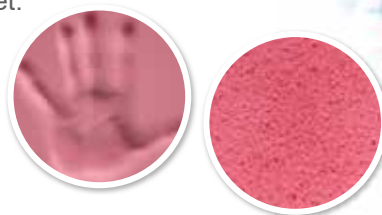
Metson R. Myron F Metzenbaum, MD: Innovative surgeon, caring physician. Otolaryngology-Head and Neck Surgery. June 94, Vol 110, Nr 6.

Buraimoh, M, A Liu, M Z. Sundberg, S B. Mott M, P. INSTRUMENTS IN ORTHOPAEDIC SURGERY The Iowa orthopaedic journal · January 2017 Vol37

Pink Pad för säker positionering

Pink Pad säkerställer en stabil positionering i trendelenburg position och minskar risken för att patienten glider under ingrepp. Dess öppna cell-teknologi håller huden torr under hela ingreppet och minskar risken för cellnedbrytning.

Pink Pad's tryckavlastande egenskaper bidrar till ökad patientkomfort och minimerad risk för tryckrelaterade skador. Eftersom axelstöd vanligtvis inte behövs elimineras risken för skador på bracheal-komplexet.



when outcomes matter

Steripolar

Tel. 018 430 0980

info@steripolar.se

www.steripolar.se

Sjuksköterskor är alla skomakarens barn

De flesta som jobbar inom sjukvården torde härstamma från skomakare. Åtminstone kan man tro det om man tittar på vad de har på fötterna. Att en sådan väsentlig del av vår arbetsutrustning har noll prioritering hos arbetsgivarna är uppteendeväckande...och unikt. I mansdominerande yrken är arbetsskon en självklar del av arbetsutrustningen som arbetsgivaren står för. Regionerna skulle kunna spara miljonbelopp på sjukskrivningar samt skapa incitament för anställning om betalda arbetsskor ingick som en självklar del för varje arbetstagare.

Avgående regering har drivit frågan om arbetskläder och arbetsskor till vårdpersonal sedan hösten 2021. Ojämligheten mellan vården och industrin är uppenbar. Inom den mansdominerade industrin så är arbetsskor ofta inbakade i kollektivavtalet och en självklarhet medan det i kvinnodominerande yrken som vård och omsorg inte är lika självklart och arbetsgivarna har högre med undanflykter för att slippa. Ändå sysselsätter vård- och omsorgssektorn den största andelen personer med över 1,3 miljoner anställda i Sverige. Det innebär också att sjukfrånvaron får ett stort genomslag och påverkar många människor.

Det intressanta är hur viktiga våra skor är för vår hälsa. Fötterna är ändå vårt fundament, de balanserar upp hela vår kropp. Hälen är till exempel en utsatt kroppsdel. När vi står håller den upp hela vår kroppsvikt, säg 70 kg och när vi går däremot tar den emot stötar från vår vikt som är upp till tre gånger så mycket, alltså 210 kg. Felaktig belastning på senorna under foten kan ge upphov till hälsoporre som är en smärtsam historia om det inte avhjälpas. För låg klack kan ge hälsenebesvär. Det är inte bara hälen som kan drabbas utan också besvär som hallux valgus, ömma trampdynor, liktornar, överpronation och stukningar är vanligt förekommande vid användning av felaktiga skor.

Det största problemet är att själva fötterna ändå förhållandevis sällan gör ont trots att det är där problemet har sin början. Problemen med felaktiga skor stannar nämligen inte i foten utan fortplantar sig upp i knän, höfter, rygg samt nacke och ger upphov till nedsatt arbetsförmåga och kostsamma sjukskrivningar. Ryggbesvär är den främsta anledningen till långa sjukskrivningar och förtidspensionering i Sverige generellt och största delen av alla ryggbesvär sitter i ländryggen. Smärtan i nedre delen av ryggen kan såklart komma av flera orsaker som diskbräck, artros och så vidare men främsta anledningen är hur vi balanserar oss. Ett felaktigt rörelsemönster, på grund av felaktiga eller slitna skor, ger upphov till små små balansjusteringar som fortplantar sig genom knän, höfter, rygg och nacke.

Bakterierna och virus frodas

Nu till det uppenbara. Skor som används i vårdmiljöer är platsbundna, har sällan möjlighet att rengöras ordentligt och är inga skor som man vill använda privat. Det droppar blod och vi trampar i diverse andra kroppsvätskor dagligen. Bakterierna och virus frodas i kalaset av gamla intorkade rester. Skorna spritas möjligtvis av men vill vi tvätta dem måste de oftast tas hem och tvättas i egen maskin eftersom sjukhusen och andra vårdinrättningar sällan erbjuder någon maskin att rengöra dem i. Möjligtvis kan det på operationsavdelningar finnas diskdesinfektorer där skor får köras men dessa är sällan prioriterade. På operationsavdelningar kan det dock finnas möjlighet till låneskor som är tvättbara. Vissa sjukhus står till och med för arbetsskor på operationsavdelningarna – till läkarna! På Mälarsjukhuset i Eskilstuna har man tagit fasta på orättvisan och löst situationen genom... att inte längre betala skorna för läkarna. Vad har då arbetsgivarna för argument för att inte stå för arbetsskor för vårdpersonal. Vanligast förekommande är att då måste arbetstagaren förmånsbeskat-

tas. Men det är inte sant. Förmånsbeskattning är endast för sådana medel som gynnar en arbetstagare privat som tjänstebil, bostad osv. Men för att tillhöra icke förmånsbeskattningsbar arbetskläder behöver kläderna vara obligatoriska och vara tydligt kopplade till verksamheten genom att vara en ren skyddssko eller ha en logo. Detta kan vara krångligt att få till och innebär ofta att det måste ingå i en upphandling. Vissa arbetsgivare är helt enkelt rädda för merarbetet som betalda arbetsskor skulle medföra.



Enklart är därför att ge ett bidrag till ergonomiska skor som arbetstagaren själv inhandlar, liksom friskvårdsbidraget. Men det finns såklart alltid motargument och en utredning som Arbetsmiljöverket på tidigare regerings uppdrag har gjort under 2022 visar att det är svårt att bevisa att det är skorna ensamt som ger upphov till de fysiska besvären, det kan likväl vara andra organisatoriska faktorer och hårda golv som bidrar till fot-, knä-, rygg- och nackproblem och vårdpersonal. Så håll till godo med dina slitna och blodiga gympadorjor, skomakarens barn sas alltid gå i de slitnaste skorna liksom vårdpersonalen nu är de sjukaste arbetstagarna.

Eller så driver du på frågan stenhårt på din klinik och ställer krav på skobidrag liksom friskvårdsbidraget. Vi hejar på dig! Hör gärna av dig om hur det går till uppdukat@rfop.se ●



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

När: 7–8 februari 2023

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://www.facebook.com/ao_trauma_opssk_sverige)



AO Trauma

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

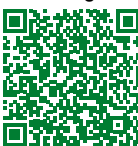
PLATSER KVAR!

HÖSTKONGRESS • CHEFKONFERENS

STOCKHOLM WATERFRONT, 1 - 2 DECEMBER 2022



Höstkongress



SKANNA KODEN OCH
ANMÄL ER HÄR!

Chefkonferens



Mikrobiologisk renhet i operationsrum

Vid infektionskänsliga operationer är det viktigt att minimera totalantalet luftburna bakterier eftersom de, trots att de huvudsakligen tillhör den normala hudfloran, utgör en infektionsrisk. Exempel på infektionskänsliga operationer är implantation av kroppsfrämmande material. Studier har visat en korrelation mellan infektionsfrekvens och luftburen smitta (Whyte et al. 1983) åtminstone ned till en koncentration av <10 cfu/m³. Antibiotikaprofylax hade en oberoende påverkan på infektionsfrekvensen och med en ökad andel resistent bakterier kommer effekten av antibiotikaprofylax att minska. Nivån ≤ 10 cfu/m³ är en vedertagen definition på ultraren luft i operationsrum med hög mikrobiologisk renhet. Målvärdet ≤ 5 cfu/m³ ska ses som en riktlinje som säkerställer att gränsvärdet ≤ 10 cfu/m³ upprätthålls. Vilka operationer som kräver denna renhetsgrad är en klinisk bedömning.

Den mikrobiologiska luftkvaliteten är beroende av ventilationen, antal närvarande personer, deras aktivitet och klädsel samt dörröppningar. Det mikrobiologiska krav som ställs uppnås alltså genom den kombinerade effekten av ventilation, valt klädsystem och korrekt arbetssätt.

Att mäta är att veta

TK 527 har gett ut och reviderar nu SIS-TS 39 *Mikrobiologisk renhet i operationsrum – Förebyggande av luftburen smitta – Vägledning och grundläggande krav* som är en teknisk specifikation riktad till bland andra projektledare, beställare och utförare av tekniska installationer. Det är inte en handbok riktad till vården vilket är viktigt att känna till när man läser eller refererar till dokumentet i olika sammanhang. Dokumentet belyser faktorer kring varför det är viktigt med hög mikrobiologisk renhet i ett operationsrum och

hur man kan uppnå det men är på intet sätt heltäckande.

Avsikten med dokumentet är att ge vägledning för hur luftburen smitta till operationssår och medicintekniska produkter kan minimeras i operationsrum och angränsande lokaler. Syftet är att förebygga postoperativa infektioner förorsakade av luftburna mikroorganismer. Dokumentet anger *funktionskrav* samt *vägledning till teknisk utformning* av ventilation och anger *metoder för utvärdering* av ventilationens förmåga att avlägsna mikroorganismer från luften. Samspelet mellan kläder och ventilation beskrivs också. I den reviderade upplagan har text och referenser uppdaterats för att tydliggöra att dokumentet syftar till förebyggande av luftburen smitta till operationsområdet och medicintekniska produkter genom att belysa en del faktorer och åtgärder som påverkar miljön i operationsrummet men som ligger utanför den egentliga ramen för detta dokument.

Informationsavsnittet om logistik och städning av operations- och uppdukningsrum har reviderats för att bli en mer tydlig information till tekniker, konsulter, leverantörer m.fl. för att de ska få en förståelse för hur man arbetar på en operationsavdelning. I detta avsnitt märks det också tydligt att det inte är en riktlinje till vården eftersom det endast ger en överskådlig bild och inte är en komplett beskrivning. Men det är för den skull ingen dålig information till vården utan ger en grundkunskap som alla som arbetar på en operationsavdelning bör känna till.

Operationskläder och draperingsmaterial

I dokumentet har Termer och definitioner uppdaterats för att få en samstämmighet med den svenska översättningen av SS – EN 13795 *Operationskläder och draperingsmaterial – Krav och testmetoder del 1 och del 2*.



Ann-Sofi Mattsson

Foto: Peo Sjöberg

En ny term i dokumentet är: *Operationsrum med krav på hög mikrobiologisk renhet*. Tidigare användes begreppet: *Operationsrum för infektionskänslig ren kirurgi*, där man syftar till exempel implantatkirurgi, men eftersom det i praktiken kan krävas hög mikrobiologisk renhet oavsett implantatkirurgi eller inte utan på grund av svårt immunsupprimerad patient så valdes denna term. Samtliga tabeller i avsnittet mikrobiologiska krav har reviderats, uppdaterats och anger mikrobiologiska krav.

För operationsrum med krav på hög mikrobiologisk renhet

För operationsrum med krav på hög mikrobiologisk renhet är det samma mål och gränsvärde som tidigare vid mätplatsen ≤ 50 cm från operationssår och vid instrumentbord vid aktiv mätning - Målvärde: ≤ 5 (15) cfu/m³ Gränsvärde: ≤ 10 (30) cfu/m³. Den första siffran anger maximalt medelvärde per operation, en andra inom parentes anger maximalt tillåtet enskilt värde. Nytt är mål och gränsvärde perifert i rummet vilket inte fanns med i tidigare upplaga - Målvärde: ≤ 10 (30) cfu/m³ Gränsvärde: ≤ 20 (50) cfu/m³.



Nytt är också att det tydliggjorts att det krävs en *aktiv mätning* för funktionskontroll och validering och att passiv mätning endast kan användas för att få en indikation av den mikrobiologiska renheten. *Passiv mätning* kan också användas som kompletterande mätning till aktiv mätning.

För passiv mätning har det inte angetts något mål eller gränsvärde vid operationssåret och instrumentbordet eftersom metoden är alltför okänslig och partiklar inte kan sedimentera ostört vid högt luftflöde. Här utgår man ifrån att det i dessa rum är en luftföringsprincip som bygger på borttransport av luftburna föroreningar genom parallelströmning, att luften tillförs den s.k. skyddszonen genom unidirectional air flow (UDAF), tidigare benämning laminar airflow (LAF). Med parallellströmningsdon, i befintlig ventilation, fast installerade eller mobila, över operationsbord och instrumentbord är avsikten att minska antalet partiklar i luften genom borttransport. Mål och gränsvärde perifert i rummet anges till - Målvärde: ≤ 3 (5) Gränsvärde: ≤ 5 (10) cfu/platta ($\varnothing 14$ cm) och timme.

För operationsrum för övrig kirurgi

För operationsrum för övrig kirurgi är tabellen också uppdaterad med mål och gränsvärden. Även för operationsrum utan krav på hög mikrobiologisk renhet krävs aktiv mätning för funktionskontroll och validering. Mål och gränsvärde ≤ 50 cm från operationssåret och vid instrumentbord är samma som tidigare - Målvärde ≤ 50 (100) cfu/m³ Gränsvärde ≤ 100 (200) cfu/m³. Mål- och gränsvärde perifert i rummet anges till - Målvärde ≤ 50 (100) cfu/m³ Gränsvärde ≤ 100 (200) cfu/m³. Den första siffran anger maximalt medelvärde per operation, en andra inom parentes anger maximalt tillåtet enskilt värde. Passiv mätning kan även här användas som kompletterande mätning eller för att få en indikation av den mikrobiologiska renheten av operationsrummet.

Här har angivits mål och gränsvärde vid operationssår och instrumentbord då man tänker att luftflödet är lägre i dessa operationssalar genom en luftföringsprincip som bygger på utspädning av luftburna föroreningar genom ombländande strömning med don för tilluft vid tak och don för frånluft invid golv

men även det motsatta kan förekomma. Koncentrationen av luftburna mikroorganismer kommer i stort sett att vara densamma i hela rummet. Mätpunkt ≤ 50 cm från operationssåret och vid instrumentbordet - Målvärde ≤ 15 (30) Gränsvärde ≤ 30 (60). Perifert i rummet - Målvärde ≤ 15 (30) cfu/platta ($\varnothing 14$ cm) och timme. Gränsvärde ≤ 30 (60) cfu/platta ($\varnothing 14$ cm) och timme. Både aktiv och passiv mätning kan också göras för uppdukningsrum och korridor som angränsar till operationsrum och tabeller som anger gräns och målvärde är också uppdaterad i kommande utgåva av TS 39.

Aktiv luftprovtagning

Kan ske med två metoder, filtrering eller impaktion, och är de metoder som rekommenderas i enlighet med SS-EN 17141:2020, *Renhetsteknik – Renrum och tillhörande renhetskontrollerade miljöer – Metoder för Mikrobiologisk kontaminations kontroll*. Luftburna bakteriebärande partiklar (colony forming units, cfu) fångas genom filtrering på gelatinfilter eller genom impaktion på en agarplatta. I båda fallen uppfångas partiklar ≥ 2 μm . Aktiv luftprovtagning bör utföras jämnt fördelat under knivtid och operatio-

nera bör vara så långa att minst 3, helst 4 mätningar hinner utföras, en mätning = ett filter/en platta med mätperiod på högst 10 min och mätflöde ca 1 m³/10 min. Då gelantinfiler används läggs det aseptiskt på agarplatta. Vid provtagning ska respektive platta anta rumstemperatur före provtagning för att undvika kondens på plattan och alla plattor ska märkas på botten eller på kant, inte på locket.

Provtagningsplats ska vara ca 1,2 m över golvnivå och ≤ 0,5 m från operations-såret samt vid instrumentbord och/eller perifert i rum. Använd flödet 6 m³/tim och provtagnings tid 10 min, dvs. provtagningsvolym 1 m³. Längre provtagnings tid bör vid filtrering undvikas, pga. att bakterietalen då blir falskt lägre genom uttorkning.

Passiv luftprovtagning

Bakterier i rumsluft transporteras på bakteriebärande partiklar med sedimenterings hastighet 0,3 m/min (18 m/tim). Vid passiv luftprovtagning får luftens mikroorganismer passivt sedimentera ned på öppna odlingsplattor. På en timme har en platta med Ø 14 cm (ytan 0,0154 m²) mottagit partiklar från 0,0154 x 18 = 0,2772 m³ luft. 100 cfu/m³ motsvarar då approximativt 30 cfu/platta och timme. Vid passiv provtagning används Petriskålar, 14 cm diameter, med 40 ml blodagar alternativt 40 ml TSA. Även här ska man låta plattan anta rumstemperatur för att förhindra kondens. Plattorna märks på botten eller på kant (ej på locket). Plattan placeras i arbetshöjd (ca 1,2 m över golvnivå) i rummet, och får stå öppen i 1 timme ± 5 min. Agarplattorna inkuberas sedan i minst 2 dygn i 35°C ± 2°C. Totalantalet kolonier, cfu, räknas per platta och koncentrationen anges i protokoll som antal cfu/m³. Vid provtagning, oavsett metod, ska tid, antalet närvarande personer, typ av operationsarbetsdräkt och antalet dörröppningar dokumenteras. Var provtagningen utförs, placering av luftprovtagning och plattor ska också dokumenteras och gärna kompletteras med bilder. Ett exempel på protokoll för detta finns med i kommande TS 39. För en att få en funktionskontroll och validering vid mikrobiologiska mätningar anges antal operationer till minst tre med knivtid på minst 45 minuter. Detta gäller både vid aktiv- och passiv mätning.

Relativ luftfuktighet

Relativ luftfuktighet har i kommande TS 39 höjts från tidigare ≤ 70% RH till ≤ 75% RH. En hög luftfuktighet påverkar sannolikt inte den mikrobiologiska renheten i luften på operations-salen i någon stor utsträckning. Om man skulle göra en mätning av RH i operationsområdet är det högst troligt att det vid många ingrepp är betydligt högre än 75% RH, förutom kroppsvätskor från patienten själv så används ibland spolvätskor eller fuktiga dukar som höjer RH. Det finns tyvärr inga bra studier, alltså ingen evidens, för detta och att höja gränsen för RH blev ett konsensusbeslut i TK 527 utifrån riskbedömning av flertalet faktorer som påverkar den mikrobiologiska luftrenheten. Man hänvisar ibland till SFVH's dokument, *Hög luftfuktighet - påverkan på sterilt gods och förslag till åtgärder*, vilket inte är helt korrekt eftersom ett operationsrum inte är en lagringsplats för sterila produkter. Ett operationsrum ska vara rent utan onödiga produkter och utrustning, allt som tas in ska användas vid det specifika ingreppet och utrustning vara desinfekterat. Så därav bedömningen att RH på operationsrummet ska hanteras utifrån påverkan på arbetsmiljö. En hög RH kan leda till en obehaglig arbetsmiljö och man ska beakta risken för perspiration från sterillklädd personal, koncentrationsstörning och trötthet mm.

I TS 39 finns en sammanfattande tabell över de funktionskontroller som rekommenderas för operationsrum. Nytt i den tabellen är rekommendationen för kontroll av mikrobiologisk renhet där det nu rekommenderas att kontroll ska göras minst 1 g/år samt som tidigare rekommendation; vid nyinstallation, ombyggnation och reparation samt vid anhopning av infektioner. När publiceras då nya TS 39? Ja, tyvärr har vi inget datum för det än. Vi i TK 527 hoppas kunna skicka in dokumentet till SIS granskning efter kommittémöte i november så kanske en publicering blir aktuell våren -23. ●

Fakta: Ann-Sofi Mattsson Hygiensjuk-sköterska, Smittskydd och Vårdhygien, Region Örebro län

Svensk standardinstitut, SIS, är en del av ISO och CEN som är nätverk av experter som arbetar med att skapa internationella standarder. *En standard är en smart gemensam lösning på ett återkommande problem.* SIS, har flera olika tekniska kommittéer inom alla tänkbara områden. Ledamöterna, experterna, i kommittén är representanter från brukare, producenter, myndigheter, branschorganisationer mm. Kommittén leds av en ordförande som nomineras av ledamöterna och SIS-personalen sköter projektledning och administrering.

Teknisk kommitté, TK 527, skapar förutsättningar för en säker sjukvård genom att ta fram svenska vägledningar för mikrobiologisk renhet i operationsrum samt europeiska krav på ventilation i olika sjukhusmiljöer. Kommittén bevakar och deltar också i internationellt och europeiskt standardiseringsarbete.

På kommitténs hemsida på SIS.se finns information om kommitténs arbete, vilka standards man arbetar med och har gett ut, länkar till vidare information, kontaktuppgifter samt *Vanliga Frågor* som uppdateras regelbundet beroende på frågor som inkommer till kommittén och som sedan expertgruppen eller externa experter svarar på. Vem som helst får skicka in frågor och ett tips är att med jämna mellanrum gå in och kolla frågor och svar. En fråga som har besvarats är varför det är samma krav på uppdukningssrum till både operationsrum med krav på 5cfu som 50 cfu. En annan fråga är vilket renhetskrav som ska ställas för olika ögoningrepp som IVT och kataraktoperationer.

SE VÅRA NYA PANNLAMPOR FÖR OPERATIONSBRUMMET



Se vårt utbud

- Fiberljuspannlampa med XENON-ljuskälla
- Fiberljuspannlampa med LED-ljuskälla
- Batteridrivnen LED-pannlampa
- Kamera med stabilisator - *prova och upplev skillnaden!*

Välkomna att boka en kostnadsfri utprovning!



Barnoperation vid Nya Karolinska i Solna

Vi som skriver heter Lovisa och Susanna och arbetar som operations-sjuksköterskor på Barnoperation vid Nya Karolinska i Solna. Vi har jobbat här i sex respektive åtta år och har stannat kvar inom den pediatrika specialiteten då den både är givande och spännande. Vi är överens om att det finaste arbetet som finns ändå måste vara att försöka hjälpa sjuka barn att få det bättre. Vi har en vardag där vi inte tvekar över att det arbete vi utför är meningsfullt och viktigt.

Lovisa brinner för barnkirurgin och då särskilt för esofagusatresier och lyssnar gärna på Lugna Favoriter under operationerna. Susanna gillar heldagsoperationer med mycket instrument på borden och hinner gärna med så många specialiteter som möjligt under en och samma vecka.

Barnoperation flyttade från Gamla Karolinska till Nya Karolinska i november 2016. Flytten från det gamla sjukhuset skedde i etapper och de första opera-

tionsavdelningarna som flyttade in var Barnoperation och Thoraxoperation. Flytten var en stor omställning då många gamla rutiner och arbetssätt inte längre fungerade i den nya sjukhusbyggnaden. En stor utmaning var att vänja sig vid att inte längre ha Barnoperations alla instrumentgaller i sterilförrådet på avdelningen. Merparten av alla instrumentgaller förvaras på Sterilcentralen tre trappor ner i sjukhusbyggnaden. Inför varje operation skickar Sterilcentralen upp en vagn med instrumentgaller



och engångsmaterial baserat på vilken operationsanmälan som är gjord. På avdelningen finns ett mindre steriltför-råd med galler för akuta operationer, alla löspackade instrument och extra engångsmaterial. Det har tagit ett tag men nu några år senare har vi skapat en fungerande struktur för hur vi ska jobba på det nya sjukhuset och arbetet flyter på mycket smidigare.

På Barnoperation bedrivs en dygnet-runt-verksamhet med både akut och elektiv kirurgi. Avdelningen ingår även i sjukhusets traumaberedskap och som operationssjuksköterska ingår vi i traumateamet som tar emot barn-traumalarmen en trappa ner på vuxens Akut- och Traumaavdelning. Barnoperation har fem operationssalar och varje måndag har vi även tillgång till en hybridsal där vi genomför avancerad rygckirurgi. På sal ett och två opererar vi främst kirurgi och det är även våra akutsalar under jourtid. Sal tre används främst till neurokirurgi och är alltid iordningställd för akuta neurofall om inte annan kirurgi pågår. Den planerade elektiva ortopedin utförs oftast på sal fyra där en c-båge alltid står redo. På sal fem opererar vi helst plastik- och öron-näsa-halsoperationer. Vi verkar även på andra delar av sjukhuset så som Akut- och Traumaoperation, Barnintensiven (BIVA), Barnakuten, ECMO-centrum och Neonatalavdelningen (NEO). När vi opererar på Akut- och traumaoperation har barnen kommit in som traumapati-entier och för att vinna tid opereras de på plats. Mindre akuta traumapati-entier

som är i behov av operation opereras på Barnoperation. På BIVA, ECMO-centrum och NEO opererar vi de barn som är för sköra för att förflyttas till Barnope-ration. Vi kan larmas till Barnakuten på medicinarm för att bistå vid akuta luftvägshinder och vid tillfällig svikt i lungor/och eller hjärta där all upptänk-lik intensivvård inte är tillräcklig och patienten måste läggas på ECMO.

För att klara av att verka vid akuta situa-tioner, både inne på avdelningen och ute på övriga sjukhuset, har vi fem akutvagnar som vi lätt kan ta med oss när det behövs. Vi har en vagn var för ECMO, NEO, Neuro, Trakeotomi och ÖNH som vardera innehåller det material som behövs vid en akut situation eller ett ingrepp som måste ske på en annan del av sjukhuset. I somras genomfördes ett stort arbete med att byta ut och uppdatera de gamla vagnarna till nya moderna vagnar.

Vad är speciellt på vår opera-tionsavdelning?

Barnoperation är speciellt eftersom vi opererar många olika specialiteter, utför flera olika rikssjukvårdsuppdrag och att det kirurgiska ingreppet och förberedel-serna inför operationsstart måste anpas-sas efter barnets ålder och fysik. Aldern på våra patienter varierar från nyfödd till 18 år. Det gäller att kunna anpassa patientbemötandet utifrån barnets ålder och utvecklingsnivå. Operationernas förutsättningar påverkas även stort av patientens vikt där de minsta barnen vi opererar kan väga runt 500 g. Vikten och åldern påverkar bland annat val av



operationsmetod, hur pass känslig hu-den är och storleken på instrumenten, diatermiplattan eller urinkatetern som ska sättas. Då verksamheten omfattar många olika specialiteter och efter-som den pediatrika patientkategorin har så varierande behov så erbjuds en nyanställd operationssjuksköterska en längre inskolning än vad som kanske är standard på andra avdelningar. Innan du börjar arbeta i jourverksamheten måste du också ha hunnit vara med på vissa ingrepp för att känna dig trygg i din yrkesroll hos oss.

Vilka typer av operationer ge-nomför vi?

De specialiteter som ingår i Barnope-rations uppdrag är barnkirurgi, ECMO, neurokirurgi, ortopedi, plastik, barn-trauma, urologi och öron-näsa- hals. I rikssjukvårdsuppdraget ingår diafragma-bräck, esofagusatresi, missbildningar i bäckenbotten, tarm och urinvägar samt ex utero intrapartum treatment (EXIT).

Som operationssjuksköterska på Barnope-ration är det kul att få använda sin kompetens till fullo för att förbereda och medverka vid avancerad kirurgi. Det är vanligt att kirurgen som ska utföras innebär att flera olika specialiteter med-verkar vid ett och samma operationstill-fälle. Detta kräver en god planering och ett bra teamarbete på operationssalen för att allt ska flyta på smidigt. Det kan ofta vara så att flera steg av olika typer





av kirurgi ska utföras för att ett ingrepp ska vara komplett. Exempelvis vid en operation av esofagusatresi så startar den med att ÖNH-kirurg kartlägger luftvägen för eventuella fistelgångar till esofagus. ÖNH-kirurgen kan även bistå intraoperativt med flexibel luftvägsskopi samtidigt som det gastrokirurgiska ingreppet via thorax, som skapar en förbindelse mellan matstrupen och magsäcken, pågår.

Barn har ofta andra diagnoser än vuxna varvid operationsbehovet även ser annorlunda ut. Så därför får vi som jobbar på Barnoperation vara med på och se andra typer av operationer än de som jobbar inom vuxenvården. Exempelvis så är ett barn med en OI-diagnos i behov av en mårspik som är självförlängande och följer barnets tillväxt. Något som inte existerar i vuxenvården. En stor del av vårt arbete är rekonstruktiv missbildningskirurgi där några exempel är gomsplatt, duodenalatresi, esofagusatresi, gallgångsatresi och analatresi. Missbildningar som barn föds med men som rättas till och opereras under barnåren och därför inte heller opereras inom vuxenvården.

Det finns även möjlighet att ingå i ECMO-centrums transportteam som opererar och hämtar patienter i behov av ECMO över hela Sverige och även ute i andra delar av världen. Till exempel så åkte nyligen en av våra operationssjuksköterskor med ECMO-teamet för en ECMO-påläggning på Island. På ECMO-centrum, som finns två trappor ovanför

barnoperation, förvaras tre ECMO-transportväskor. Väskorna innehåller instrumentgaller och annat material som behövs för att lägga en patient på ECMO. Vid varje ECMO-transport tas en väska med och efter hemkomst fylls väskan på igen av Barnoperations personal.

Vad är det bästa med vår operationsavdelning?

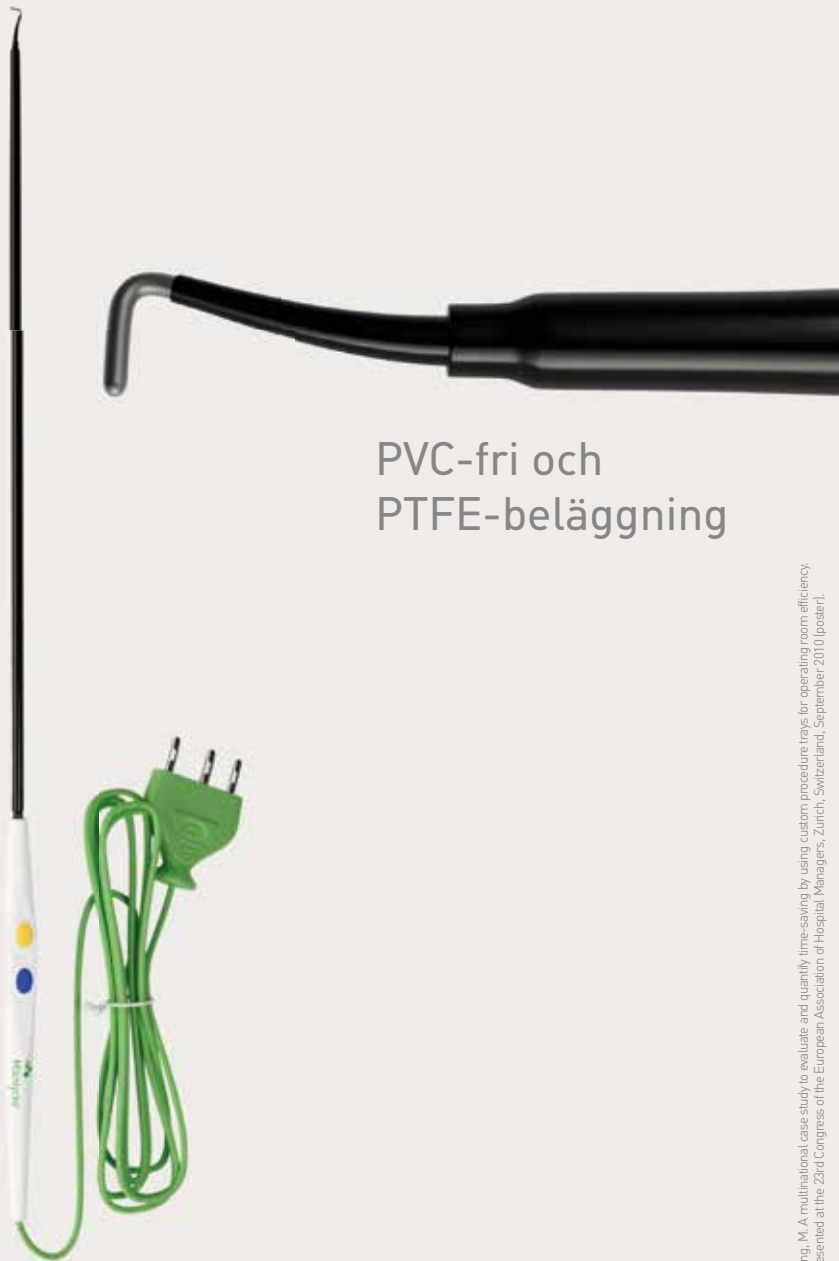
Det bästa med att arbeta på Barnoperation är att vi utför ett meningsfullt arbete tillsammans med bra kollegor. Teamarbetet på sal är trevligt och vi kämpar på tillsammans för att få dagens operationsprogram att gå ihop. Vi har ett bra samarbete med våra chefer då de arbetar verksamhetsnära och är lyhörda för våra synpunkter samt är positivt inställda till förändringar. Vi har stora ljusa operationssalar och modern medicinteknisk utrustning. Då vi arbetar på ett stort sjukhus med en bred verksamhet går det enkelt att få hjälp från andra verksamheter vid specialfall. Vi har ett gott samarbete med andra avdelningar där vi ofta lånar instrument och medicinteknisk apparatur av varandra. Sjukhuset är nybyggt och det är kul att arbeta på ett fint modernt sjukhus som är beläget nära centrala Stockholm. Trots många negativa tidningsrubriker om Nya Karolinska så trivs vi två väldigt bra med att arbeta här och vi tycker väldigt mycket om vår avdelning och våra arbetskamrater.

EA-projektet

Vi har nyligen startat upp ett nytt projekt där vi ska försöka att minska förekomsten av postoperativa sår-

komplikationer hos patienter opererade för esofagusatresi. I vintras blev vi kontaktade av den sjuksköterska som har ansvar över diagnosgruppen esofagusatresi på kirurgavdelningen. Då förekomsten av sårkomplikationer hade ökat hos den patientgruppen från föregående år, ville hon se om vi gemensamt kunde utföra åtgärder med mål att minska uppkomsten av dessa. Som operationssjuksköterska var det väldigt uppskattat att få feedback på hur det går för patienterna postoperativt. Vi diskuterade vilka riskfaktorer vi ser för sårkomplikationer intraoperativt. De riskfaktorer som finns i samband med preoperativa förberedelser hade kirurgavdelningen redan gjort en kartläggning av. Tillsammans med esofagusatresiansvarig sjuksköterska och kirurg skapade vi en checklista för att försöka optimera förfarandet vid dessa operationer. Vi beslutade att checklistan ska användas på de nästkommande fem operationerna av esofagusatresi för att sedan utvärderas. Åtgärderna i checklistan var bland annat att minska antalet dörröppningar, hålla maxbegränsningen för antal personer på sal, sterilt handhavande av nasogastrisk sond (vilken sätts under operationen) och att på kontinuerliga tidpunkter låta på de självhållande thoraxhakarna så att hudkanterna får vila. Vi kommer att fortsätta projektet tills vi har uppnått patientantalet och sedan besluta om checklistan permanent skall fortsätta att användas i samband med operationerna. Genom projektet har vi nu upprättat en kontakt och ett samarbete mellan Barnoperation och kirurgavdelningen vilket är något som vi tidigare har saknat. För att skapa en patientsäker vård är det viktigt att vårdkedjan fungerar som en enhet och att kommunikation finns mellan dess olika instanser för att optimera utfallet av kirurgin. Vi hoppas att detta kan bli en start på ett utökat samarbete och en förbättrad kommunikation mellan Barnoperation och vårdavdelningarna på sjukhuset.

För dig som har läst denna artikel och tänker att pediatrik kirurgi är intressant och något för dig så tveka inte att höra av dig till Barnoperation för att få hospitera en dag hos oss. Kom och ta del av vår värld. Kanske vill just du bli en del av den. ●



PVC-fri och
PTFE-beläggning

Truly customised laparoscopic solutions

Monopolär L-hook handaktiverad, möjliggör exakt, kontrollerad dissektion och koagulering av kärl och vävnader. Instrumentet, kabeln och kopplingarna är PVC-fria och med en PTFE-beläggning på den aktiva delen av elektroden. Även tillgänglig i Molnlyckes kundanpassade set.



www.molnlycke.se/produkter-losningar/instrument-for-laparoskopisk-kirurgi/

40%

av din förberedelsetid går att spara, vilket möjliggör att fler ingrepp kan utföras¹

Läs mer på www.molnlycke.se

Molnlycke Health Care AB, Box 13080, Gamlestadsvägen 3 C, 402 52 Göteborg. Tel. 031 722 30 00.
Molnlycke, BARRIER, ProcedurePak, Biogel, Mepilex och Safetac är varumärken, namn och logotyper som är globalt registrerade av en eller flera företag i Molnlycke Health Care-gruppen. © 2020. Molnlycke Health Care AB. Med ensamrätt. SESU1072209


Molnlycke®

1. Grilling, M. A multinational case study to evaluate and quantify time-saving by using custom procedure trays for operating room efficiency. Data presented at the 23rd Congress of the European Association of Hospital Managers, Zurich, Switzerland, September 2010 (poster).



RFop:s konceptutbildningar

Är du sugen på att utvecklas? Törstar du efter mer kunskap? Det är dags att börja planera vilka utbildningar som är intressanta under 2023. Funderar du på vad MDR innebär för din avdelning eller hur en upphandling går till. Arbetar du kanske på en operationsavdelning med ett stort intag från akuten, då kanske en utbildning

inom Trauma är något för dig. Har du kanske ett stort intresse för kontinuiteten i operationsvården och är intresserad av vad vi kan göra i de pre- intra- och postoperativa förloppen för att motverka postoperativa infektioner. Har du sett att RFop har en utbildning som handlar om just infektionsprevention?

Riksföreningen har sedan länge erbjudit utbildningar för sina medlemmar och arbetar nu aktivt för att utöka utbudet. Konceptutbildningar utvecklas och drivs av riksföreningen i samarbete med olika företag och sjukhus som Swedish Medtech, Johnsson & Johnsson och KS Solna. Senaste tillskottet är Infektionsprevention med "care bundle" som ledord samt MDR, upphandling och juridik. Den senare vänder sig kanske framför allt till de ansvariga för inköp och upphandling runt om på landets operationsavdelningar men är inte fel att gå för den intresserade i allmänhet eftersom det berör alla medicintekniska produkter som vi hanterar i en opererande verksamhet. Föreläsningarna under utbildningsdagen ges av Pernilla Andrée, sakkunnig inom det medicintekniska regelverket & Ansvarig utbildningar och event, Louise Reuterhagen, sakkunnig upphandling med erfarenhet från rollen som upphandlare på Region Stockholm och Julia Öhman, jurist med erfarenhet från samverkan och upphandling. Den första utbildningen ges i dagarna den 14 oktober, men var bara lugn fler tillfällen kommer. Håll utkik på hemsidan och sociala medier för att se när anmälan öppnar igen.

Infektionsprevention är kanske ett av de viktigaste områdena för en operations-sjuksköterska och varför inte ta del av en utbildning för att lära sig mer och uppdatera sig i det senaste. Vårdrelaterade infektioner kostar samhället så mycket som 6,5 miljarder svenska kronor varje år. De postoperativa infektionernas trend går inte heller ned enligt de tio senaste årens beräkningar. Men det finns massor vi kan göra. Utbildningen i infektionsprevention är ett krafttag och första steg för att förtydliga preventionsarbetet. Utbild-



Deltagare på MDR
den 14 oktober 2022



Pernilla Andrée, Swedish Medtech

ningen använder sig av begreppet "care bundle" som innebär en sammansättning av evidensbaserade insatser för att förebygga postoperativa infektioner. De som föreläser på ämnet är Bo Söderquist, Professor i medicin vid Örebro universitet och överläkare vid Infektionskliniken och Laboratoriemedicinska kliniken, Mikrobiologi, Universitetssjukhuset, Örebro. Kian Chin, Senior bröstkirurg

på Sahlgrenska US. Hanna Wesslau, Specialistsjuksköterska inom kirurgisk vård, Bröst- och melanomteamet, Sahlgrenska US. Mr Giles Bond-Smith, Consultant HPB and Emergency Surgeon, Clinical Lead for Emergency Surgery in Oxford, Oxford University Hospitals Foundation NHS Trust.

I ett långtgående samarbete med KS Solna har riksföreningen en utbildning inom Trauma som vänder sig till operationssjuksköterskor som i sitt arbete kommer i kontakt med trauma- och akuta patienter. Tanken är att den ökade kunskapen ska ge en ökad trygghet i rollen som operationssjuksköterska och också hur man redan tidigt kan ta in operationssjuksköterskan och dennes kompetens i hanteringen av traumaförloppet. På vissa akutmottagningar har man börjat arbeta med en operationssjuksköterska med i traumarummet redan på akutmottagningen. Utbildningen är uppdelad i två nivåer, en basicutbildning som ges under en dag samt en fördjupad variant, nivå två, som ges under tre

dagar. Föreläsare för utbildningen är Olga Carlquist, specialistsjuksköterska inom operations- och ambulanssjukvård, Östersunds Sjukhus. Anna Lindblom, specialistsjuksköterska inom operations, ATSS instruktör, Sahlgrenska universitetssjukhuset. Lars Salomonsson, RFop, styrgruppen Säker Traumavård.

Riksföreningen har sedan länge vurmat för förebyggande insatser som levnadsvanor och har flertalet gånger också arrangerat en utbildning i ämnet. För tillfället finns det inga planerade utbildningsdagar för 2023. Men hör gärna av dig om du är mer nyfiken på en utbildning i ämnet. Se nu till att göra utrymme i kalendern för lite utbildningsdagar under året 2023 och titta återkommande på hemsidan och i sociala medier för att hålla er uppdaterade om datum för utbildningsstarter. Är det någon utbildning du tycker saknas? Är du själv intresserad av att föreläsa inom något ämne. Hör bara av dig till riksföreningen eller redaktionen för tidningen så för vi dina tankar vidare. ●

Utökar "plus" effekten i MONOCRYL™ Plus-suturer



Uppdaterad effektivitetsdata

MONOCRYL™ Plus hämmar *Enterobacter cloacae* att kolonisera suturen med 99,99 %* jämfört med icke-antibakteriella suturer, samt hämmar kolonisering av suturen med: *Staphylococcus aureus*, *Staphylococcus epidermidis*, MRSA, MRSE, *Escherichia coli*, *Klebsiella pneumoniae*†12



Den svarta Plusrutan är lätt att se för snabb igenkänning

Den gulfärgade Plus-symbolen indikerar att det är en antibakteriell Plus-suture

1st

Ethicon Plus-suturer blir de FÖRSTA och ENDA suturerna* med antibakteriellt skydd som rekommenderas inom NHS av NICE Medical Technologies Guidance:

ETHICON
Johnson & Johnson SURGICAL TECHNOLOGIES

För uppgifter och tekniska information om Ethicon Plus-suturer, kontakta din närmaste Ethicon-vertikaliserare eller Ethicon-vertikaliserare i Sverige. Ethicon-vertikaliserare i Sverige: Ethicon AB, S-141 86 Huddinge, Tel: 08-746 10 00. Ethicon-vertikaliserare i Norge: Ethicon AS, N-1300 Sandness, Tel: 022 22 22 22. Ethicon-vertikaliserare i Danmark: Ethicon A/S, DK-2800 Lyngby, Tel: 44 44 44. Ethicon-vertikaliserare i Tyskland: Ethicon AG, D-70539 Stuttgart, Tel: 07141 35-0. Ethicon-vertikaliserare i Frankrike: Ethicon SAS, F-91000 Evry, Tel: 01 69 10 10 10. Ethicon-vertikaliserare i Italien: Ethicon S.p.A., I-20090 Segrate, Tel: 02 76 76 76 76. Ethicon-vertikaliserare i Spanien: Ethicon S.L., E-08008 Barcelona, Tel: 93 48 48 48. Ethicon-vertikaliserare i Portugal: Ethicon Lda, P-1700 Lisboa, Tel: 21 48 48 48. Ethicon-vertikaliserare i Polen: Ethicon Sp. z o.o., PL-01-116 Warszawa, Tel: 22 66 66 66. Ethicon-vertikaliserare i Danmark: Ethicon A/S, DK-2800 Lyngby, Tel: 44 44 44. Ethicon-vertikaliserare i Norge: Ethicon AS, N-1300 Sandness, Tel: 022 22 22 22. Ethicon-vertikaliserare i Sverige: Ethicon AB, S-141 86 Huddinge, Tel: 08-746 10 00.



Porträttet

Andreas Tullsson

Mitt namn är Andreas Tullsson och jag är operationssjuksköterska. Efter sedvanlig uppväxt på Västgötsläätten hamnade jag på undersköterskeutbildningen på gymnasiet. På den tiden tyckte jag att hemvården och att ta hand om gamla människor, var mest intressant. Sjukhuset var mest ett obehagligt och skräckinjagande ställe. Jag fick mitt första jobb i hemvården i Lidköping, ett trevligt arbete som på den tiden fokuserade mycket på de äldres sociala tillvaro. Det blev en hel del fikastunder med de gamla och så lärde jag mig att dammsuga på väggen, du vet vävtapet...

Jag gjorde motvillig militärtjänstgöring och mönstringen gick så där vilket resulterade i att jag blev placerad som förrådsgubbe i..., jag kommer inte ens ihåg var. Min kära mor ringde och läxade upp officerarna och de hade inget att sätta emot. Tack mamma! I stället blev jag placerad som sjukvårdare där det ingick några dagars praktik på operation på Lidköpings lasarett. Jag har faktiskt inget minne av att jag blev eld och lågor över praktiken, men lite spännande var det allt. Adjutanten på kompaniet hade en förteckning inne på sitt kontor med förra årets högstskolor som hade lägst antagningspoäng; jag hade insett att jag kanske borde läsa vidare men hade inte så bra betyg. Men jag skickade in en ansökan till sjuksköterskeprogrammet på några svenska orter med vild spridning, bland annat i Dalarna och Småland.

Det blev i Västervik som jag verkade de kommande åren. Skolan var en filial till Kalmar Högskola, nuvarande Linnéuniversitetet. Det var en tuff utbildning, men jag klarade det! En höjdpunkt under utbildningen var distriktspraktiken som jag gjorde i Afrika på Salvation Army Hospital Chikankata, Zambia. Nu blev jag mer nyfiken på min omvärld och nappade på erbjudandet som ett rekryteringsföretag som besökte högskolan hade.

London

Det behöves sjukvårdspersonal i London, England. Närmare bestämt Main Theatre, Homerton Hospital. Ingen vidareutbildning – No problem! När jag hade fått min engelska legitimation från UKCC (motsvarigheten till Socialstyrelsen) så kunde jag köra igång. I Storbritannien

hade de ett annorlunda system där man först jobbar och introduceras en period på sin operationsavdelning för att senare gå en lite kortare utbildning, cirka en termin. Min handledare hette Janice och jag fick lära mig allt från scratch. Jag kommer ihåg när jag skulle träna på handskpåtagning, det blev lite fel vilket resulterade i att hon smiskade till mig rejält över handryggen. En lite udda pedagogik? Det var små operationer till att börja med men sedan lite större. De hade en stor förlossningsavdelning med en hel del kejsarsnitt, så det var den vanligaste operationen jag var med på. Jag bodde i England i ungefär ett år och mot slutet så var jag ganska vass tyckte jag.

De hade en helt underbar humor i England, varje dag på jobbet utspelades som en ny Monty Python-sketch och till slut lärde jag mig även cricketreglerna. Jag var intresserad av utbildningen till att bli engelsk OR nurse, men den hade inte varit giltig i Sverige; så efter att ha firat in det nya millenniet på Trafalgar Square var det dags att fara hem. Jag hamnade i Göteborg och fick jobb på en vårdavdelning för akutkirurgi på Sahlgrenska sjukhuset. Efter ett halvår dök det upp ett erbjudande om att få gå vidareutbildning till operationssjuksköterska med viss betalning. Mina lärare hette Kerstin och Monica. Monica Kelvered träffar jag fortfarande i samband med RFop:s olika aktiviteter, vilket alltid är jättetrevligt!

Under utbildningen fastnade jag för ortopedi och på ortopedoperation på Sahlgrenska sjukhuset fick jag mitt första jobb efter fullgjord utbildning. Härlig arbetsplats med rejäla operationer, det var mycket lärorika år. Den avdelning försvann tyvärr under omorganisationen av ortopedin i Göteborg då all ortopedi flyttades till Mölndals sjukhus. I den vevan jag slutade på ortopedoperation och började jobba för bemanning i Norge och Stockholm, vilket jag höll på med ett par år. I samband med att jag och min sambo väntade vårt första barn, krävde enhetschefen på avdelningen att få veta exakt när förlossningen skulle äga rum (ett barn kommer ju ut när det har lust att komma ut). Då insåg jag att "nu kanske det är dags att gå tillbaka till ett fast jobb". Jag och min familj landade i Östersund/Jämtland där jag fick jobb på

Centraloperation, Östersunds sjukhus. Där har jag jobbat sedan 2009 med ett kort, märkligt avbrott 2010.

Sjuksköterska på en psykiatriavdelning

Sjukhusets ekonomi var dålig och eftersom jag var nyanställd var det "sist in/ först ut" som gällde. Jag blev, utifrån min speciella kompetens erbjuden omplacering och en tjänst som sjuksköterska på en psykiatriavdelning, vilket jag efter visst övervägande tackade jag nej till. Det blev till att gå tillbaka till bemanningsjobb i Stockholm och veckopendla vilket varade ett par veckor sen var det personalbrist på operation i Östersund igen. Jag blev erbjuden ett vikariat på operation och tjänstledigt från min anställning inom psykiatri. Numer har jag, som tur är, en vanlig tillsvidareanställning igen.

Jag försöker att vara engagerad på min arbetsplats har ett intresse för medicinsk teknik, där jag har visst ansvar. Jag är miljöombud (det ger väl mig någon slags tillfredsställelse att skälla på kollegor som inte källsorterar eller inte viker ihop tomma mjölkpaket i personalrummet). Vi har en stor utmaning framför oss inom operationssjukvården i hur vi skall kunna arbeta både miljöeffektiv och patientsäkert. Jag är även förtroendevald inom Vårdförbundet vilket innebär att jag även är skyddsombud för alla medarbetare på min arbetsplats.

Distriktssamordnare för Jämtland

Till sist men inte minst är jag Distrikts-samordnare för Jämtland i RFop. Det är ett roligt och intressant uppdrag som går ut på att anordna möten på lokal nivå för medlemmar och att hjälpa till att sprida RFop:s budskap och olika projekt. Genom detta har jag haft förmånen att besöka flertalet Höstkongresser de senaste tio åren och det är en stor inspirationskälla! En eller ett par gånger per år har vi även distriktssamordnarträffar där vi utbyter erfarenheter från olika delar av landet. Jag vet att det fortfarande finns distrikt som inte är representerade och som inte har någon distriktssamordnare, i så fall passa på och ta chansen! Om du går in på RFop:s hemsida trycker på "Om oss" och sen "Distriktssamordnare" så syns vilka distrikt som är vakanta. Du får gärna skicka ett e-mail till mig på jamtland@rfop.se så kan jag berätta mer! ●

Preoperativt samtal - ett etiskt dilemma?

Det lades stor vikt vid det preoperativa samtalet under min utbildning till operationssjuksköterska. Att ta sig tid för att gå till avdelningen och prata med patienten innan operationen, helst dagen innan. När jag sedan kom ut på min första VFU, lyste det preoperativa samtalet med sin frånvaro. I bästa fall blev det en kort dialog under tiden anestesiin förberedde patienten på sal. "Fanns allergier, mot plåster? Mm, nähä. Vilken sida ska vi operera? Kan jag be och få ditt personnummer?" Sen blev det för rörigt inne på sal för att fråga mer och patienten hade oro i blicken. Det kändes inte optimalt att ha ett djupare samtal i en så okänd miljö med fem andra på sal. Jag avslutar dialogen med "jag ska ta hand om dig under operationen".

Jag har hunnit arbeta några månader i min nya roll och har träffat en hel del patienter. Nu ställer jag mig återigen frågan, vad hände med det där preoperativa samtalet? Vad innebär det preoperativa samtalet? Är det för oss eller patienten? Vad skulle det tillföra?

I litteraturen står det om den preoperativa dialogen "som innehåller sjuksköterskans löfte till patienten att få ett känt ansikte", alltså att knyta ett personligt band. Det förutsätter att det sedan är jag som tar emot patienten på operationsavdelningen och medverkar i den perioperativa vården. Vad händer med de patienter som blir strukna på operationsprogrammet, får byta operationstid eller får en annan operationssjuksköterska? Även om de planerade omvårdnadsåtgärderna finns dokumenterade i journalen till min kollega, så försvinner syftet med att få ett känt ansikte som skapar trygghet för patienten på operationsavdelningen.



Maria Muñoz

Inskrivningsprocessen

Mina patienter går igenom en lång och noggrann inskrivningsprocess. De får träffa alla professioner från sjuksköterska, undersköterska, fysioterapeut till anestesilog och kirurg. Det är många nya ansikten, undersökningar, frågor och mycket information för patienten att ta in. Det är inte heller alltid de skrivs in dagen före operationen och ofta sover patienten på patienthotell. Vad skulle ett preoperativt samtal med mig som operationssjuksköterska tillföra? Eller skapar det snarare ännu mer förvirring?

Beroende på hur operationsavdelningens verksamhet är organiserad finns givetvis det preoperativa mötet på en del sjukhus och operationsavdelningar där operationssjuksköterskor har tid att träffa patienten både före och efter operationen. Hur blir det? Har det preoperativa samtalet prioriterats det bort på grund

av personalbrist? Är det ett resultat eller snarare baksidan av att "effektivisera" operationsprogrammet? Jag har fler frågor än svar. I den bästa av världar vill jag ha en trygg och välinformerad patient; där jag kan planera vilka omvårdnadsåtgärder jag ska vidta för att ge patienten en god omvårdnad perioperativt.

Flertalet studier har presenterat det kända ansiktets betydelse för patienten. Sjuksköterskan inger patienten mod genom att låta patienten känna igen sig. Vidare står det i litteraturen att operationssjuksköterskan bör skaffa sig ett intryck om patientens inställning i relation till tidigare vårderfarenheter samt ta reda på om hen har kännedom om miljön på operationsavdelningen. För att fånga upp de patienter som är i extra behov av stöd inför sin operation, skulle operationssjuksköterskan behöva ha ett närmare samarbete med sjuksköterskorna på vårdavdelningen.

Det preoperativa samtalet

Ett preoperativt samtal behöver inte nödvändigtvis ske på vårdavdelningen. Det kan även ske per telefon. Det behöver inte heller nödvändigtvis vara samma dag eller dagen innan, utan kan ske dagar eller veckor före planerad operation. Jag kan se att min spetskompetens och expertis av operationsmiljön, ingreppets art och vad en patient har att förvänta sig, kan vara värdefull information för patienten. Men alla patienter vill inte heller veta. Jag saknar även uppföljningen efteråt, så jag vet sällan hur det har gått för mina patienter efter operationen. Jag får inte återkoppling från patienten eller vårdavdelningen om postoperativa infektioner, smärtor/nervskador efter positionering eller upplevelsen av den perioperativa vården. Om jag fick önska, hade jag givetvis önskat denna återkoppling för att få

Frågan är bara, är det preoperativa samtalet ett etiskt dilemma?

feedback på mitt arbete. Jag strävar hela tiden efter att bli en bättre operations-sjuksköterska och göra mitt bästa för mina patienter.

Med insikten om att operationsavdelningen och operationssalen är min arbetsplats och vardag, är det för de flesta andra en främmande och skrämmande miljö. Operationssalarna är kalla och kala. Patienten är i en oerhört utsatt situation när de kommer nästan nakna i sin lilla patientskjorta och flyttas över till det lilla, smala operationsbordet. Den blåklädda operationspersonalen ansikten är täckta med mössa och munskydd och det enda som syns är ett par ögon som försöker ingjuta lite värme och trygghet tillsammans med en vänlig röst. Vad kan jag ta med mig av det som är positivt i den verklighet 2 minuter innan patienten ska sövas? I det kortvariga patientmötet kan det vara svårare att ta emot patientens

rädsla och ingjuta mod, men inte omöjligt. Men jag gillar tanken på en "mod-transfusion" som kan ske i mötet mellan operationssjuksköterska och patient i syfte att minska stress och oro.

Operationssjuksköterskor är en relativt "tyst" yrkeskategori och jag tror inte att allmänheten har någon större insikt i vad vi egentligen gör, eller att vi finns. Jag vill trycka på att vi operationssjuksköterskor har en viktig roll att fylla när det kommer till att ge patienten en så bra perioperativ vårdupplevelse som möjligt. Frågan är bara, är det preoperativa samtalet ett etiskt dilemma?

Hör gärna av dig till redaktionen på: maria.munoz@rfop.se.

Jag vill gärna vidga mina vyer kring hur jag kan göra vården ännu bättre för mina patienter. ●

Handbok för politiker

Implementering av WHO:s strategi för sjuksköterskor i Europa 2021–2025



WHO har sedan år 2020 tagit fram flera rapporter som visar på behov av att satsa på sjuksköterskors professionsutveckling och forskning så att de

kan och vill stanna i yrket och fortsätta handleda nya kollegor. Situationen är komplex världen över och strategiska satsningar med en långsiktig nationell plan behöver skapas.

Svensk sjuksköterskeförening har i *Handbok för politiker* översatt WHO globala strategi för sjuksköterskor under åren 2021–2025.

Föreningen har i linje med WHO skrivit fram de politiska åtgärder som behöver vidtas i Sverige för att kunna rekrytera och behålla sjuksköterskor.

Skanna och läs mer om Handboken



Kunskap in, bakterier ut.

CRC
medical

Ren luft snabbt!

CRC Air1 minskar risken för virus och bakteriespridning.

Framtagen för tillfällig användning i rum och lokaler där man är i behov av renare luft. Luften recirkuleras och filtreras genom högeffektiva luftfilter, så kallade HEPA-filter.

Exempel på rum är **väntrum, akutmottagning, röntgen, vådrum, korridorer, IVA-rum samt infektionsrum.**

Kontakta Marcus Ragnarsson för mer information
Telefon 0705 89 63 32
Mail marcus.ragnarsson@crcmed.com
Webb crcmed.com



Vägen tillbaka

Från Venport till Abdominoperianal rektumamputation med intersfinkterisk dissektion till trauma med livshotande skottskada.

Bästa kollegor som följt min resa här. Några kanske noterade att nr 3 av Uppdukat inte innehöll någon artikel från mig. Men nu är jag tillbaka. Tiden har både varit fantastisk och omtumlande men mitt i resan påverkades jag i mitt innersta djup som människa, och för en stund fick mig att tappa balansen när min tillit till kollegor tillfälligt rubbades.

Det har varit en resa som berikat mig med så ofattbart mycket. Jag har lärt känna så många nya människor, träffat

så många patienter, lyft och återtagit min kunskap från förr, lärt mig nya operationer, arbetat under nya rutiner, upplevt tuffa motgångar, känt mig både superstark och kompetent. Min upplevelse har även varit kantad av stor ensamhet och vilshenhet. Fast med inre kraft, stöttande familj, chefer, varma kollegor inom samtliga yrkesområden som arbetar på en operationsavdelning, har jag bestigit det berg som jag stod vid foten inför, måndagen den 14 februari 2022, en av de finaste dagarna på året. Alla Hjärtans dag!

Så när jag nu summerar hur det gått för mig att komma tillbaka som operationssjuksköterska. Är det med stor glädje,

stolthet och rak rygg jag säger att det varit värt varenda minut. Att det här är ett av de allra bästa beslut jag fattat i mitt liv. Resan tillbaka!

Som bemanningssköterska har jag försakat att vara hemma med min familj och delat vanlig vardag, bor i stället i en liten etta med kokvrå. Och trots att det egentligen finns hur mycket jobb som helst för operationssjuksköterskor, har jag ändå ingen anställningstrygghet. Förutom den tid som avtalet gäller. Bär hela tiden en oro att med kort varsel få sluta om man inte tycker att jag passar in i gruppen eller gör något fel, eller på annat vis inte når upp till kraven. Det är som att vara synad i sömmarna hela tiden. Och bryter jag ett ben, hamnar i psykisk kris eller av någon annan anledning blir långtidssjuk, så står jag helt ensam med ansvaret att ta mig tillbaka till ett yrkesliv. Ingen chef eller arbetsgrupp kommer stötta mig. Min erfarenhet är att inte få vara med på arbetsplatsträffar, utbildningsdagar eller andra sammankomster som personal har. Och utbildningar inom yrket, med resor till och från samt arbetstid får jag bekosta med egna pengar. Samtidigt är arbetet att jobba inom bemanning, ett val jag gjort för att kunna bo där jag bor i Dalarna och samtidigt kunna jobba med mitt drömyrke.

Under min resa tillbaka, har jag upplevt hur det är att stöta på patrull. Att bli fullkomligt överrumplad och utgådd. Ett slag som nästan fick mig ned för räkning, att inte orka gå tillbaka till mitt jobb. När man som unik individ utifrån att ha varit öppen med förutsättningarna om många års bortavaro från operationssalen blir använd som ett slagträ i den infekterade debatten om bemanningsbranschen, arbetsgivares rekryteringsförmåga och olika anställningsvillkor. Vilket är långt ifrån en individs uppdrag att lösa eller bära skulden för. Det är en viktig samhällsfråga och en stor Nationell fråga att lösa. Inte min.



Jag vill arbeta, känna tillhörighet och växa i mitt yrke. Jag drivs av en stark motivation av att mitt arbete kan göra skillnad för människor som behöver sin operation. Så om min insats kan bidra till att en människa slipper vänta extra tid på en livsavgörande operation är värt allt. Så med hjälp av familj, nära vänner, flera stöttande kloka och omtänksamma kollegor inom samtliga yrkesområden och chefer, som öppet tog ansvar för en inkluderande arbetsmiljö så kunde jag resa mig igen.

Som en sträcka på ett rally

Varje dag på jobbet är så spännande! Ingen dag är den andra lik. Och nu jobbar jag med allt från det lilla till det stora. Och för er som noterat är jag ju en sann inbiten motorsportmänniska! Nu kanske någon undrar vad det har med resan tillbaka att göra?

Ni ska veta att det finns otroliga likheter mellan den otroligt utmanande komplicerade och komplexa uppgiften det är att vara codriver i en rallybil, och att jobba som operationssjuksköterska!

Det är så många gånger intill kirurgen som jag upplever samma känsla som man gör i en rallybil intill sin förare. Senast var faktiskt förra veckan intill en av kärlikirurgerna när vi gjorde en trombeaktomi som inte var enkel, och där jag både instrumenterade och assisterade. Eller när vi jobbade intensivt med en livshotande skottskadad patient. Man är tillsammans så koncentrerade och fokuserade att det inte finns annat än det man gör.

En sträcka på ett rally kan gå som en dans, det är hastighet på högsta växeln, luriga svängar, snabba kast och plötsliga överraskningar och man kan tvärt och oväntat hamna i mycket stora bekymmer, till och med krascha. Både förare och codriver kan göra misstag, ingen är ofelbar. Bilen kan gå sönder eller börja gå dåligt. Men tillsammans, gör man precis allt för att komma i mål med hel bil och bästa resultat. Varje rörelse och varje sekund räknas. Precis som i check-listan för säker kirurgi.

Som codriver ger man verkligen sitt hjärta och sin själ till föraren, teamet och bilen. Och vid målgång bli bemött och få respekt för den helhjärtade insats man gjort under sträckan i både med- och motgång är definitivt avgörande för om jag med lika stort hjärta och engagemang vill göra det om igen.

Så för mig är det precis samma när jag arbetar som operationssjuksköterska: Patienten är i fullt fokus, och när allt är säkrat inför operationsstart ger jag hela mitt hjärta och själ till situationen. Under operationen följer jag nogsamt kirurgen, assisterar och instrumenterar efter bästa förmåga och tänker hela tiden på patientens mående och nästa steg. Och har mycket stora öron för övriga i teamet. Så att få uppleva ett operationsslut med total inkludering där alla är värda lika mycket. När samarbetet öppet uppskattas det är en helt obeskrivlig upplevelse. Precis som att sitta i en rallybil i full fart på hög växel. Komma med bredsadd under total kontroll och sen tillsammans gå i mål med en välförtjänt sträckseger för hela teamet.

Mina sista rader

När jag nu skriver mina sista rader här i Uppdukat, så finns det egentligen ett enda budskap jag vill förmedla. Att finns det någon därute som läser, eller någon som känner någon som lagt operationshjälm på hyllan. Så vill jag säga till dem, Snälla kom tillbaka! Gör det på ett eller annat sätt. Gör det på det sätt som just Du behöver för att få det att fungera i övriga livet. Din kompetens är exklusiv, DU är unik och så värdefull! Tillsammans kan vi kapa operationsköerna i vårt land. Hjälpa patienterna som behöver. Sen behöver våra folkvalda politiker se över strategier, och anställningsvillkor behöver förbättras.

Fram till dess så vill jag göra allt för att reaktivera operationssjuksköterskor i vårt avlånga land! Mitt budskap till Dig är VI BEHÖVER DIG TILLBAKA I TEAMET! Kom åter till detta fantastiskt spännande roliga och utmanande yrke!

Och vem trodde för sju månader sedan att någon skulle säga till mig; "du är så noggrann och lämnar inget åt slumpen" "att få jobba med dig som är så lugn och trygg betyder så mycket för mig" "att du skulle varit borta från yrket så lång tid, har jag aldrig noterat, och det kan jag bara säga är ett gott betyg" "du ser på mig som en människa – inte som en kirurg" och "när tänker du flytta hit?" Har fått så många ord som burit mig fram. Så kan jag på minsta vis inspirera, hjälpa och stötta dig som funderar att komma tillbaka eller välja yrket, så tveka inte en sekund att ta kontakt med mig.

Jag vill skicka det största tack till arbetskamrater och chefer på kirurgoperation i Västerås som starkt och positivt stöttat mig under min resa tillbaka. Ni är både ambassadörer och så fina människor med både tålmod, djup kompetens, härliga skratt och stora hjärtan. Er del i min resa är betydande. Ibland är tråden skör, som ett liv. Men den väv ni vävt tillsammans för mig under de här sju månaderna är en mycket stark väv. Väven kommer bära mig, och jag vet att min syster från sin plats någon annanstans i allt. Hon som vet hur jag brast och gick sönder, är stolt, precis som jag. För Vi klarade det! Jag är tillbaka!

Tack alla som läst, och Tack för hälsningar jag fått under artikelresans gång. Och Stort tack till två av mina nära vänner och kollegor Elisabeth Winterås Visby Lasarett och Sara Lyckner Mälar-sjukhuset som oförtrutet är ut och är in alltid trott på mig och alltid stöttat mig på min väg tillbaka. Utan er hade det inte hänt. Och till alla kollegor nya som gamla, hoppas vi ses på Höstkongressen! Eller rent av på Rally Sweden! Väl mött Bästa! Väl mött! ●



SiS standarder

– varför förstår vi inte att använda oss av dessa?

Det finns en guldgruva för alla operationsavdelningar där ute i landet. En guldgruva för kunskap och rutiner. För att slippa godtyckliga arbetsmoment och att för att slippa uppfinna hjulet på nytt. Den guldgruvan heter Svenska institutet för standarder – SiS. Bara inom hälso- och sjukvårdsfrågor så finns det hundratals standardiserade beskrivningar att använda sig av.

Att använda standarder i sitt arbete innebär att bidra till ökad kvalitet, effektivitet och framför allt ökad patientsäkerhet som nog kan anses vara operations-sjuksköterskans paradnummer. Dryga 30 tekniska kommittéer bestående av experter på olika nivåer arbetar med att ta fram standarderna för hälso- och sjukvården i Sverige. De är inte obligatoriska men används oavkortat som referenser i myndigheternas publikationer.

Extra intressanta för operationssjukvården kan vara dessa tio:

- SIS/TK 333 Operationstextilier
- SIS/TK 349 Rengöring desinfektion och sterilisering
- SIS/TK 527 Renhet i operationsrum
- SIS/TK 330 Förbrukningsmaterial inom sjukvården
- SIS/TK 340 Biologisk säkerhet för medicinsktekniska produkter
- SIS/TK 602 Patientdelaktighet i personcentrerad vård
- SIS/TK 108 Renhetsteknik
- SIS/TK 595 Trycksårsprevention
- SIS/TK 561 Estetiska ingrepp och andra skönhetsjänster
- SIS/TK 334 Hälso- och sjukvårdsinformatik

Dessa kommittéer har tillsammans publicerat dryga 400 olika standarder och arbetar med över 100 ytterligare i skrivande stund. En standard kan definieras som en gemensam lösning på ett återkommande problem som personerna i kommittéerna gemensamt har arbetat fram. Experterna i de tekniska kommittéerna består av representanter från olika områden som ämnet berör. Till exempel kan en kommitté bestå av läkare, sjuksköterskor, myndighetspersoner, patienter, producenter och leverantörer och tillsammans stöter och blöter de det vetenskapliga evidensläget med gällande marknadskriterier för att få fram standarder för rekommendationer. Sedan skickas standarden ut på remiss och de som inte har möjlighet att delta i en kommitté får ändå en möjlighet att lämna sina synpunkter på standarden innan den tas till tryck. Till exempel tar RFop emot remisser från SiS. Standarderna ger oss en riktning och lägger en grund för patientsäkerheten. Men att sitta med i en kommitté är ingen billig historia och det krävs att en arbetsgivare eller organisation betalar för stolen då det rör sig om summor på omkring 20 000 kr per år. Det kan tänkas att arbetet är både utvecklande och meriterande för den som lyckas få en plats. Om man är intresserad av att sitta med i en kommitté eller inte är ju upp till var och en men oroväckande få verkar veta om standardernas funktion för det dagliga arbetet på en operationsavdelning. Inte heller verkar kliniker och chefer vara säkra på hur de bör användas eller hur de skall implementeras inom verksamheten.

Tillgänglighet

En anledning kan handla om tillgängligheten. En standard inom operationssjukvård kostar i ett uppskattat genomsnittligt pris 1000 kr. Som Region kan standarderna prenumereras på men



få anställda verkar veta om hur man ska kunna komma åt dem. Detta är ett problem och SiS behöver tillsammans med Regionerna arbeta fram en lösning på detta. Vi uppmanas ständigt att vara forskningskonsumenter som operations-sjuksköterskor men ges aldrig någon tid till att ta del av och utvärdera forskning relevant för vår verksamhet. När vi då har ett medie som sköter utvärderingen av evidensläget och presenterar detta i rapporter i form av standarder som ger oss en plan för vårt arbete borde vi använda det till fullo. Är det kostanden som är ett problem? Hur skulle det se ut om standarderna var gratis för svensk sjukvård att ta del av? Eller behöver SiS kanske komma ut i verksamheterna och tydliggöra sitt arbete och sin roll för den svenska operationssjukvården för att vi ska förstå att använda oss av standarderna i verksamheten.

Detta är frågor som bör uppmärksamhet. SiS är en kunskapskälla som ligger dold i de byråkratiska snåren medan verksamheter kämpar med att komma på egna lösningar på problem som egentligen är lösta för länge sedan. Det innebär att både tid och pengar går åt i onödan men framför allt så innebär det en patientsäkerhetsrisk.

Hur arbetar ni med standarder hos er? Hör gärna av er och berätta, uppdukat@rfop.se ●

BESTÄLL NY RÖKUTSUG!



- Uppstart omedelbart
- Startar med högsta sugeffekt
- Låg ljudnivå



Testa miljövänliga rökutsugspennan, C-VAC Tornado



Beställ filter SmokeTrap 100 hos Instrumenta



Er befintliga rökutsug kan enkelt bytas ut mot den nya.



Informationsfilm

***Boka en kostnadsfri utprovning!
Välkomna!***

Rapport från

Sjuksköterskedagarna 2022

I början av oktober var jag på Sjuksköterskedagarna på Münchenbryggeriet i Stockholm. Evenemanget anordnas av Svensk Sjuksköterskeförening som är en intresseorganisation för svenska sjuksköterskor. Vi var cirka 700 sjuksköterskor från vitt olika specialiteter. Det är lätt att imponeras av hur brett vårt yrke är, det fanns t ex representanter allt ifrån smala omvårdnadsspecialiteter till administrativa specialfunktioner inom myndigheter och regioner, alla sjuksköterskor. Många av besökarna var från den akademiska världen och inte så få var disputerade.

Mötet öppnades av ordföranden Oili Dahl och digitala hälsningar från olika globala chefssjuksköterskor följde. WHO:s Chief Nursing Officer Elisabeth Iro, Margrieta Langins från Nursing and Midwifery Policy Adviser WHO Regional Office for Europe och sist ICN:s ordförande, Pamela Cipriano hade alla förinspelade anföranden som visades på storskärm.



Josefin Wängdahl



Münchenbryggeriet

Årets tema var *Sjuksköterskans kompetens – nyckel till hälsa*. Det var många fantastiska föreläsningar och man blir verkligen inspirerad. Ett par höjdpunkter i programmet var föreläsningarna om Hälsovetenskap (nytt ord 2020) med Josefin Wängdahl, Intensivvårds-sjuksköterskan Eva Barkestad berättelse om hur det var att bli svårt sjuk i Covid. Carolina Klüft från organisationen



Carolina Klüft

Generation PEP föreläste om hur viktigt det är att "Alla barn och unga i Sverige ska vilja och ha möjligheten att leva ett aktivt och hälsosamt liv". Vi erbjöds som publik också att delta i pausgympa i form av "mini-sjukamp". Häck, höjd, kula och så vidare, festligt!

Utställningen som vi besökte i pauserna var av god kvalitet och bestod av montrar från våra systerföreningar inom diverse professioner. Det fanns givetvis också företag som visade sina produkter, allt kanske inte var intressant utifrån en operationssjuksköterskas perspektiv men några uppslag och idéer tog jag med mig hem.

Posterutställningen var intressant och bestod både av rapporter från olika forskningsprojekt och några presentationer av lokala intressanta projekt. Innan avslutningen delades årets generösa stipendier och priser ut. ●

Fakta: Andreas Tullsson, Operationssjuksköterska Östersunds Sjukhus, sammanställande för distriktssamordnar RFop



MEDI PLAST

**PRAKTISK
HYGIENISK
ENKEL**

SafeSwab

ENKLARE HANTERING AV
ANVÄNDA OP-KOMPRESSER.

**NU ÅTER
I LAGER**

SafeSwab är en 5-delad plastbehållare med lock som används för säker kontrollräkning och hygienisk avfallshantering av operationsdukar.



Har du frågor eller vill veta mer
om våra produkter, kontakta
vår kundtjänst på tel 040-671 23 00
eller besök vår hemsida www.mediplast.com

NU TILLVERKAD I SVERIGE



Medioplast AB
Box 1004, 212 10 Malmö
Tel kundtjänst: 040-671 23 00
mediplast.info@mediplast.com

mediplast.com

Forskningsaktiva inom den perioperativa kontexten

Jag heter Eva Torbjörnsson och är ledamot i RFop:s vetenskapliga råd. Det övergripande syftet med Vetenskapliga rådet är att inspirera våra medlemmar till att bli forskningskonsumenter för att underlätta införandet av evidensbaserade metoder och rutiner i det dagliga arbetet på operation. Vi agerar även som rådgivare till styrelsen inom FOU. I mitt ansvar ingår att uppdatera de listor som finns på föreningens hemsida över aktiva doktorander samt forskare. Avgränsningen för listorna är forskning av operationssjuksköterskor inom svensk hälso- och sjukvård med inriktning mot perioperativt kontext. Tanken är även att forskningen ska bidra med ny kunskap inom operations-sjuksköterskans vårdområde.

Vid den senaste uppdateringen av listan var det 21 personer som avlagt en doktorsexamen samt två personer som avlagt en licentiatexamen inom det perioperativa fältet. Barbro Friberg var den första operationssjuksköterska som erhöll en doktorsexamen (1998), därefter tog det nästan 10 år innan Christine Leo Swenne 2006 disputerade med en avhandling som handlade om sårinfektioner vid hjärt-kärlkirurgi. Detta kan jämföras med att det under de senaste fem åren (2017 – 2022) varit åtta operationssjuksköterskor som avlagt doktorsexamen samt ytterligare två som avlagt en licentiatexamen. Det visar på den ökande andel av forskningsaktiva personer som finns inom vårt fält. Personligen tror jag att det är oerhört viktigt att det finns förebilder som våra kollegor kan identifiera sig med. Det gör det lättare att ta steget och bli doktorand om det finns någon annan



Eva Torbjörnsson

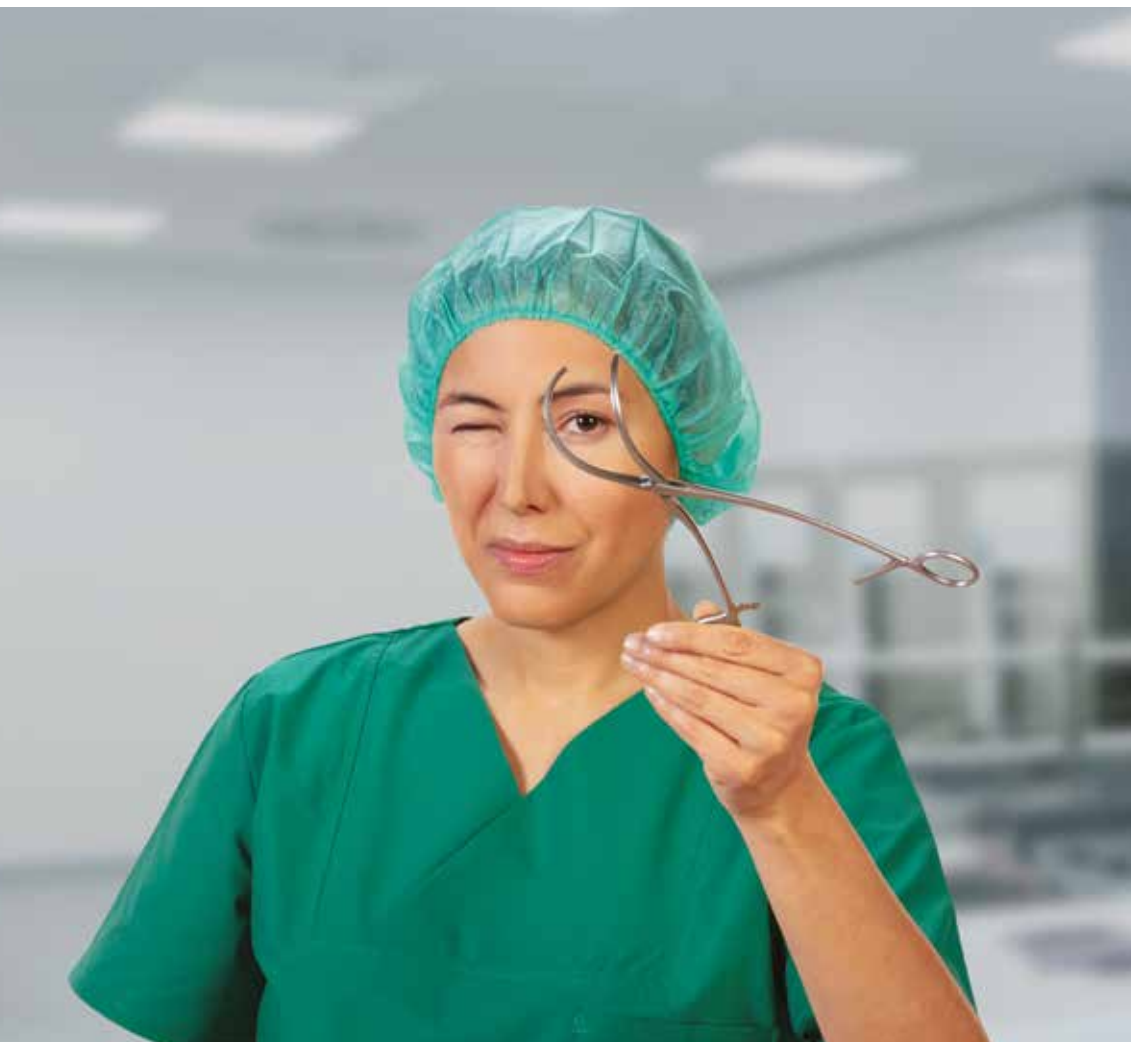
på samma sjukhus som tidigare har gjort resan. Det kan även hjälpa att de som disputerat medverkar på våra kongresser så att intresserade kan kontakta de och be om råd. Traditionellt har forskning varit något som i hög utsträckning associerats med andra professioner ex läkare, men det är väldigt glädjande att se att fler av oss ger sig in på den vetenskapliga banan.

Vad gäller doktorander så är det i nuläget nio personer som är med på listan. Det är en stor spridning på ämnen, från preventiva hygienåtgärder till operationslogistik. Det är roligt att se att det finns så många doktorander inom vårt fält, förhoppningsvis kan det bidra till att ännu fler blir inspirerade. Det kan inte nog betonas vikten av att operationssjuksköterskor tar steget och blir doktorander samt fortsätter att bedriva forskning efter sin disputation. Det ger

vår profession ny betydelsefull kunskap som därmed bidrar, och ger oss en ökad möjlighet, att kunna bedriva kunskaps- och evidensbaserad omvårdnad. I förlängningen är det det som krävs för att vi ska kunna ge våra patienter den bästa möjliga omvårdnaden. Det är även viktigt att ha evidens att luta sig mot, när vi hamnar i diskussion med övriga teammedlemmar samt ledning angående ex preventiva åtgärder. Så om det är någon av er läsare som har tankar på att forskning verkar intressant och utvecklande. Tveka inte, jag kan verkligen rekommendera er att ta steget till att bli doktorand. Det är få saker som utvecklat mig så mycket (samt varit så ansträngande). Det är en ynnest att få vara med och driva kunskapsutvecklingen framåt och på så vis påverka vår profession och därmed göra skillnad för våra patienter.

Gå in på hemsidan via QR-koden och titta på listorna, om ni ser att det saknas uppgifter om en doktorand/forskare inom vår kontext får ni gärna skicka en mejl till vetenskapligaradet@rfop.se. ●





Kirurgiska instrument
Sterilteknik

OPTIMERING AV INSTRUMENTGALLER OCH STERILPROCESS

Våra experter erbjuder analys och rådgivning för optimerade instrumentgaller och sterilprocesser som möter era unika behov.

Skanna med
mobilkamera för
mer information:



En tvärsnittsstudie

Operationssjuksköterskors skattning av sin kompetens

Världshälsoorganisationen ser sjuksköterskor som en viktig del i hälso- och sjukvårdssystemet, bristande kompetens hos sjuksköterskor kan ha negativ betydelse för patientsäkerheten. Förståelse och kunskap om kärnkompetenser ses idag som en förutsättning för att verksamma professioner inom hälso- och sjukvårdens ska kunna erbjuda en säker vård. Allmän kunskap inom omvårdnad som erhålls genom grundutbildning till sjuksköterska med kandidatexamen är otillräckligt för att kunna hantera den specifika omvårdnaden som bedrivs inom operations-sjukvård. För att kunna utföra dessa specifika omvårdnadsåtgärder inom operation krävs fördjupad kunskap inom anatomi, fysiologi och kirurgiska ingrepp. Att kunna identifiera risker, kunna föra det korta samtalet med patienten inför kirurgiska ingrepp, inneha teknisk kunskap om medicinsk-teknisk utrustning och instrument samt steriliseringsprocessen är också delar som operationssjuksköterskan ska kunna hantera. Detta är viktigt för att säkerställa patientsäkerheten.

Specialistkompetens är viktigt och högre klinisk utbildning och yrkeserfarenhet ger högre perioperativ kompetens och mer patientsäker vård. Personcentrerad vård, teamarbete, evidensbaserad vård, kvalitetsutveckling, säker vård och information/kommunikationsteknik är delar inom de kärnkompetenser som beskrivs på avancerad nivå och som förväntas innefattas i specialistsjuksköterskans kompetens. Studiens syfte var att undersöka hur operationssjuksköterskor skattar sin kompetens samt hur operations-sjuksköterskors skattar sin kompetens i relation till yrkeserfarenhet.

Metod

Designen på studien är en tvärsnittsstudie, där data samlades in via en enkät med validerade skalan Perceived Perioperative Competence Scale – Revised [PPCS-R], intern konsistens enligt Cronbach's alpha var 0.85 och bekräftande faktoranalys var tillfredsställande. PPCS-R utvecklades för att kunna mäta upplevd perioperativ kompetens. PPCS-R består således av 40 frågor som tillsammans mäter sex olika underliggande faktorer av vikt för operationssjuksköterskors kompetens. Den har tydlig, kort tidsram för deltagarna, tilltalande grafisk layout samt är ett kostnadseffektivt verktyg anpassad efter sjuksköterskor för att bedöma nivån på upplevd perioperativ kompetens vilket tyder på hög reliabilitet och validitet. Forskarna har fått tillstånd av rättighetsinnehavarna att använda enkäten i denna studie. Deltagare till studien rekryterades via Riksföreningen för operationssjukvård (RFop) det vill säga via ett bekvämlighetsurval. Enkäten skickades ut via RFop:s facebook sida till 1026 operationssjuksköterskor som är medlemmar/följare. 40 av dessa var studenter och valdes således bort då undersökningen riktar sig mot aktiva och examinerade operationssjuksköterskor. Populationen är yrkesföra operations-sjuksköterskor från hela Sverige.

Resultat

Resultatet visar operationssjuksköterskors skattning av sin kompetens och presenteras i tabeller och löpande text utifrån enkätens frågeområden, faktorerna: *Grundläggande kunskap, Ledarskap, Samarbete, Empati, Skicklighet och Professionell utveckling*. Grundläggande kunskap inkluderar kunskap om instru-



Minoo Moslemi



Matthias Mörk

ment och hur instrumentet används. Känna till vilket förråd i operationssalen och utanför operationssalen som instrument finns. Vara förtrogen med den tekniska utrustning som används, förstå och förutse kirurgiska ingrepp samt att känna sig trygg att använda och utföra uppgifter på operationssalen som är obekanta. Att kunna planera och samordna sysslor i operationssalen samt att instinktivt känna när ingrepp inte går bra och då reagera på lämpligt sätt. Resultatet visar ett medelvärde på 3.79 för operationssjuksköterskor med 0–5 års yrkeserfarenhet, 4.26 i medelvärde för operationssjuksköterskor med erfarenhet mellan 6 och 10 år och 4.45 i medelvärde för operationssjuksköterskor med > 10 års yrkeserfarenhet, totalt medelvärde var 4.25.

Ledarskap inkluderar frågor relaterade till en ledande roll i en fungerande operationssal, fatta svåra och nödvändiga beslut perioperativt.Handledning och vägledning, konflikthantering och problemlösning. Resultatet visar ett medelvärde på 3.14 för operationssjuksköterskor med 0–5 års yrkeserfarenhet, 3.56 i medelvärde för operationssjuksköterskor med erfarenhet mellan 6 och 10 år och 3.81 i medelvärde för operations-

sjuksköterskor med > 10 års yrkeserfarenhet, totalt medelvärde var 3,60.

Frågorna i faktorn Samarbete i enkäten innefattade delegering av uppgifter med hänsyn till de andra teammedlemmarnas roll. Engagemang i kliniska beslutfattande processer, lämplig kommunikationsmetod och respekt för andra teammedlemmars kunskapsnivå och kompetens. Resultatet visar ett medelvärde på 3,82 för operationssjuksköterskor med 0–5 års yrkeserfarenhet, 3,83 i medelvärde för operationssjuksköterskor med erfarenhet mellan 6 och 10 år och 3,85 i medelvärde för operationssjuksköterskor med > 10 års yrkeserfarenhet, totalt medelvärde var 3,84.

Frågorna i faktorn Skicklighet inkluderade behandling av teamets medlemmar som individer med olika behov, kompetens och ambitioner, anpassat språk i kommunikation med teammedlemmarna, behärskande av operationssjukvårdens terminologi, felsökning och åtgärder av felande medicinsk utrustning samt identifiering och lämplig åtgärd vid nödsituationer. Resultatet visar ett medelvärde på 3,86 för operationssjuksköterskor med 0–5 års yrkeserfarenhet, 4,16 i medelvärde för operationssjuksköterskor med erfarenhet mellan 6 och 10 år och 4,41 i medelvärde för operationssjuksköterskor med > 10 års yrkeserfarenhet, totalt medelvärde var 4,22.

Empatifrågorna inkluderade tillämpning av specialistkunskap i vårdandet av patienten i operationssal, inneha rätt kunskapsnivå, förmågan att förutse situationens och patientens behov samt att skapa trygghet för patienten genom både verbal och icke-verbal kommunikation. Resultatet i tabell 6 visar ett medelvärde på 3,83 för operationssjuksköterskor med 0–5 års yrkeserfarenhet, 4,12 i medelvärde för operationssjuksköterskor med erfarenhet mellan 6 och 10 år och 4,20 i medelvärde för operationssjuksköterskor med > 10 års yrkeserfarenhet, totalt medelvärde var 4,09.

I faktorn Professionell utveckling fanns åtta frågor som handlade om att lyssna uppmärksam på patient och närstående i syfte att anskaffa nödvändig information för vårdplanering, upprätthållande av aktuell kunskap. Kunskap om anatomi och fysiologi och om relevanta riktlinjer, att läsa aktuella tidskrifter och

litteratur som rör klinisk praxis. Hålla sig uppdaterad av tekniska förändringarna för processer och medicinskt teknisk utrustning samt användning av tillgängliga resurser för att upprätthålla aktuell praxis i operationssalen. Resultatet visar ett medelvärde på 3,31 för operationssjuksköterskor med 0–5 års yrkeserfarenhet, 3,68 i medelvärde för operationssjuksköterskor med erfarenhet mellan 6 och 10 år och 3,91 i medelvärde för operationssjuksköterskor med > 10 års yrkeserfarenhet, totalt medelvärde var 3,71.

Resultatet visar att operationssjuksköterskor skattar sin kompetens generellt högt (medelvärde 3,95). Resultatet visade även skillnader i skattning av kompetens relaterat till yrkeserfarenhet. Operationssjuksköterskor med mer än 10 års yrkeserfarenhet skattade kompetensen högre i fyra av sex faktorer. Andra studier bekräftar att specialist-sjuksköterskor med längre yrkeserfarenhet skattar sin kompetens högre och att det skiljer i skattning av kompetens signifikant i relation till kortare eller längre yrkeserfarenhet, operationssjuksköterskor med över 7 års yrkeserfarenhet skattade sin kompetens signifikant högre. Forskningsresultatet kan indikera att operationssjuksköterskor med längre yrkeserfarenhet eventuellt vant sig vid sina jobb och att den skattade kompetensen kan ha påverkats av lärmiljöer och personliga utvecklingsinsatser.

Grundläggande kunskap och Ledarskap
Grundläggande kunskap skattades högst med ett medelvärde på 4,25 medan Ledarskap skattades lägst med ett medelvärde på 3,6 poäng. Detta kan eventuellt komma sig av att Grundläggande kunskap är mer individuellt och inte beroende av andra teammedlemmar medan Ledarskap är en faktor som påverkas av andra professioner och människor. Möjligtvis kan kulturella skillnader och tolkning av frågor vara andra orsaker till olika skattning av sin kompetens. Över hela urvalet visade medelvärdet i poäng på faktorerna Ledarskap (totalt medelvärde, 3,60) och Professionell utveckling (totalt medelvärde, 3,71) är lägre än de övriga medan faktorerna Grundläggande kunskap (totalt medelvärde, 4,25) och Skicklighet (totalt medelvärde, 4,22) visar på höga medelvärden. Det kan diskuteras att dessa kategorier är mer individuella och att operationssjuk-

sköterskan ser möjlighet till att själv påverka sin kompetens medan ledarskap och utveckling är faktorer som involverar medarbetare och arbetsgivare.

Grundläggande kunskap, Empati och Skicklighet

I faktorerna Grundläggande kunskap, Skicklighet och Empati sågs högre kompetens skattning med lång yrkeserfarenhet, det är dock generellt hög skattning av kompetens på dessa faktorer inom alla tre kategorierna av yrkeserfarenhet och kan vara tecken på att operationssjuksköterskor känner sig relativt trygga i sitt handlande när de har längre yrkeserfarenhet men att även de med kortare yrkeserfarenhet också uppfattar sin grundläggande kunskap som relativt god, kan tänkas att de operationssjuksköterska utbildningar som bedrivs i Sverige ger en god grundläggande kompetens där nyutexaminerade eller de med kort yrkeserfarenhet känner sig trygga redan från starten av sin karriär som operationssjuksköterska.

Samarbete

Samarbete visade inte på statistisk signifikans för operationssjuksköterskor med yrkeserfarenhet mellan kategorierna 0–5 år och 6–10 år. Faktorn Samarbete har mycket små skillnader mellan kategorierna, lång yrkeserfarenhet ger knappt någon högre uppfattning alls av sin kompetens än kort yrkeserfarenhet inom denna faktor, värt att väga in kan vara att Samarbete är en faktor som är föränderlig på grund av att det kräver interaktion mellan flera olika parter i operationssalen. Inte sällan är teamet uppbyggt i flera olika konstellationer från operation till operation och de får således ofta arbeta med nya människor. Operationssjuksköterskan kan inte helt påverka samarbetet på egen hand utan är beroende av teamet och att teamet kommunicerar och strävar mot samma mål. Detta kan vara en svårighet då det är flera olika roller och kompetenser med skilda uppgifter i operationssalen och att förståelsen för varandra kanske inte alltid finns där.

Empati

Operationssjuksköterskor med > 10 års yrkeserfarenhet skattade Empati signifikant högre jämfört med operationssjuksköterskor med < 10 års yrkeserfarenhet. Detta är intressant med tanke på att empati kan argumenteras vara en personlig

egenskap inom varje enskild individ och möjligen inte är en kompetens som naturligt ökar i takt med yrkeserfarenhet.

Professionell utveckling

Professionell utveckling visar låga medelpoäng inom alla kategorier. Att det generellt är låga medelvärden i denna faktor kan möjligen härledas till att det inom dagens operationssjukvård finns små marginaler för utrymme till tid för vidareutbildningar. Det finns kanske ingen avsatt tid för personlig utveck-

ling inom ordinarie arbetstid. Köerna för operationer har växt enormt under pandemin och operationer sker enligt löpande band principen och arbetsgivaren har inte utrymme för enskild utveckling.

Sammanfattning

Studien visade på att operations-sjuksköterskor generellt skattade sin kompetens högt med ett medelvärde på 3,92 poäng av maximalt 5 poäng. Studien visade också med statistisk signifikans

att operationssjuksköterskor med > 10 års yrkeserfarenhet skattade sin yrkeskompetens högre i fem av sex faktorer jämfört med operationssjuksköterskor med <10 års yrkeserfarenhet. Vidare forskning inom perioperativ vårdkontext behöver göras för att för att få en djupare förståelse för hur operations-sjuksköterskor uppfattar sin yrkeskompetens, den kan vara relevant att göra en kvalitativ intervjustudie i detta ämne för djupare förståelse och mer beskrivande svar. ●

Hygienforum 2023

Riksföreningen för operationssjukvård inbjuder till det 14e Hygienforumet i Stockholm, 13-14 april 2023.

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.

Tid och Plats

Torsdag och fredag den 13 - 14 april, 2023 på Stockholm Waterfront Congress Centre.

Programmet presenteras i sin helhet på Höstkongressen, fast vi kan redan presentera följande föreläsare:

Annika Hahlin - STRAMA – antibiotikaanvändning, resistensläge och nya utmaningar

Bo Söderquist - Ledprotesinfektioner

Vendela Scheer - Infektioner efter axelkirurgi

Karin Åberg - Instrumentvård – vad gör vi, vad får vi?

Maria Frödin - Erfarenhet från Safe Bladder projektet

Anette Erichsen - Lärdomar från Safe Hands projektet - Det går att minska postoperativa infektioner

Övriga föreläsare ni får lyssna till är:

Birgitta Lytsy

Camilla Wistrand

Jonna Bornemark

Lasse Slomonsen

En nyhet vi presenterar är: Rundabordsdialog med aktuella Hygienfrågor. Det ska ge dig som deltagare möjlighet att utbyta erfarenheter och lyfta just dina frågeställningar med andra deltagare i en strukturerad form.

Varmt Välkomna!



Riksföreningen för
operationssjukvård

Nu är ICN:s NYA etiska kod översatt till svenska!

En första internationell etisk kod för sjuksköterskor antogs av International Council of Nurses (ICN) 1953. Den har sedan dess reviderats och uppdaterats ett antal gånger, senast i och med denna grundliga omarbetning, slutförd under år 2021. Den svenska översättningen slutfördes år 2022 och texten är anpassad efter svenska förhållanden och svensk lagstiftning.

Det finns en hel del nytt och koden är mer uppdaterad till omvårdnad som bedrivs idag. Exempelvis har förhållande till media, sociala medier och artificiell intelligens tagits med. Likaså att förbereda inför katastrofer och konflikter och främja en frisk planet. De tabeller som följer efter beskrivningen av varje del av koden är avsedda att underlätta att omsätta koden i handling. Tabellerna ger exempel inom kodens områden att reflektera omkring.

ICN:s etiska kod för sjuksköterskor består av fyra områden som är vägledande för etiska ställningstagande och agerande, områdena är delvis reviderade:

1. sjuksköterskor och personer i behov av omvårdnad
2. sjuksköterskor och yrkesutövningen
3. sjuksköterskor och professionen
4. sjuksköterskor och global hälsa.

Omvårdnad har en värdegrund och etik som är tillämpbar inom alla sammanhang och i alla funktioner där sjuksköterskor är verksamma, vilket ges exempel på i koden. För kliniskt verk-samma, lärare, studenter, forskare, chefer/ ledare, beslutsfattare och andra. Även professions-föreningar vägleds av denna kod och det ansvar som följer. En figur (s. 16) illustrerar förhållan-det mellan värdegrund, ansvar och sjuksköterskeprofessionen.

Skanna QR-koden och
läs mer om ICN:s Etiska
kod för sjuksköterskor.



Medtronic

Together, we can improve patient outcomes

One
complete solution
for your surgical
needs



Nytt för fastställande av människans död

Socialstyrelsen har reviderat föreskriften för fastställande av människans död (SOSFS 2005:10) som börjat gälla från 1 september i år. Det är 25 läkare ifrån områdena barnintensivvård, barnneurologi, intensivvård, neonatologi, neurofysiologi, neurointensivvård, neurokirurgi, neurologi, neuroradiologi och nuklearmedicin som gemensamt har arbetat från de nya riktlinjerna som numera innefattar ett protokoll utanför föreskriften som skall fungera som ett stöd för den som utför diagnostiken.

Under 2005 ersattes den tidigare föreskriften (SOSFS 1987:32) för bestämmande om en människas död med två nya föreskrifter som kom för att förtydliga gällande bestämmelser. Den

ena föreskriften (SOSFS 2005:10) gjorde gällande kriterierna för en människas död och vem som kan fastställa död, endast en läkare. Den andra föreskriften (SOSFS 2005:11) handlade främst om fortsatta medicinska insatser efter en människas död för att bevara organ för donation eller för att rädda livet på ett väntat barn.

Nu har alltså en grupp experter, läkare från flera områden, gjort om protokollet som de använder som stöd för diagnostiken vid fastställande av en människas död. Protokollet består, förutom en blankett, av medicinsk information kring den kliniska neurologiska undersökningen, apnétestet, fyrkärslangiografi och nuklearmedicinsk metod samt ett specifikt avsnitt för pediatrik diagnostik. ●

Riksföreningen anser och rekommenderar

RFop:s Kvalitetsråd har bland annat till uppgift att ta fram "Riksföreningen anser och rekommenderar". Syftet med dessa är att de ska användas och fungera som ett stöd för dig som operationssjuksköterska i ditt dagliga arbete. De ger även patienterna en säker perioperativ vård och bidrar till en säker arbetsmiljö på din operationsavdelning. Den senaste är **MDR 2017/745 för Medicintekniska Produkter inom Operationssjukvården** som antogs så nyligt som 18 oktober 2022.

Bakgrund

Europaparlamentet beslutade 2017 att anta två nya förordningar för medicintekniska produkter nämligen Medical Device Regulation, MDR 2017/745 och In Vitro Diagnostic Medical Devices Regulation, IVDR 2017/746. Dessa förordningar ersätter EU direktiven 90/385/EEG och lagstiftningen för andra medicintekniska produkter 93/42/EEG samt



direktiv 98/79/EG. Kravet att tillämpa det nya regelverket gäller från och med 26 maj 2021 för medicintekniska produkter. Syftet med MDR

2017/745, är att säkerställa patientsäkerheten med hjälp av höga krav på öppenhet, dokumentation, spårbarhet och återkoppling av medicintekniska produkter. Med det nya regelverket kommer samma regler att gälla för alla tillverkare av medicintekniska produkter inom EU.

Vill du veta mer kommer den inom kort att finnas för nedladdning på rfop.se samt du kan även anmäla dig till konceptutbildningen MDR, juridik och upphandling.



MDR, 12 maj 2023, Stockholm
MDR, 12-13 oktober 2023, Stockholm

Hantera döden – en handbok

Författare: Jakob Ratz Endler

Förlag: Bonnier Fakta

Utgiven: 2021

ISBN: 9789178871162

Antal sidor: 144



Hur ska vi prata om döden? Jakob Ratz Endler är narkos- och intensivvårdsläkare. I hans senaste bok *Hantera döden – en handbok*, ger han fakta om hur döden

går till och bjuder in till tankar på och framför allt till samtal om döden och döendet. Vi får följa Jakob som delar med sig av sin erfarenhet om döden på ett fint och värdigt sätt med målande reflektioner kring dödens närvaro i sjukvårdsmiljön och privatlivet. Han adresserar det faktum att den fiktiva och abstrakta döden fascinerar oss mer

än den verklighet som vi alla står inför en dag.

Förr var döden mer närvarande och man dog i hemmet i mycket större utsträckning till skillnad från idag då döden är institutionaliserad. Marginalen för förväntad livslängd har förskjutits med åren och döden har utvecklats i den industrialiserade världen. Jakob skriver om detta svåra ämne på gripande sätt med ett lättillgängligt språk. Han ger praktiska tips att fundera kring och reflektera över inför sin egen död som på ett ödmjukt sätt ger dig en möjlighet att närma dig rädslor som kan finnas kring döden och döendet. Vidare lyfter han den viktiga frågan om organ donation och rätten att avstå behandling. Det här är en värdefull bok och måsteläsning för alla.

Jag kan inte mer än hålla med Jakob att döden är inte livets motsats utan en del av livet. ●

Fuskarna

Författare: Kjell Asplund

Förlag: Fri tanke

Utgiven: 2021

ISBN: 9789189139992



Boken är ett måste för alla som tänker sig forska men även för alla vi som läser forskningsartiklar. Boken beskriver hur svårt det är att känna igen fusk. Författaren

presenterar ett antal personers fusk och beskriver vem som fuskar och ställer frågan varför gör man det. Vilka blir offer för fusk och vad händer med forskarna när fusket upptäcks? Lättläst och spännande. Alltid aktuell men kanske speciellt nu inför kommande rättegång mot Paolo Maciarini som väl alla kommer ihåg. ●

KEBOMED

KLS MARTIN medLED® CHROME PANNLAMP

Kraftig trådlös pannlampa med
upp till 270.000 Lux

Ett perfekt komplement för operationer
som kräver extra belysning

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



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

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



Postoperativa infektioner



Det är dags att dra i handbromsen. Hårt! Hälften av alla infektioner uppkomna postoperativt anses vara helt i onödan. Hur kan detta få fortgå? Kan vi operationssjuksköterskor göra något?

Postoperativa infektioner kan delas upp i sårinfektioner, kateterrelaterade infektioner (KAD, PVK etc) samt luftvägsinfektioner dessa tre typer av infektioner kostar samhället cirka fem miljarder kronor årligen. Postoperativa infektioner är dessutom den vanligaste vårdskadan i Sverige, de utgör en dryg femtedel av alla vårdskador. Förutom det uppenbara problemet med den vansinniga kostnaden tillkommer ett enormt lidande och i de värsta fallen så dör patienten. Men, det finns hopp. Vi skulle kunna halvera dessa kostnader och minska både mortaliteten och dödligheten eftersom hälften av dessa infektioner anses vara helt undvikbara.

Det är bakterierna som är bovarna i dramat och de finns i luften, på kontaminerade instrument och material samt i vätskor, på vårdpersonalens händer, i patientens egen hud- och tarmflora. Vad kan vi då göra för att undvika infektionerna? En bra start är att patienten är optimerad enligt mål för uppsatta levnadsvanor när detta är möjligt som till exempel rökstopp. En annan del är att se över vårdmiljön på operationsrummet avseende ventilation, arbetsdräkter som används, antalet personer närvarande under operation och korrekt arbetssätt. För operationssjuksköterskan innebär korrekt arbetssätt framför allt en aseptisk teknik där man behåller det rena rent och det sterila sterilt. Det är också avgörande med operationstid, teknik och typ av operation samt när i tid antibiotikaproylax bör ges för bäst resultat.

Vill du lära dig mer om infektionsprevention så håll utkik efter nästa kursstart för RFop:s konceptutbildning på ämnet. Det kommer att uppdateras på hemsidan och i sociala medier. Du kommer att kunna läsa mer om ventilationens påverkan i nr 1 av Uppdukat 2023. ●



Höstkongress 2022

Riksföreningen för operationssjukvård (RFop) inbjuder till Höstkongress i Stockholm den 1 - 2 december 2022 på Stockholm Waterfront Congress Centre.

RFop är Sveriges operationssjuksköterskors professionsförening och vi välkomnar er operationssjuksköterskekollegor från hela Sverige till två spännande och innehållsrika kongressdagar.

Det spelar ingen roll om du är nyutbildad eller har många år i yrket, arbetar på ett mindre sjukhus eller på en universitetsklinik. Kongressen innehåller föreläsningar inom varierade ämnesområden. Programmet varvas mellan intressanta föreläsningar och utställningsbesök.

I den medicintekniska industrins utställning kommer du få möjlighet att träffa produktspecialister som kan informera och svara på dina frågor. Du kommer se nya produkter och de senaste av tekniska innovationer. Operationssjukvården är en högteknologisk miljö där den medicintekniska industrin är en viktig samarbetspartner.

Operationssjukvården är i ständig förändring. Så häng med på en konferens som ger dig kompetensutveckling, kunskapsfördjupning och erfarenhetsutbyte.

Programmet kommer innehålla föreläsningar utifrån teman som:

Penetrerande trauma
Den äldre patienten
Teamarbete

Tid och plats: 1 - 2 december 2022, Stockholm Waterfront Congress Centre

Två dagar: Medlem 4 975 kr • Icke medlem 5 975 kr, exkl. moms.

En dag: Medlem 3 250 kr • Icke medlem 4 250 kr, exkl. moms.

Posterutställare: 3 500 kr, exkl. moms.

Föreläsare: Föreläsningsdag 0 kr • Båda dagarna 1 950 kr, exkl. moms.

Studerandemedlem: 1 900 inkl. moms.

Pensionärer: 1 500 inkl. moms.

Avgiften inkluderar lunch och kaffe samt mingel och dryck.

Anmälan görs på www.rfop.se under Utbildning och evenemang



Anmäl er här





Rapporter från föreningsarbetet

Styrelsen

Styrelsen träffades i Stockholm den 10–11 september för en arbetshelg, här arbetade vi bland annat med att uppdatera hemsidan, annonser till våra olika råd samt hur ska vi arbeta för att få tillbaka gamla medlemmar till föreningen.

En arbetshelg består både utav arbetspunkter, styrelsemöte och fria diskussionspunkter. Ett upplägg som stimulerar till att nya idéer kläcks och inspiration för vidare arbete inom olika områden, exempelvis konceptutbildningar och uppgifter till de olika råden. Styrelsen har många åsikter och diskussionerna kan vara livliga, men vi är oftast enade när vi pratat färdigt. Något som många gånger blir tydligt under våra arbetshelger är vad vi som individer kan bidra med i styrelsearbetet, vilket i sin tur stimulerar arbetet framåt.

Kvalitetsrådet

Kvalitetsrådet har varit på kongress i Fredrikstad kongressen anordnades av den norska motsvarigheten till RFop, Nsflos. Vi var inbjudna för att berätta om vårt arbete med Anser & Rekommenderar. Det blev mycket uppskattat från både dem och oss och vi fick med oss gott nätverkande och idéer för framtida kongresser.

Under oktober månad har vi haft arbetshelg två fullspäckade dagar med massor av roligt arbete och layout stod högst på arbetsplanen denna helg och det är när vi ses som vi producerar som bäst. Arbetet med de två Anser & Rekommenderar MDR och mobiltelefoner är snart i land, först ut är MDR och den har ni lagom till Höstkongressen. Vi hoppas vi ses där för då ska vi i kvalitetsrådet ta hjälp av er i publiken för att få veta mer om hur och när, ni använder er av RFop:s anser och rekommenderar.

Lärarrådet

Lärarrådets arbete med NKE (Nationell klinisk examination) fortgår och är nu ute på remiss hos RFop:s olika råd samt DS för input och feedback. Texten om lärarrådet samt lärarnätverket på RFop:s hemsida är uppdaterad och där finns även ett formulär om någon önskar lämna förslag på ämnen till magisteruppsats som via lärarnätverket kan förmedlas till studenterna.

Rådet planerar en fysisk nätverksträff den 30 november i samband med Höstkongressen där vi bland annat planera en träff med DS som vi hoppas ska utmynna i en dialog omkring hur utbildningen och VFU: platser kan samverka för studenternas utbildning. Planer finns även för ett avsnitt om lärarrådet i RFop:s professionspodd, där vi kommer berätta vilka vi är och vad vi gör. ●

Vi söker dig som vill jobba med föreningsarbete

Riksföreningen för operationssjukvård (RFop) bedriver sitt föreningsarbete genom olika aktiva arbetsgrupper. Vi har bland annat Vetenskapliga rådet, Kvalitetsrådet, Lärarråd, Chefråd, SPOR, Programråd Hygienforum, Programråd Höstkongress, Utbildning och evenemangsråd och Redaktionen Uppdukat.

I dessa grupper jobbar medlemmar i föreningen med olika sakfrågor, gemensamt för alla är att:

- man ska ha datavana och kunna hantera Officepaketet, Word och Excel
- man ska vara villig att presentera föredragshållare/moderera på kongresserna
- man ska delta i föreningens arbetsdagar och gruppens möten och arbetsträffar

Just nu söker vi fler som vill vara med i:

- Chefråd
- Kvalitetsrådet
- Programråd Hygienforum
- Programråd Höstkongress

Vill du veta mer?

Kontakta oss på rfop@rfop.se så skickas du vidare till rätt person.



Akut laparotomi på den sköra äldre

Hösten 2022 publicerades Behandlingsrekommendationer för den sköra äldre patienten vid akut laparotomi. Dessa beskriver bästa praxis vid omhändertagande av den sköra äldre patienten då akut laparotomi kan vara aktuell, men kan användas även i andra situationer då sköra äldre opereras.

På initiativ av Svensk Förening i Akutkirurgi och Traumatologi (SFAT) bildades 2019 en arbetsgrupp med mål att ta fram nationella behandlingsrekommendationer för den sköra äldre patienten med akut kirurgisk sjukdom vid akut laparotomi. Arbetsgruppen har bestått av representanter för kirurgi, geriatrik, samt anestesi och intensivvård. Förslaget har arbetats fram under 2019–2021 för att i februari 2021 skickats till berörda yrkesföreningars styrelser för synpunkter. Dokumentet har därefter reviderats.

Rekommendationerna ska ses som en sammanställning och värdering av 2022 kända bästa praxis inom området. Dokumentet har ingen föreskrivande funktion och ingen av författarna kan i något avseende hållas juridiskt ansvarig för innehållet.

Avsikten är att rekommendationerna ska resultera i ett enhetligt och avpassat omhändertagande av den sköra äldre patienten vid akut laparotomi. Dock kan rekommendationerna med hög evidensgrad användas på alla vuxna patienter som genomgår akut laparotomi, oavsett skörhet.

Under 2023 kommer Nationellt programområde Kirurgi/Plastikkirurgi att påbörja arbetet med ett nationellt vårdprogram. I väntan på att detta arbete blir klart har önskemål inkommit från flera kliniker i Sverige om att få ta del av detta dokument, varför det nu publiceras. Det är författarnas förhoppning att dokumentet kan utgöra grunden till nationella riktlinjer för hur denna patientgrupp kan på bästa vis tas omhand.

Skanna och
läs mer om
rekommendationerna



VINGMED

Operationsrock med högsta skyddsnivån.



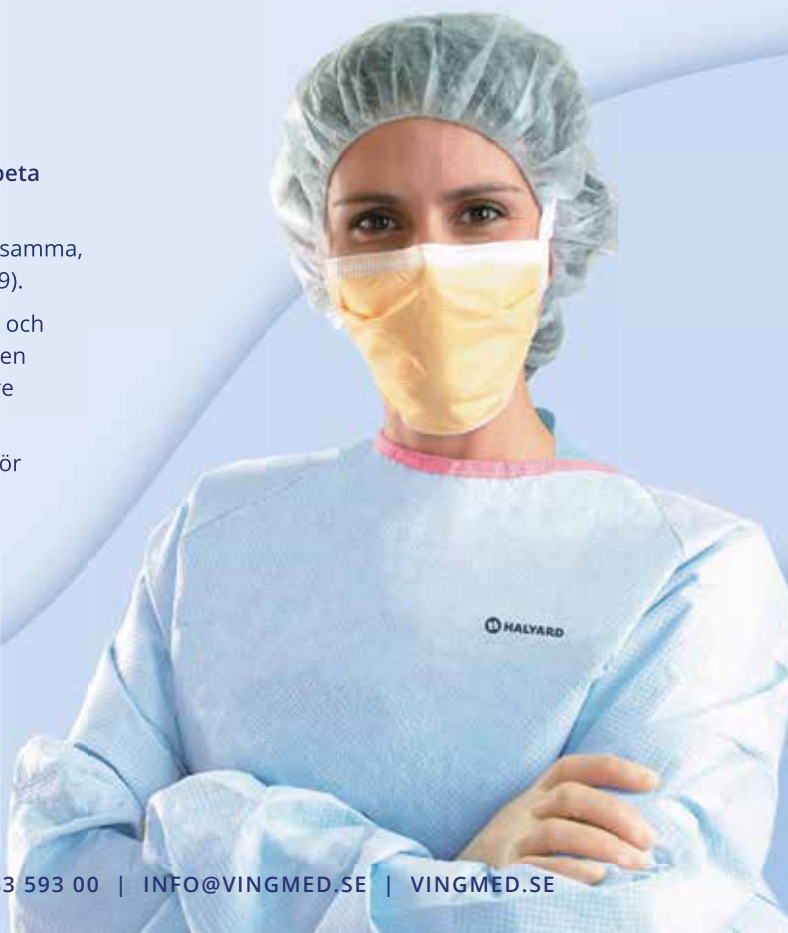
Vi vill att du ska känna dig trygg och kunna arbeta bekvämare i operationssalen.

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 genombrotstider för 52 olika cytostatika och flamsäkerheten vid kirurgisk laser uppfyller högsta skyddsnivå.

Kontakta oss på Vingmed för mer information.





Delta i tävlingen

Bästa examensarbete 2023

Riksföreningen för operationssjukvård inbjuder samtliga studenter i specialistutbildningarna inom operations-sjukvård i Sverige till tävling om årets bästa examensarbete. Syftet med tävlingen är att främja kunskap, utbildning och forskning.

Examensarbeten i operationssjuksköterskeutbildningen är starten på ett yrkesliv med livslångt lärande som bygger på vetenskaplig grund. Att lyfta examensarbeten som utförs inom utbildningarna är viktiga då det bidrar till utveckling och ny kunskap för redan yrkesverksamma operationssjuksköterskor.

Förutom äran att utses till årets författare av det bästa examensarbetet så tilldelas du ett pris bestående av deltagande på Höstkongressen (resa och boende en natt).

Examensarbetet skickas till uppdukat@rfop.se

Skicka examensarbetet och en kort redogörelse (max en A4-sida) där ni

motiverar varför examensarbetet ska vinna. Bifoga kontaktuppgifter (namn, adress, telefonnummer, e-postadress) samt utdrag från Ladok där examensarbetets betyg framkommer. Redaktionen för uppdukat anonymiserar examensarbetet innan det vidarebefordras till RFop's jury.

Tävlingsanvisning

De examensarbeten som skickas in till tävlingen behöver uppfylla följande kriterier:

- examinerad och godkänd mellan 15 augusti föregående år fram till 15 augusti det tävlande året. Deadline för att nominera examensarbeten är 31 augusti.
- utfört på avancerad nivå med magister- eller masterexamen
- utfört på svenska
- du ska vara villig att publicera en populärvetenskaplig version av ditt arbete i Uppdukat

Så utses vinnaren

Styrelsen för Riksföreningen för operationssjukvård utser vinnaren efter rekommendation från en jury bestående av medlemmar från Kvalitetsrådet och Redaktionen.

Följande kriterier ligger till grund för bedömning av uppsatserna:

- Innehåll och relevans för operationssjuksköterskans profession
- Förankring i forskning och teorier inom perioperativ omvårdnad och operationssjukvård
- Nyttänkande och bidrag till kunskapsutveckling.
- Nyttan för verksamheter inom perioperativ omvårdnad och operationssjukvård

Välkommen att skicka
in ditt bidrag!

Fortsätt vara medlem i Riksföreningen i operationssjukvård

Sveriges professionsförening för operationssjuksköterskor och en sektion inom Svensk sjuksköterskeförening!

Som medlem i RFop får du bland annat;

- Vår medlemstidning Uppdukat 4 ggr/år
- Delta på vår Höstkongress till reducerat pris
- Inbjudan att delta på nätverksträffar som anordnas av föreningens distriktsamordnare
- Ett automatiskt medlemskap i NORNA och EORNA (vår nordiska och europeiska förening)
- Möjlighet att söka föreningens stipendier

RFop sätter operationssjuksköterskans profession i fokus, granskar, bevakar och utvecklar operationssjuksköterskans yrkesfrågor samt främjar forskning och utveckling inom den perioperativa omvårdnadsvetenskapen.



Kostnad/kalenderår
Swisha till QR-koden nedan



Medlem	350 kr
Pensionärsmedlem	150 kr
Studerandemedlem	150 kr
Associerad Medlem	350 kr



RFop kalendarium

RFop är aktiv i olika projekt, seminarier och tillfälliga utbildningar - både självständigt och i samverkan med andra.

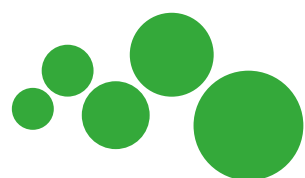
Alla utbildningar och evenemang som RFop bedriver ska stärka och utveckla ledarrollen inom den perioperativa omvårdnaden samt främja utvecklingen av densamma. Vi arrangerar årliga utbildningar i form av bland annat Hygienforum, Höstkongressen och Chefkonferens. Dessa hålls i syfte att synliggöra aktuell forskning, kunskap och erfarenhet inom perioperativ omvårdnad.

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

2023 16-17 Mars Nätverksträff för chefer	2023 24 Mars Infektions- prevention	2023 24 Mars Trauma Utbildning Nivå 1	2023 13-14 April Hygienforum 2023	2023 28 April SPOR Nätverksträff Digital	2023 2 Maj Årsmöte
2023 12 Maj MDR Upphandling & Juridik	2023 14-15 September Nätverksträff för chefer	2023 12-13 Oktober MDR Upphandling & Juridik	2023 20 Oktober Infektions- prevention	2023 20 Oktober Trauma Utbildning Nivå 1	2023 20 Oktober SPOR Nätverksträff Digital
2023 30-1 Nov/Dec Höstkongress 2023	2023 1 December Chefkonferens 2023	Under 2023 kommer vi att sätta datum för våra konceptutbildningar: • MDR Upphandling & Juridik • Infektionsprevention • Trauma nivå 1 • Vi kommer även att presentera fler nya konceptutbildningar Vi uppdaterar allt eftersom på rfop.se samt i kalendariet som alltid finns i Uppdukat.			

POSTTIDNING B

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



Mölnlycke®

 **Instrumenta**



BD

MEDI PLAST



Medtronic
Further Together

CRC
medical

B | BRAUN
SHARING EXPERTISE

KEBCOMED

Johnson & Johnson MEDTECH