

Uppdukat

Nr 3 september 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 iakttagas så att det inte finns något kvar av produkten innan förbandet appliceras. Endast för utvärtes bruk på intakt hud. Chloraprep/Chloraprep färgad innehåller klorhexidin. Det är känt att klorhexidin inducerar överkänslighet, bland annat generaliserade allergiska reaktioner och anafylaktisk chock. Förekomsten av överkänslighet mot klorhexidin är inte känd, men enligt tillgänglig litteratur är detta sannolikt mycket sällsynt. Chloraprep/Chloraprep färgad ska inte administreras till någon som eventuellt tidigare uppvisat en allergisk reaktion mot lösningar som innehåller klorhexidin. Lösningen verkar irriterande på ögon och slemhinnor, med risk för ögonskador som nedsatt syn och kemiska brännskador. Därför får den inte användas i närheten av dessa områden. Om lösningen kommer i kontakt med ögonen, måste de sköljas omedelbart och grundligt med vatten. Användning av klorhexidinlösningar, såväl alkohol- som vattenbaserade, för huddesinfektion före invasiva ingrepp har satts i samband med kemiska brännskador hos nyfödda. Tillgängliga fallrapporter och publicerad litteratur tyder på att risken för hudskada tycks vara störst hos prematura spädbarn, särskilt de som är födda före graviditetsvecka 32 och hos alla prematura spädbarn under deras två första levnadsveckor. Får ej användas i öppna 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 väsende/svårt att andas, chock, svullnad i ansiktet, nässelutslag eller andra hudutslag. Observera att symtom på anafylaktisk reaktion kan döljas hos en patient under narkos, då en stor del av huden är täckt eller patienten är oförmögen att kommunicera tidiga symtom. Om överkänslighet eller en allergisk reaktion inträffar/misstänks ska behandlingen genast avbrytas. Alla produkter innehållande klorhexidin under anestesi ska tas bort, för att undvika att patienten exponeras för andra 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 350 kr per kalenderår. Sätt in pengarna på postgironummer 70 80 08 - 8 adresserat till: Riksföreningen för operationssjukvård. Ange namn och adress på inbetalningsblanketten och märk med Uppdukat. Adress och/eller namnändring görs till: Elisabeth Liljeblad prenumeration@rfop.se

Prenumeration via agentur 450 kr per kalenderår

Omslagsbild

Karolinska Institutet

Foto

Ann-Mari Fagerdahl

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 3 2022 årgång 34

REDAKTIONENS ORD

Ordförande...sid 4

HISTORIA

Den noble kirurgen, Theodor Kocher...sid 6

ARBETSMILJÖ

Vad påverkar personaltillgången på våra operationsavdelningar?...sid 10

PÅ VÅR OPERATIONS-AVDELNING

Kliniska utbildningssalar på operation i Kristianstad och Hässleholm...sid 12

REPORTAGE

Provets väg från lab...sid 14

KRÖNIKA

Uppdukat har fått en ny redaktör...sid 18

PORTRÄTTET

Birgitta Å Gustafsson...sid 20

REDAKTIONEN TIPSAR

Disputation, Vendela Scheer...sid 24

KOMPETENS

MYORCO...sid 26

KOMPETENS

Specialistsjuksköterskeutbildning inom operationssjukvård...sid 28

HYGIEN

Svenska hygienpriset 2022...sid 32

HYGIEN

Skyddsrock och Skyddsrock...sid 33

HYGIENFRÅGAN

Ann-Sofi Mattsson svarar...sid 34

KOMPETENS

VFU...sid 37

KOMPETENS

Akademisk karriär...sid 38

KOMPETENS

Specialistförberedande år...sid 39

KOMPETENS

Regional studiedag...sid 40

KOMPETENS

Vård vid Radiologiska interventioner...sid 42

FÖRENINGSNYTT

RFop...sid 43

sid 12



sid 20



sid 33



Foto: Peo Sjöberg



Hösten är här och då kommer Uppdukat nr 3, denna gång med extra mycket läsning. Denna höst är extra spännande ur ett föreningsperspektiv, vi ska genomföra ett antal konceptutbildningar som är helt nya för oss. Samt Höstkongress, Chefkonferens och så hinner vi med två tillfällen med Traumatutbildningen.

Att satsa på utbildning och kompetensstärkande tillfällen är något vi är mycket stolta över, i vår ändamålsparagraf står det: Riksföreningen för operationssjukvårds främsta uppgift är att främja utveckling av den perioperativa omvårdnaden genom att:

- Främja forskning och utveckling inom den perioperativa omvårdnadsvetenskapen
- Verka för att operationssjuk-sköterskeutbildningen ska vara nationellt jämförbar
- Bedriva utbildning
- Stärka och utveckla ledarrollen inom den perioperativa omvårdnaden

Vad händer i höst?

Vårt vetenskapliga råd bjuder in till ett nätverk för doktorander de är även ansvariga för posterutställningen på Höstkongressen (Främja forskning

och utveckling inom den perioperativa omvårdnadsvetenskapen), både dessa aktiviteter kan du läsa mer om i tidningen. Vi har ett nystartat läkarråd som bland annat kommer att anordna nätverksträffar lärare från de olika lärosätena som bedriver utbildning till operationssjuksköterska och de arbetar just nu även med att uppdatera ett dokument som heter Nationell klinisk examination för Specialistsjuksköterskeexamen, inriktning operationssjukvård. (Verka för att operationssjuksköterskeutbildningen ska vara nationellt jämförbar). Vi har ett antal nystartade konceptutbildningar, Infektionsprevention – Ett viktigt arbete, nu på ett nytt & enkelt sätt 28 oktober, med en digital start 30 september, MDR, upphandling och juridik, 14 oktober och 18 november och den numera etablerade Nivå 1 Traumatutbildning "Basic Trauma" den 28 oktober. Detta är utbildningar vi hoppas ska tillföra ny kunskap och att det finns ett intresse för dem.

Sen har vi Höstkongressen som vi genomför för 57:e gången den 1 – 2 december (Bedriva utbildning). Den 2 december är det även en Chefkonferens även den har blivit en återkommande konferens och i år blir det den 9:e konferensen (Stärka och utveckla ledarrollen inom den perioperativa omvårdnaden).

Nya på sin post

Uppdukat har fått ännu en ny redaktör och om honom kan ni läsa på sidan 18 Vi har även nya deltagare i både programråd Höstkongress och i det vetenskapliga rådet om dessa kan ni läsa mer på sidorna 43-44. Och en ny hedersmedlem, det är Birgitta Å Gustafsson som valts till ny hedersmedlem och hon porträtteras på sidan 20.

Vad påverkar personaltillgången på våra operationsavdelningar?

Hur jobbar arbetsgivaren med att behålla och utveckla redan anställda och hur planerar man för nyrekrytering? Under våren har RFop varit delaktiga i en enkät med syftet att kartlägga aktiviteter och satsningar för att behålla/utveckla personal inom operation och intensiv-

vården. Enkäten undersökte även olika tillgänglighetssatsningar. Målgruppen för enkäten vände sig till de som arbetar i en ledande position inom An/Op/IVA men även till de som har personalansvar och/eller arbetar i klinikledningen. Det här kan du läsa om på sidan 10. Att lösa "krisen" med bemanningssjuksköterskor vet vi förekommer, tänk om vi kan försöka få de som idag jobbar där att "komma tillbaka" i en anställning i en region? Att jobba som operationssjuksköterska via ett bemanningsföretag är ej helt accepterat av alla kollegor, vilket försvårar och kanske även kan skrämja vissa att våga söka anställning. Har vi "råd" att värdera och bedöma varandra utifrån vilken arbetsgivare vi har? Eller ska vi visa upp vår arbetsplatser och oss själva ur ett sådant perspektiv att vi får fler som vill stanna och bli en ny arbetskamrat?

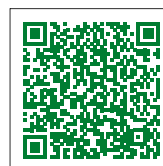
Det som saknas detta nummer är vår påbörjade artikelserie om "vägen tillbaka", Maria som har påbörjat en resa med flera år borta från operationsverksamheten och delar med sig av sina erfarenheter från detta har tagit en paus och återkommer i nästa nummer.

Nu önskar jag dig en bra läsning och att du blir nyfiken på våra utbildningar som du kan läsa mer om i sommarutskicket du fick i juli och eller på vår hemsida, rfop.se kolla in dem och lyssna med kollegor, ska ni vara med på någon av dem?

Håll även utskick efter inbjudan till Höstkongressen som kommer i brevlådan ett kort tag efter detta nummer. ●

**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.



Den noble kirurgen, Theodor Kocher (1841-1917)

Emil Theodor Kocher föddes 24 augusti 1841 i Bern, Schweiz. Hans far Jacob var mekanisk ingenjör och hans mor Maria var djupt religiös vilket kom att påverka Kocher's kristna attityd både i hans privata och professionella liv. Som barn var han en lysande student med stora talanger inom områdena språk och konst, hans lärare rådde honom fortsätta studera språkvetenskap. Det är oklart varför han i stället valde studera till läkare.

Han tog sin examen 1865 vid universitetet i Bern. Efter det reste han frekvent runt i Europa på studieresor och besökte den tidens mest framstående läkare, Langenbeck i Berlin, Nèlaton och Pasteur i Paris, Billroth i Wien och Lister i England. Hans kontakter med både Lister och Pasteur kom att få stort inflytande på Kocher's intresse för aseptik.

Efter att Kocher återkommit till Bern och arbetat några år sökte han tjänsten som professor vid universitetets medicinska fakultet. Styrelsen förordade den tyske kirurgen Franz König. Efter stor påtryckning från studenter och med starka rekommendationsbrev från både Langenbeck och Billroth valdes Kocher till tjänsten och blev vid 31 års ålder professor i kirurgi vid Berns Universitet. En tjänst han kom att inneha under 45 år.

Han gifte sig 1896 med Marie Witchi-Courant med vilken han fick tre söner. Den äldste sonen Albert (1872–1941) blir även han läkare och kommer hjälpa sin far i hans arbete. Kocher var helt och uteslutande hängiven sitt arbete och sina patienter. Han beskrivs som seriös, med stort lugn men till sin läggning känslolös och krävande. Förmodligen mer beundrad och respekterad, än älskad. Som kirurg var han oerhört



Bild från 1914 Theodor Kocher använder gummihandskar och assistenten bär bomulls handskar över gummihandskarna. Kocher såg fördelar med att använda bomulls handskar eftersom han trodde dom absorberade handens bakterier och förhindrade att bakterierna kontaminerade såret. Detta så länge handskarna var torra, Kocher bytte därför frekvent handskar under operationerna, med ett minimum av 5 byten/operation.

talangfull och opererade långsamt med noggrann som alltid tog reda på sina patienters fullständiga sjukhistoria före operationen.

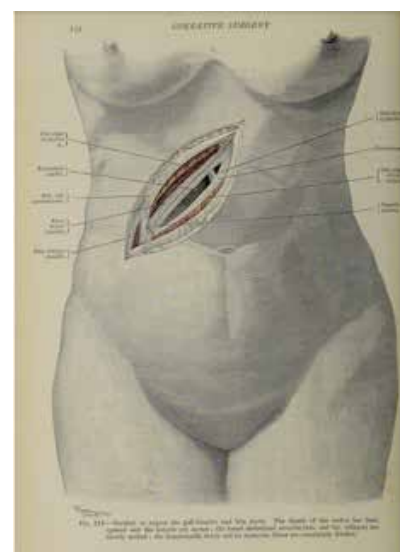
Dr Kocher levde efter devisen "A Surgeon is a doctor who can operate and who knows when NOT to do..."

Familjeätaganden och viss konstnärlig målning var den enda avkoppling Kocher ägnade sig åt. I övrigt lade han i stort sett all sin vakna tid på sitt arbete, med problemlösning och utveckling inom det kirurgiska området, allt i en strävan efter kirurgisk perfektion. Följande citat visar på att Kocher inte upplevde hårt arbete som något problem;

"Livet har lärt mig att om en man dör av överansträngning, så kommer 999 förgås av att inte göra nåt alls."

Chirurgische Operationslehre

Kochers detaljerade anatomikunskaper i kombination med förfinad kirurgisk teknik, noggrann blodstillning och arbete utifrån aseptiska principer gjorde att han kunde operera inom områden kirurger tidigare inte vågat ge sig på. Han delade sina erfarenheter med att skriva en lärobok i kirurgi *Chirurgische Operationslehre*, boken gavs ut i sex upplagor och översattes till de flesta språk, med den första engelska översättningen trycktes redan år 1895. I den beskriver han ett stort antal operationer med fokus på buk och höftkirurgi, men även olika anestesiformer, steriliseringsmetoder till hur man tillverkar koksalt för infusioner. I boken beskriver Kocher ingående vikten av noggranna patientförberedelser inför operationer. Framför allt utifrån hygieniska aspekter med bad, munvård och håravkortning.



Kocher den första att beskriva arcussnitt vid gallkirurgi, bild ur Text-book of operative surgery Theodor Kocher Third english edition Stiles H J, C Balfour Paul London Adam and Charles Black 1911.



Tarmklämma Kocher Resektionshake Kocher



Peng Kocher, Bild med tillstånd av Stilla AB

Han tar även upp vikten av att sjuksköterskor ser till att patienten fått tömma sin urinblåsa inför kirurgiska ingrepp och att patienten hålls varm och positioneras bekvämt på operationsbordet för att undvika tryck, framför allt på benen vilka han beskriver behöver regelbunden massage under operationer. Ett av bokens avsnitt avhandlar användandet av operationshandskar, och om det är nödvändigt att systematiskt använda operationshandskar av gummi enligt modell från Dr Halsted. Att handskar används vid ingrepp i infekterad vävnad eller undersökning av mun, rektum eller vagina är självklart för att skydda kirurgers händer mot kontamination av bakterier. Att handskar av gummi skulle användas vid all kirurgi, ex vid bukkirurgi beskrivs inte lika självklart. Här resonerar Kocher att för att vara effektiva mot kontamination måste också operationssjuksköterska och assistent bära gummihandskar vilket skulle innebära höga kostnader. Det finns då billigare alternativ i att använda handskar av bomull, men dessa bomulls handskar har visat sig suga åt sig bakterier och räknas då som kontaminerade och behöver bytas. Även gummihandskar rekommenderas bytas ofta under operationer eftersom även dessa enligt studier Kocher hänvisar till visat sig bli bakteriebelagda.

I boken finns även en beskrivning av det nya instrument han framtagit, *Kocher peng* och dess användningsområde vid blödningar. Peangen ska sättas på

”Det är lika oförsvarbart att tillföra en person smärta under en operation som att äventyra hans liv genom att införa smittämnen i såret”

blödningskällan och sitta där till slutet av operationen, först då ligeras kärl och vävnad och peangerna plockas bort. Orsaken till att inte direkt ligera vävnad var för att undvika att bakteriekontaminera ligaturmaterialet under pågående operation. Kocher skriver att det under en strumaoperation kan röra sin om mellan 50–100 peanger som appliceras i operationsområdet innan man börjar sätta ligaturer. Han skriver också att man enligt moderna rön (1911) inte behöver följa strikt sterilitet vid förbandsläggning av operationssår, eftersom det inte existerar ett operationssår helt utan bakterier vid slutet av en operation.

Neurokirurgi

Inom neurokirurgen arbetade Kocher med att beskriva fysiologi och patofysiologi kring intrakraniellt tryck (ICP). Den amerikanske kirurgen Harvey Cushing gjorde som ung läkare en studieresa i Europa 1900 och tillbringade en lång tid i Bern tillsammans med Kocher. De hade tidigare stiftat bekantskap i samband med att Kocher 1899 besöker William Halsted 1899 och John Hopkins University där Cushing var student till Halsted. Kocher satt in Cushing på att fortsätta de arbete han påbörjat kring cerebrovaskulära problem. I det arbetet upptäckte Cushing det man idag benäm-

ner Cushing-reflex. Där han kunde beskriva sambandet mellan högt ICP och blodtryck. Där man vid högt ICP ser ett högt blodtryck som kompensation för att upprätthålla hjärnans blodtillförsel. Kocher var först med att 1900 beskriva att en dekompressiv kraniektomi är en effektiv metod att sänka ICP.

Harvey William Cushing blir senare professor vid Harvard Universitetet och grundaren av den moderna neurokirurgen, där han senare kom att undervisa och handleda Europas främsta inom området. Kocher, Cushing och Halsted kom att hålla kontakten med varandra livet ut, både personligt och professionellt genom brevväxling och personliga studieresor till varandras kliniker. Framför allt mellan Kocher och Halsted växte en stor respekt och vänskap fram, de hade mycket gemensamt, och hade stort engagemang i samma kirurgiska frågeställningar. De kom att vid den tiden representera Europas och Amerikas främsta kirurger.

Kungliga Svenska vetenskapsakademien

1900 valdes Kocher in som utländsk ledamot av Kungliga Svenska vetenskapsakademien. Där han efterträdde den brittiske kirurgen och patologen

"Patienten ska skyddas mot skada och risk för infektion av såret under och efter en operation, all skicklighet blir betydelselös om inte detta villkor strikt utförs"

Sir James Padget som avlidit året innan. Kochers inval föreslogs av professorerna Axel Key och Carl Jacob Rossander. I invalsbrevet till akademien skriver dom; *"Professor Kocher har sedan många år inträtt i första ledet af Tysklands, Sweets och hela den civiliserad världens kirurger. Hans uppfinningar af nya metoder på det operativa området äro snart sagt otaliga och de flesta ha blivit bestående öfverallt. Hans anseende såsom lärare har oupphörligt varit i stigande, att från alla håll och inte minst från Sverige lärjungar besöka hans klinik."*

Man fortsätter beskriva hans storslagna verksamhet med arbeten både i det praktiska och vetenskapliga området och man avslutar brevet med; *"ingen annan kirurg skulle vara mer värdig att besitta den lediga platsen än professor Theodor Kocher"*.

Kocher verkade inom de flesta områden inom kirurgin men hans passion kom att handla om thyreoidea körteln och dess sjuklighet. Den engelske anatomen, Thomas Wharton var den förste att namnge thyreoidea år 1656, i tron att thyreoideas syfte var att göra halsen vackrare. Först trodde läkare att thyreoidea körteln inte hade någon funktion utan dess enda uppgift var att fylla ut ett tomrum eftersom "nature abhors a vacuum". En förstorad thyreoidea som accentuerade halsens fyllighet ansågs ge mer elegans till utseendet och opererades endast i de fall luftvägen obstruerades. Thyreoideakirurgi var historiskt förenad med stora risker och hade en 40% mortalitet. 1866 skriver den amerikanske kirurgen Samuel Gross; *"Ingen vettig man kommer att utan stora öfverväganden försöka att extrahera en strumasjuk thyreoidea. Jag kommer inte avundas den äventyrliga kirurg som företar sig den uppgiften. Varje steg han tar kommer innebära svårigheter, varje snitt med kniven kommer följas av en ström av blod, och han får vara lycklig om hans offer kommer leva tills han hunnit avsluta sitt hemska slakteri"*. 1912 har Kocher utfört över 5000 thyreoidea operationer (antalet thyreoidea-parathyreoidea operationer i Sverige är ca 3000 ingrepp/år) han lyckades sänka

mortalitetssiffrorna vid sina operationer från 18% till mindre än 0,5%

Kocher besöker som ung kirurg vid sina studieresor dr Billroth som vid den tidpunkten runt 1869 utfört 20 thyreoidektomier och ansågs vara Europas främste thyreoidea kirurg. Billroth's operationsteknik har beskrivits som "snabb och rå" vilket kanske var orsaken till att åtta av dessa patienter avled av skepsis och blödningar och flera andra drabbades av förgiftning eftersom parathyreoideakörtlarna avlägsnades eller skadades. 1872 utförde Kocher sin första thyreoidektomi enligt Billroth's teknik med vertikal incision och fick en stor blödning. Kocher kom efter det att utveckla sin egen operationsteknik. 1883 hade Kocher utfört 101 thyreoidea operationer, av dom avled endast 13 patienter och ingen orsakad av sepsis. 1898 var hade Kocher kommit ner i imponerande låga mortalitetssiffror på 0,5%.

Nobelpriset i medicin och fysiologi

40 år senare, 1909 får Emil Theodor Kocher som förste kirurg någonsin Nobelpriset i medicin och fysiologi för sitt arbete med kartläggandet av fysiologi, patologi och kirurgi av thyreoidea körteln. Samma år som Kocher får vår Svenska Selma Lagerlöf som första kvinna nobelpriset i litteratur och den första svenska kvinna som får nobelpriset.



Svenskt frimärke Kocher. Bild publicerad med tillstånd av PostNord Frimärken.

Som ensam pristagare i Medicin/fysiologi priset erhöll Kocher en prissumma på 139 800 svenska kronor, vilket motsvarar 7 246 930 SEK i dagens penning-

värde (dec 2020). Kocher kom senare att donera prispengarna till Universitet i Bern för grundande av ett forskningsinstitut som fick namnet *Theodor Kocher institutet*, ett forskningsinstitut verksamt än idag.

Kocher var en av de första kirurger att acceptera och tillämpa begreppet aseptisk kirurgi enligt Joseph Listers idéer vilket inte var helt okontroversiellt vid denna tidpunkt. Kocher och Lister träffades personligen och höll kontakt via brev. Kocher publicerade en rad artiklar kring aseptisk sårbehandling med klorlösning utifrån Listers läror. Läran om aseptisk kirurgi var revolutionerande vilket väckte motstånd från många läkare som ansåg idéerna vara kränkande mot yrkeskåren. Det lät dröja innan Listers koncept för aseptisk kirurgi blev fullt ut accepterad i den kirurgiska världen. Kocher samarbetade med kirurgen och bakteriologen Ernst Tavel (1858-1912) tillsammans skrev dom boken *Vorlesungen über chirurgische infektionskrankheiten (föreläsningar om kirurgiska infektionssjukdomar)* som publicerades första gången 1895.

Kochers innovationer inom kirurgin och begrepp kopplade till hans namn

Begreppet Kocher, eller *Kocher's manöver* används idag för att beskriva hur man under operation undersöker bukspottkörtelns huvud. För att säga att man gjort en Kocher's manöver räcker det inte att kirurgen enbart stoppat in ett finger bakom duodenum. Det krävs att hela duodenalkurvaturen ska vara friad från lateralsidan och att retroperitoneum kan inspekteras ända fram till aorta.

Trauma, introducerade reponeringsteknik vid axelluxationer baserade på funktionella och anatomiska studier av axelleden. *Kocher's reponering av axelluxationer*.

Kirurgiska instrument, peang, craniometer, tarmklämma, saxar, mejslar, raspatorier, thyreoidea dissektor År 1882 presenterade han sin peang vilket kan-



Från 1911 föreställande Dr Kocher (sittande) opererande med Dr Halsted (stående patientens högra sida). Operationen bukaorta aneurysm där Dr Halster opererar sin teknik att anbringa metalband proximalt om aneurysmet. Kochers son Albert den längsta mannen stående på Halsters högra sida skrev till Halster några veckor efter operationen och berättade att bandet gnagt sig in aorta och patienten avlidit av blödning. Bild The Allan Maseon Chsney Medical Archive, Johns Hopkins Medical Institutions.

ske är det instrument han idag är mest ihågkommen för.

Anestesi, designade maskor för eter/kloroformnarkos. Introducerade pre-operativa patientförberedelser ex för att undvika aspiration av maginnehåll. Han införde också intravasal tillförsel av koksalt vid akut preoperativ chock.

Struma, beskrev effekter av total och partiell thyroidectomi. Kunde mäta och förklara under-över och normal funktion av thyreoidea. *Kocher's tvärgående snitt vid thyroidectomier.*

Metodik, prioriterade hygien, införde metoder för sterilisering, var emot handtvätt i stillastående vatten, följde noggranna register över kirurgiskt utfall. Han ligger bakom subcostalt snitt vid gallblåsekirurgi samt har följande begrepp uppkallade efter sig, *Kocher's fixation av uterus och Kocher's snitt vid armbågs frakturkirurgi, Kocher-Langenbeck's snitt vid höftkirurgi.*

Theodor Kocher var hedersmedlem i en rad akademiska och medicinska samslutsningar. Han satt som president för den första internationella kirurgiska konferensen vilken hölls 1905 i Bryssel. Kocher utförde sin sista operation 4 dagar före sin död. Han kallades då in för att operera ett större olycksfall eftersom ordinarie kirurg var inkallad i armen. Han avled 27 juli, 1917 vid en ålder av 76 år. Kocher's arbete och person uppmärksammas på olika vis långt efter hans död. En tacksam rysk patient har namngivit en vulkan efter honom. Han finns avbildad på ett antal frimärken runt om i världen, däribland även ett svenskt frimärke utgivet 1969. 1987 fick Kocher en astroid uppkallad efter sig. Astroiden upptäcktes 1975 av den schweiziska astronomen Paul Wild, och fick namnet Kochera. ●

Referenser

Andrén-Sandberg Å. Theodor Kocher manövers namngivare. Läkartidningen Vol96.Nr14.1999

André'n Sandberg Å, Mai G. Theodor Kocher (1841-1917) - A surgical Maestro. Digestive Surgery 2001; 18:311-316.

Bumbasirevic M Z, Zagorac S G, Lesic A R. Emil Theodor Kocher (1841-1917) - Orthopedic surgeon and the first surgeon Nobel Prize winner.

Choong C.Kaye A H. Emil Theodor Kocher (1841-1917) Journal of clinical Neuroscience 16(2009) 1552-1554.

Ellis H. Kocher's gland dissector, thyroid retractor and artery forceps. Journal of Perioperative practice. vol 16 no 10 October 06.

Fielding H, Garrison A B. The History of medicine. W B Saunders Company Philadelphia and London ,Third edition 1921.

Fong Z, Emil Theodor Kocher, MD., and his Nobel Prize (1841- 1917).The American surgeon 2012, vol 78/ iss12.

Hildebrandt G, Surbeck W, Stienen M N. Emil Theodor Kocher: The first Swiss neurosurgeon. Acta Neurochir (2012) 154:1105-1115.

Kungliga Svenska vetenskapsakademiens arkiv, Invalsförslag klass -och kommitté-protokoll 1900, beslut 14 mars 1900

Kennie R.The Nobel Surgeon: Theodor Kocher(1841-1917) Journal of investigative surgery 1999,12:177-178

Modlin I M. Surgical triumvirate of Theodor Kocher, Harvey Cushing, and William Halsted. World journal of surgery 22,103-113,1998.

Tan S Y Medicine in stamps. Emil Theodor Kocher (1841-1917) thyroid surgeon and Nobel laureate. Singapore Med J 2008; 49(9):662.

Prize amount and market value of invested capital converted into 2020 year's monetary value, Nobelprize

QR kod nobelpris



Järhult, J. Räf, L. Nervskador efter thyreoidea-parathyreoideakirurgi. Recurrens-pares kan ge kraftigt sänkt livskvalitet hos många patienter. Läkartidningen, Vol 97. No40.2000

Kocher T. Text book of operative surgery. Third english edition, Authorized translation from the fifth german edition, Stiles H J,C Balfour Paul, Adam and Charles Black ,1911 London.The Wellcome Collection.

Schlich T, Negotiating Technologies in Surgery: The controversy about surgical gloves in the 1890s Bull Hist. Med ,2013,87:170-197

Surbeck W. Steinen M N, Hildebrandt G. Emil Theodor Kocher- Valve surgery for epilepsy. Epilepsia, 53(12); 2099-2103,2012

(S 3, S 9, Text-book of operative surgery, the second revised and enlarged German edition. H Stiles, Adam and Charles Black London 1895)

Vad påverkar personaltillgången på våra operationsavdelningar?

Under våren har RFop varit delaktiga i en enkät med syftet att kartlägga aktiviteter och satsningar för att behålla/utveckla personal inom operation och intensivvården. Enkäten undersökte även olika tillgänglighetssatsningar. Målgruppen för enkäten vände sig till de som arbetar i en ledande position inom An/Op/IVA men även till de som har personalansvar och/eller arbetar i klinikledningen. En insikt om faktorer som påverkar personaltillgången på sin enhet inkluderades också. Enkäten var genomförd i hela Sverige. Totalt inkom det 107 svar. Dock en låg svarsfrekvens då totalt 400 hade fått tillgång till enkäten. Det uteblev svar ifrån både region Sörmland och region Blekinge. Den region som flest chefer svarade ifrån var Stockholm följt av Norrbotten, Kalmar samt Skåne. Merparten av cheferna arbetade inom länssjukhus (37,38%) följt

av universitetssjukhus (34,58%). I demografin väljer man sin yrkesroll som chef tex vårdneshetschef, sektionschef osv. Här redovisar vi en sammanställning av enkäten, erfarenhetsutbyte om faktorer som påverkar personaltillgång inom svensk operations- och intensivvård.

Den första delen av enkäten beskriver om chefen/verksamheten har genomfört någon aktivitet för att behålla personal inom grupperna Sjuksköterska, Läkare och undersköterska. Resultatet visade att cheferna har gjort flest aktiviteter för att behålla sjuksköterskor i verksamheten. De vanligaste aktiviteterna för att behålla sjuksköterskorna i den perioperativa vården är utbildning, fortbildning, forskning och kompetensutveckling, inklusive vidareutbildning med lön, karriärstege, ledarskapsutveckling, ansvarsområde, mentor, lönesatsningar, lönetrappa, arbetsväx-

ling, schemaläggning (individanpassad/kompetensanpassad), bemanna upp och möjlighet till ledigheter och friskvårds-satsningar. Bilden känns igen från vad undersköterskorna tyckte var viktigt men med mer fokus mot forskning och utveckling samt ledarskap. Det framkom i resultatet att alla yrkeskategorier tyckte det var av betydelse att ha en flexibilitet till att kunna rotera till andra enheter på arbetstid för att känna sig stimulerad. Den genomgående viktiga satsningarna för att behålla personal var fortbildning, ansvar, rätt lön, Schema och bemanning som inger vila och återhämtning till den anställda.

Nästa del tar upp om de har genomfört någon aktivitet för att utbilda personal inom gruppen och om hur resultatet av utbildningsaktiviteterna blivit till det bättre eller sämre. Där svarade cheferna



Foto:byLindahl

att för sjuksköterskornas del har hela 84,21% att erhållit någon form av utbildning och mest parten ansåg att det blev till det bättre efter utbildning. De vanligaste utbildningsaktiviteterna för sjuksköterskorna var internutbildningar, utbildningspaket som tex ATSS eller ALS med mera, Trainee och utbildningsanställningar, betald specialistutbildning, scenarioövningar, möte och kongresser, fördjupningsutbildning och särskilda utbildningar som var kopplade till ansvarsområde.

Att rekrytera och framtidsidéer

Del tre av enkäten tar upp om cheferna har genomfört någon aktivitet för att rekrytera personal, resultatet av rekryteringsaktiviteterna för sjuksköterskor samt de olika rekryteringssatsningarna. De vanligaste rekryteringssatsningarna var betald specialistutbildning, ökat antal utbildningsplatser, vanlig annonsering, Trainee-program, rotationstjänster, sociala medier, "prova på" anställning, anställt allmänsjuksköterskor, varumärkesarbete, göra arbetsgivaren mer attraktiv, öppet hus, informations kvällar, mässdeltagande men även försök till utlandsrekrytering har genomförts. I grup-

pen sjuksköterskor har det gjorts mest satsningar och rekryteringssatsningarna har fått en övervägande positiv effekt.

I den sista delen av enkäten frågas det om tillgänglighetssatsningar, framtidsidéer och personalomsättning. Här beskrev cheferna att de vanligaste tillgänglighetssatsningarna var extra arbete framför allt på helger, en förbättrad planering, processarbete, externa operationslag, sälja vård och att anställa flera för att öka kapaciteten på både operation och IVA.

Framtidsidéer och hur man skall behålla sin personal svarade cheferna att erbjuda konkurrenskraftiga löner för specialister men även när man går från novis till expert, öppna upp operationsavdelningen för studenter inom grundutbildningen, mindre toppstyrning och mer delaktighet, riktade arbetsmiljöåtgärder som ökad bemanning, teambildning, nya arbetstidsmodeller-kortare arbetstidsvecka, kontinuerlig fortbildning och utbildning i professionen, betald vidareutbildning, tid till annat, ge en möjlighet för återhämtning, ledigheter av olika slag och ytterligare en nivåstrukturering där man fokuserar mer

på vissa ingrepp för att öka produktion och kvalitet. Vidare beskriver cheferna att man vill erbjuda en bättre personalpolitik för att behålla sin personal.

Ett citat från deltagare "En barnkirurg opererar barn inom ett riktat område ex. urologi- inget annat. En ögonkirurg opererar specifikt ex vitrektomier- inget annat. Det kanske hade varit bra att rikta specialist till sköterskor också. Inte slänga dem hit och dit och säga att de har ju läst sjuksköterskeutbildning och har legitimation".

Personalomsättningen av operations-sjuksköterskor har påverkats tvetydigt till följd av pandemin men det saknas en del data och vissa regioner vet inte eller har inga siffror redovisade. Många sjuksköterskor avslutar sin anställning inom region/landsting/kommun och övergår till bemanningsbranschen för att freda sig mot arbetsgivarens brister. ●

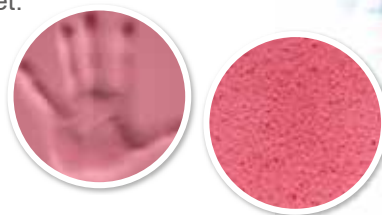
Referens

Nationellt programområde perioperativ vård, intensivvård och transplantation (NPO).

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



Kliniska utbildningssalar på operation i Kristianstad och Hässleholm

Till Specialistsjuksköterskestudenternas första VFU, under hösten 2021 startade vi upp med våra kliniska utbildningssalar i Kristianstad och Hässleholm. Utbildningssalarna ligger utanför ordinarie operationsprogram och bemannas av oss på Utbildning. Våra utbildningssalar är öppna två till tre dagar per vecka under specialistsjuksköterskestudenternas VFU-perioder. Under perioder då det inte är studenter används utbildningssalen till nyanställda kollegor under introduktion.

Vi, Björn Johansson och Gunilla Gunnarsson, arbetar som kliniska lärare/utbildningssjuksköterskor på Utbildning, SSNO (Skånes Sjukhus NordÖst), CSK, Kristianstad, respektive Hässleholm. Vi är gamla kurskamrater från operations-sjuksköterskeprogrammet i Lund och har jobbat mestadels kliniskt. Men nu



Foto: Marie Sigegård

Utbildningssal

är det utbildning som gäller, på var sitt sjukhus. Under årens lopp samlar man på sig en hel del kunskaper och erfarenhet. Det känns både rätt och roligt att nu kunna dela med sig till studenter och nyanställda kollegor och hjälpa till att ge dem en bra och trygg start. Utbildningssalen på operation skapar bra förutsättningar för att kunna ge just detta.

Varför behövs en klinisk utbildningssal på operation?

Operationsavdelningarna idag bedriver högteknologisk och avancerad vård i högt tempo med krävande operationsprogram. I detta ansträngda läge med brist på specialistsjuksköterskor och stängda operationssalar behövs avlastning för handledarna för att arbetsbelastningen är hög. Den kliniska utbildningen som sker inne på operationssalen ställer stora krav både på handledare och den som utbildas. Det saknas ofta tid för att lära ut alla moment i den perioperativa vården och för eftertanke och reflektion.

Detta innebär en extra utmaning när regeringen även utökat utbildningsansvaret, som leder till fler studenter under VFU jämfört med tidigare. Risken är stor att våra studenter inte får förutsättningar att uppnå sina lärandemål och att nya kollegor får en otillräcklig introduktion. Vårt syfte med utbildningssalen var att utveckla en interprofessionell handledningsmodell som skapar en god lärandemiljö och stärker teamkänslan. Vi ville skapa utrymme för förberedelse, diskussion och reflektion.

På utbildningssalen ges alla våra yrkeskategorier på operation möjlighet att lära om, av och med varandra. De får utvecklas under lugna och kontrollerade former, med stor vikt lagd på förberedelse och reflektion. Vi skapar tid till bättre lärandemiljö genom att begränsa operationstiden till 60 procent av den totala salstiden. På en vanlig operationssal finns det inte alltid möjlighet till reflektion, då det inte kan förloras tid gentemot produktionen.



Foto: Marie Sigegård

Tack redaktionen på Uppdukat, för möjligheten att få berätta om våra kliniska utbildningssalar i Kristianstad och Hässleholm

Tid är vår viktigaste faktor i utbildningssalen, tiden skapar möjligheter!

Citat från medverkande: *“Mycket bra! Tycker alla personalkategorier har fått utrymme för lärande aktiviteter under dagens lopp, tycker lärandemiljön varit lugn och metodisk, operatörerna har varit pedagogiska och öppna för att undervisa/förklara”, “Mkt god eftersom vi alla fick ta tid på oss dessutom öppet klimat för frågor”.*

Tillsammans med operationsplanerare väljs lämpliga patientkategorier och ingrepp ut för att passa den nivå som studenterna och introduktionerna befinner sig på och för att skapa kontinuitet. Teamet består av anestesiläkare, operatörer, handledande specialistsjuksköterska på operation och anestesi, operationssjuksköterska-/ anestesisjuksköterskestudent, undersköterska på operation samt undersköterska för anestesi. Ibland handleder även undersköterskorna. Handledarens roll är att anpassa handledningen efter studenternas kunskapsnivå.

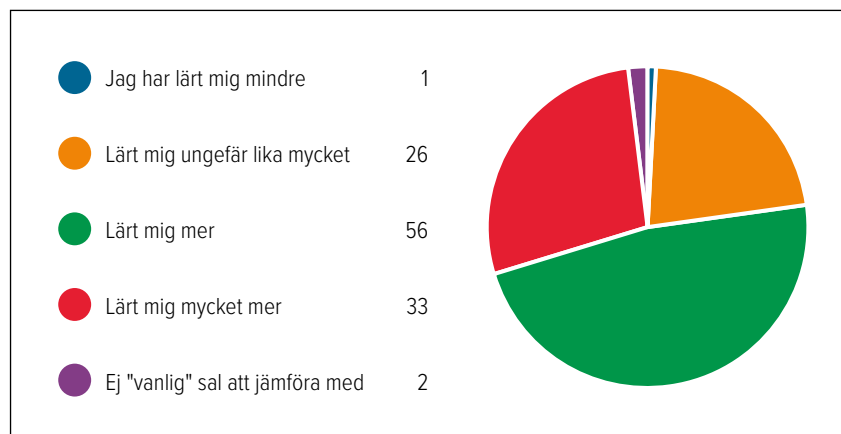
Tid läggs på teamets förmåga att bemöta patienten, kommunicera och samverka. Vi försöker utveckla vår förmåga att jobba efter Crew Resurs Management (CRM). Vi optimerar teamarbetet genom att uppmuntra till öppet klimat. Genom att lära av varandra får vi en ökad förståelse och fördjupar den egna kompetensen. Vi jobbar strukturerat efter dokument och metoder som exempelvis SBAR, det skapar trygghet, tydlighet och säkerhet.

Patienten skall inte vistas längre än nödvändigt på operationssalen, bara för att det är en utbildningssal. Det är i förberedelsefasen och reflektionsfasen som den mesta tiden läggs. Det är viktigt att handledarna låter studenterna vara aktiva i de moment som de kan hantera, men också ta ansvar för att vårdtiden inte förlängs. Det är fokus på att patientens integritet och värdighet behålls. Endast de som har en patientnära roll bör befinna sig på operationssalen.

Morgonmöte

En dag på utbildningssalen startar med ett morgonmöte. Morgonmötet syftar till att skapa bra flöde och patientsäkerhet

Figur 1: I vilken grad uppskattar du att medverkan i utbildningssalen motsvarar en vanlig dag gällande kunskapsinhämtning/lärande?



under hela dagen. Vi startar med att presentera oss och checka salen. För att sedan gå igenom dagens planerade ingrepp. Vi delar varandra om operationens ingrepp och metod. När operatör är med kompletteras det med fördjupad kunskap kring operationen. Vi tar upp saker som utrustning, eventuella instrument, MT, förband och mobilisering. Därefter går vi igenom patientens anamnes, anestesimetod, positionering av patient och komplikationsrisker. Alla kommer till tals med frågor och vi skapar en teamkänsla inför arbetsdagen. Fokusområden som kommunikation och god lärandemiljö tas upp. Morgonmötet bidrar till färre oklarheter och frågeställningar genom hela dagen. Mötet tar ungefär 20–30 minuter, sedan går teamet och förbereder sig inför dagens operationer.

Citat från medverkande: *“Det är jät-tebra att få en genomgång av dagen och teamet innan dagen börjar, man känner sig tryggare och säkrare”, “Informativt och strukturerat. Bra att operatör var med och förklarade”.*

Vi har lunchuppehåll i 45 min. Programmet är anpassat så att vi ska kunna vara färdiga med sista patienten i god tid. Efter avslutat operationsprogram återsamlas operationsteamet i ett konferensrum kl. 15.00 för en strukturerad reflektion. Under reflektionen med hela teamet försöker vi skapa en avslappnad miljö. Varje deltagare får tid att komma till tals och uttrycka sina åsikter.

Citat från medverkande: *“Mycket bra. Då kan vi prata igenom vad som var bra och mindre bra. Om det behövs ändra något till nästa gång”*

“Bra. Skönt att tillsammans kunna knyta ihop dagen. Intressant att ta del av de andras upplevelser av dagen.”

Efter reflektionen avslutas dagen genom att fylla i en digital utvärdering. Alla deltagare utvärderar fokusområdena och de olika delarna i konceptet. Sammanfattningsvis gläder det oss att 75 procent av alla deltagare tycker att de lärt sig mer eller mycket mer i jämförelse med att vara på en vanlig sal (se figur 1).

Utmaningar i uppstarten har varit att nå ut med information och syfte till alla berörda verksamheter. Att tydliggöra att fokus ligger på lärande och inte på produktion har också varit en utmaning. Vi har flera visioner inför framtiden och vill gärna fortsätta utveckla vår utbildningssal efter den positiva respons vi fått från hela verksamheten, studenter och nya kollegor.

Citat från medverkande: *“Jag har fått känna mig duktig och få tid att klara av alla delar som ingår i mitt framtida jobb.”*

Hoppas att Ni tycker att det har varit intressant läsning om våra kliniska utbildningssalar. Om någon skulle vilja veta mer eller kanske komma på besök till oss, så är det bara att höra av sig. ●

Fakta: Björn Johansson och Gunilla Gunnarsson. Klinisk lärare/Utbildnings-sjuksköterska, Utbildning, Skånes sjukhus nordost, bjorn.m.johansson@skane.se, gunilla.gunnarsson@skane.se

Provets väg från lab

Varför tar det så lång tid att få svar från patologen? En ytterst relevant fråga. Det finns vissa begränsningar att arbeta och hantera vävnadsprover och vissa delar av flödet tar tid bland annat fixering och dehydrering. Provet tas omhand i de olika stegen på patologi-labbet (närmre beskrivning nedan), registrering, fixering, utskärning, dehydrering, inbäddning, snittning, färgning, scanning och diagnostik.

Från det att ett vävnadsprov tas från patienten till att det når patologen så är det väldigt viktigt att det hanteras på rätt sätt. Direkt när provet tas ska det förvaras på kyla/is eller i en avsedd burk eller påse som sedan lämnas till patologen. För att förruttnelseprocessen ska stoppas och vävnaden börjar fixeras i stället för att brytas ner.

Prov kan anlända till patologen på tre olika sätt; i färskt tillstånd (direkt från operation), i burkar fyllda med formaldehyd 4% (formalin), eller i vakuumpåsar. Exempel på ett färskt prov kan vara en lunga. Anledningen till att provet ska komma till oss färskt är för att fixeringen ska vara optimal. Lungan anländer färsk och fylls upp av en biomedicinsk

analytiker (BMA) med formalin genom (se bild 1).

Att det inte räcker att stoppa lungan i en avsedd burk/behållare med formalin beror på att fixeringen inte blir optimal, risken att preparatet ruttnar från insidan är större och diagnostiken blir svårare i och med att kvaliteten blir sämre. Om formalinen får arbeta både från utsidan och insidan av lungan kommer fixeringstiden att kortas och det ger i förlängningen en bättre morfologi (hur cellerna sitter samman) av preparatet. Prover som ankommer direkt i burkar med formalin kan vara hudexcisioner och mindre biopsier. Mängden formalin i förhållande till provets storlek är viktig för fixeringen. För optimal fixering behöver mängden formalin vara 1:20.

Fixering

Prov kan även anlända i SealSafe-påsar (se bild 2). SealSafe är det säkraste sättet för operationspersonal och laboratoriepersonal att hantera vävnadsprover på. Sealsafe bygger på vakuumteknik. Provet, exempelvis en appendix, placeras i en avsedd plastpåse och läggs i instrumentet (SealSafe), provet vägs och rätt mängd formalin fylls på i vakuum-

påsen. BMA anger även om provet är färskt eller delvis fixerat. Detta gör att vi får en kontrollerad fixering och transport av våra prover. Fixering tar 24 - 48 timmar beroende på vävnadens täthet och storlek. Alla prover måste vara fixerade innan de går vidare till nästa steg i labbprocessen. För att få ett optimalt resultat är det viktigt att vävnaden inte fixeras för länge. För lång fixering gör att epitopen (ytan på cellerna) blir svår att detektera med exempelvis immunhistokemi och molekylära analyser.

Immunhistokemi bygger på att det går att detektera olika proteiner i våra celler genom att antikroppar binder in till specifika antigen på cellytan. Blir vävnaden fixerad under för lång tid så kan inte antikropparna binda in och det blir ett felaktigt resultat, vilket i sin tur kan påverka diagnostiken. Samma sak gäller för de molekylära analyserna. En del prover omhändertas färska och fixeras efteråt. Vanligtvis har man tre olika typer av utskärning på en patologiavdelning, smått (endast BMA), stort (BMA/labbiträde + läkare) och delegerad utskärning (BMA med utbildning för det organet).

Patientsäkerhet

Inom patologin i Skåne idag använder vi vårt laboratorieinformationssystem (LIS) för att dokumentera och eventuellt ta bilder på våra prover. En stor skillnad från förr var att vi använde separata kameror för att ta bilder på proverna för att sen koppla ihop med rätt patient. Idag är patientsäkerheten bättre på våra utskärningsplatser tack vare att varje objekt som skapas när remissen och burk registreras in blir unika. Det går endast att arbeta med en burk åt gången när personalen arbetar på utskärning. Det är på utskärningen som den första bedömningen av provet görs. Här tas relevanta bitar för att kunna ställa en mikroskopisk diagnos. Vilka bitar som tas beror på vilken typ av preparat det är och vilken typ av

Bild 1

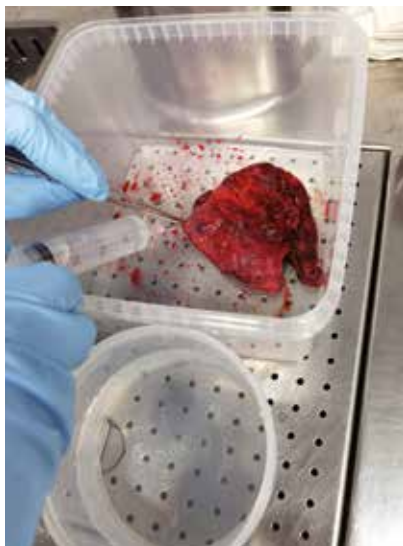


Bild 2



frågeställning. Olika prover har olika utskärningsprotokoll och variationen är stor. För att underlätta orienteringen vid diagnostik används tuschen. Tuschen är en markering för att underlätta för patologen vid diagnostik.

När provet är utskuret så måste det dehydreras. Dehydreringen innebär att man genom stigande alkoholkoncentration driver ut vattnet ur provet. Detta måste göras för att kunna skapa de klossar som BMA sedan ska bädda in och snitta. Processen i ett dehydreringsinstrument tar olika tid beroende på vävnadstyp och hur stora bitarna är. Max tjocklek på alla bitar som tas är 4 mm, men längd och bredd kan variera. Standardprogram tar cirka 11 - 12 timmar, men det finns de prover som kan gå i betydligt kortare program och det beror på att vissa instrument använder mikrovågsteknik vilket påskyndar processen, men det fungerar bara för små biopsier. Exempelvis så kan det användas till tarm px. Vanligtvis körs de flesta proverna över natten.

När proverna är dehydrerade måste de bäddas in så att en kloss skapas. Inbäddningen kan ske både maskinellt och manuellt. De prover som kräver manuell hantering är de som måste orienteras. Ett exempel på det är px från tarm. Dessa måste ställas på kant för att patologen ska kunna se alla cellager och slemhinnor. Inbäddning är ett finmotoriskt arbete och helt avgörande för att proverna ska kunna bedömas på ett korrekt sätt. Proverna bäddas in i paraffin. Paraffinen är från början smält och flytande när BMA jobbar med prover så fyller hen på paraffin när orienteringen är gjord och ställer klossarna på kyla så att de stelnar.

Snittning

Nästa steg i processen är snittning. Här används en mikrotom för att kunna skapa tunna snitt som sedan läggs på objektglas med unika ID. Snitten är normalt 3 µm tjocka. För att kunna få fina snitt krävs det att de tidigare stegen i processen har utförts väl. Är bitarna från utskärningen för tjocka så blir dehydreringen inte bra och snitten blir svårare att ta. Dessutom blir morfologin kraftigt försämrad.

När snittningen är klar måste de färgas in för att patologen ska kunna bedöma morfologin. Som standard färgas alla glas

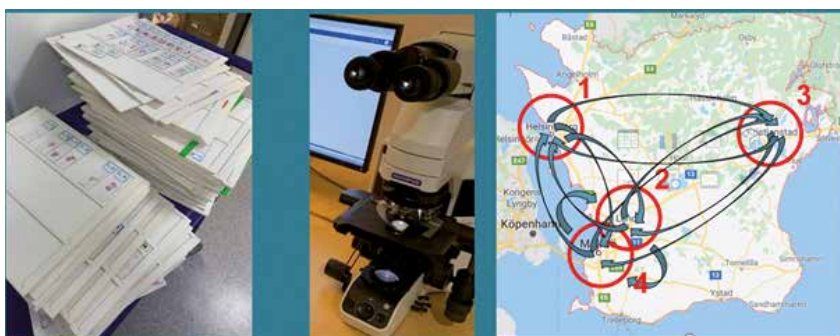


Josefin A Persson

in med en färgning som heter hematoxylin och eosin (HE). Färgningen sker i ett färginstrument för att det ska bli en jämn färgkvalitet. Cellkärnorna kommer att få en lila/blå nyans medan cytoplasman får en rosa färg. Skillnaden i färgen gör att man kan se hur cellerna växer i aktuellt prov, om cellen ser normal ut eller om den växer på ett avvikande sätt. Utifrån de bitar som tas vid utskärningen går det att bedöma om det är en tumör, om den är radikalt bortopererad och i ett senare skede går det även att bedöma vilken typ av tumör det är. Är det en primärtumör, är det en sekundärtumör, är det en metastas? Frågorna är många och de flesta kommer kunna besvaras.

När alla glas är klara (färgade) går de i en scanner. Att scanna glasen innan diagnostik är ganska nytt. I Skåne har vi scannat alla våra glas sedan 2019. När glasen är scannade bedöms de scannade bilderna av en BMA, det som kontrolleras är: färgningens kvalitet, är det rätt vävnad på glaset, har alla bitar kommit med osv. Detta steg underlättar för patologen som senare ska kunna ställa en diagnos. Varje glas tar mellan en och två minuter att scanna.

Bild 3



När glasen är scannade hamnar de direkt i vårt LIS, här kan patologerna på ett enkelt sätt gå in i aktuellt patientfall, få upp alla glasen på en skärm och påbörja sin diagnostik. Detta arbetssätt skiljer sig väldigt mycket från hur en patolog arbetade tidigare då alla glas mikroskopades.

När patologen gjort sin första bedömning av HE-glaset kan det komma att behövas ytterligare analyser för att kunna besvara de kliniska frågorna. Det kan vara allt från att nya snitt med HE måste tas för att alla celler inte visas på de första glasen, det kan vara att man måste göra andra typer av färgningar för att se vilken typ av celler det är och eventuellt kunna veta vilken typ av tumör det är. För bröstpreparat finns det ett färdigt protokoll (enligt vårdprogram) för vilka typer av extra analyser som ska utföras och de svarar på vad det är för typ av tumör och hur den ska behandlas. Detta steg är ett väldigt viktigt steg för ställningstagande till vilken behandling man ska ge patienten.

En ny era

Under våren 2019 så startades en ny era inom patologi i Skåne. De fyra patologiavdelningarna i Skåne började scanna alla glas. Vid införandet var vi den största installationen i världen och ännu mer unikt var att vi var fyra olika orter kopplade till samma system. Tidigare låg det mycket arbete med att hantera glas, lämna ut glas, hitta glas, skicka glas, arkivera glas, hämta upp glas från arkiv. I och med att vi scannar och arkiverar dem direkt så sparas avsevärd tid. All denna hantering av glas har nu minskat i och med att vi scannar dem och sedan arkiverar vi dem, mindre än 1% av de glas som vi hanterar dagligen behöver vi hämta från arkivet. Tidigare bestod en patologs arbetsstation av dator + skärm och mikroskop (se bild 3).

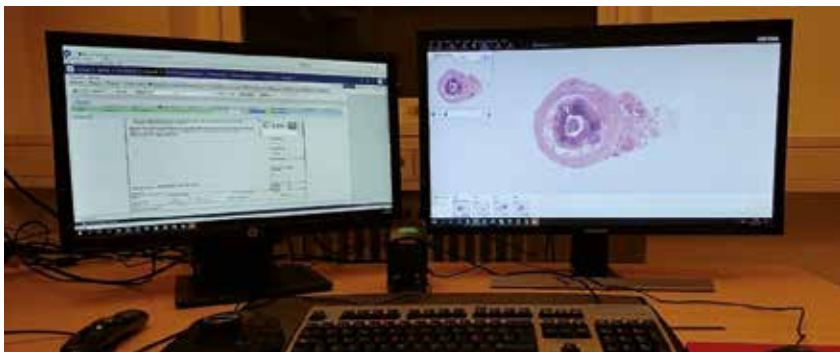


Bild 4

Idag ser den lite annorlunda ut den består av två skärmar, varav den ena är en högupplöst skärm med bättre skärpa, en 3D-mus som ska få förflyttningen på skärm att efterlikna den rörelse som patologerna är vana vid från mikroskopet (se bild 4). I vissa rum står mikroskopet fortfarande kvar, men används väldigt sällan.

De största fördelar vi ser med att vi har blivit digitala är att vi har direkt åtkomst till alla PAD i Skåne. Systemet

är sömlöst och vi vinner både tid och kvalitet, vi kan undervisa på ett lättare sätt och vi kan även konsultera kollegor på ett smidigare sätt. Vi ser även stora fördelar med att kunna fördela våra inkommande prover efter var vi har bäst förutsättningar på labben, eftersom patologerna, oberoende av arbetsplats, kan diagnosticera Region Skånes fall. Vi har sett stora vinster med detta i och med pandemin där vi knappt märkbart tappade i svarstider trots att vi hade mindre personal tillgänglig.

Hur lyckades vi? En målmedveten satsning från Region Skåne. Tydliga mål mellan alla parter, både leverantörer och verksamhet. Strategisk projektgrupp, och inte minst engagerade medarbetare och chefer. Vi gjorde ett tekniskt val att integrera journal med bild. Vi var även väl förberedda på våra laboratorier där vi under en lång period innan driftsättningen standardiserade många av våra arbetsmoment för att få ett optimalt resultat när vi sedan skulle scanna in våra glas. Bland annat började vi snitta tunnare snitt, vi skar mindre bitar, vi la ner mindre vävnad i varje kloss allt för att scanningen skulle bli perfekt. Idag sker i princip ingen omscanning av glas.

Såklart fanns det utmaningar exempelvis driftsätta under pågående klinisk verksamhet, få alla tekniska aspekter på plats samtidigt, få all fysisk utrustning på plats och den absolut största att få personalen med på banan. ●

Poster till Höstkongressen 2022

Kunskap och Inspiration

Varmt välkommen att delta med en poster vid Höstkongressens posterutställning Kunskap och Inspiration! Postern ska handla om ett projekt eller utvecklingsarbete från operationssjuksköterskans perspektiv, exempelvis utveckling av rutiner för säkrare vård, vårdmiljö, kvalitetsuppföljning, infektionsregistrering, dokumentation, handledning, utbildning, ledarskap, personcentrerad vård m fl områden. Observera att det inte behöver vara avancerade forskningsprojekt som presenteras, kvalitetsarbeten och utvecklingsprojekt är varmt välkomna.

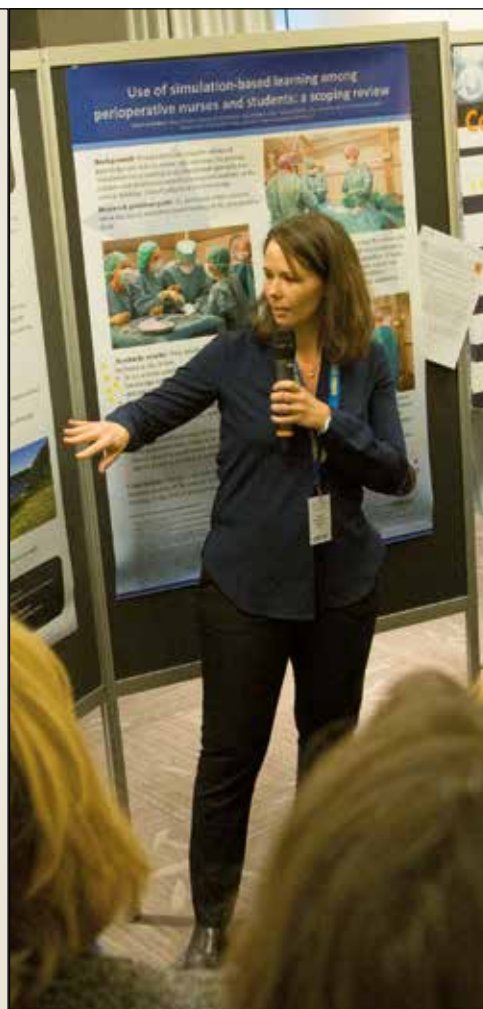
Om du/ni vill delta, börja med att skriva ett abstrakt (med bakgrund, syfte, metod, resultat & slutsats om ca 300 ord) som beskriver arbetet du/ni vill presentera. Abstrakt mailas till Vetenskapliga rådet vetenskapligaradet@rfop.se senast den 14 oktober. Vetenskapliga rådet granskar därefter alla inkomna abstrakt och meddelar när ni kan gå vidare och utforma postern. Meddelande om godkänt abstrakt sker via mail senast 31 oktober.

Tydliga instruktioner för posterns format meddelas efter att abstrakt godkänts och kommer också att läggas ut på RFop hemsida.

En kongressdeltagare/poster som presenterar sin poster vid Höstkongressen betalar reducerad anmälningsavgift. Pris för bästa poster kommer att utses.

Hälsningar

RFop Styrelse och RFop vetenskapligt råd



BESTÄLL NY RÖKUTSUG!



Testa miljövänliga rökutsugspennan, C-VAC Tornado



Beställ filter SmokeTrap 100 hos Instrumenta



Er befintliga rökutsug kan enkelt bytas ut mot den nya.

- Uppstart omedelbart
- Startar med högsta sugeffekt
- Låg ljudnivå



Informationsfilm

Välkomna att boka en kostnadsfri utprovning!

Uppdukat har fått en ny redaktör

”Jag såg möjligheterna och tog mig utanför Sverige, när anställningsstoppet hägrade i Sverige”

Mitt namn är Mikael Kristiansson. Jag är specialistsjuksköterska inom operation- och barnsjukvård och har även en Masterexamen i omvårdnad. Jag började tidigt att intressera mig för vårdyrket. Inte minst för att jag älskar att arbeta med människor, men även för möjligheterna att hjälpa andra, kollegialt, är något unikt för sjuksköterskor.

Jag började min utbildning till sjuksköterska 2002, i det relativt nya universitetet i Karlstad. Färdig blev jag 2005.

Under min studietid breddade jag min kompetens och intuitivt, likt många andra, var akutsjukvård det som lockade mig. Variationen av åkommor var det som lockade mig till akutsjukvården och

tillika det som fick mig att bli intresserad av kirurgi. Likt många andra upplevde jag traumateamet från operation som något speciellt, men det tog mig många år att komma till insikt om var jag egentligen hör hemma. I brist på jobb i Sverige, under en rådande tid där anställningsstopp var kutym. Sökte jag mig mot grannlandet Norge. Inte bara för att man som sjuksköterska fick lön för mödan, men också för att rekryteringarna frodades längs grannlandet. Medan Sverige såg på när skiktet av personalen minskade, såg Norge i stället möjligheterna och patientsäkerheten som de primära.

Det var i Norge, många sjuksköterskor med svensk examination tog sina första steg utanför sparkdräkten. Jag var inte ett undantag. I Norge, specifikt Oslo, sökte jag mig återigen mot kirurgin. Jag visste ju trots allt var intresset låg och huruvida jag ville utvecklas i min roll som sjuksköterska. Norge varade inte för evigt, Sverige började återigen att rekrytera, och det skulle gå fort.

Tillbaka i Sverige

Likt en explosion, behövde avdelningarna personal, tjänster började utlysas samt ansvaret för en sjuksköterska blev över en natt större än någonsin. Sveriges sjuksköterskor började helt plötsligt att ropa högre och kräva mer. Fasta jobb, bättre löner och skäligare arbetsvillkor. Listan kunde göras lång om de krav som ställdes, men den kan också göras lång om vilka krav som inte infördes. Längtan och eftergiven till att återgå och flytta tillbaka till Sverige, fick mig att söka jobb på det som då, var Nordens bästa barnsjukhus, Drottning Silvias barn- och ungdomssjukhus. Med lite erfarenhet inom barnområdet, hamnade jag inom



Mikael Kristiansson

barnkirurgin med några av landets bästa barnkirurger. För att fördjupa min kompetens inom barnsjukvård, läste jag utbildningen specialistsjuksköterska inom barn och ungdom. Samtidigt som jag arbetade hårt för att leverera som sjuksköterska inom barnkirurgi. Mitt examensarbete inom utbildningen berörde pappors upplevelse av bemötande av BVC-sjuksköterskan. Som var en del av ett förbättringsarbete på familjecentralen om ett jämställt föräldraskap.

Att arbeta i team och samarbeta med andra professioner samt en dröm från start fick mig att bli operationssjuksköterska och 2018 tog jag steget. Det var dags att lämna den bekväma sfären och läsa till operationssjuksköterska. Jag tror på att ett starkt teamsamarbete leder till en ökad patientsäkerhet. Det var därför jag och min sambo, valde att skapa ett gemensamt examensarbete som fokuserade på anestesi- och operationssjuksköterskors upplevelser av teamarbetet. Det finns entydig information att samarbetet inte alltid fungerar så bra, och det var också det som fick

Höstkongressen 2021 öppnade upp mina ögon för riksföreningens viktiga arbete för operationssjukvården i Sverige.

mig att bli operationssjuksköterska. För att stärka, och implementera idéer som stärker samarbetet interprofessionellt.

Operationssjuksköterska

Jag började min yrkeskarriär som operationssjuksköterska på Östra Sjukhuset, nästan mitt under en rådande pandemi som påverkade hela infrastrukturen inom all operationsverksamhet i Sverige. Operationer ställdes in, men belastningen på jourtid ökade. Mångfaceterad kirurgi inom alla områden skulle nu utföras inom hela länet, men det var också entydigt att spridning och metatesering hos patienterna nu hade ökat, vilket skapade mer avancerad kirurgi, men också tuffa beslut inom läkarkåren. Det var en tuff arbetsmiljö, folk slutade

av oklara anledningar och jag började helt bli nyfiken på ett nytt område som under lång tid fascinerat mig. Tre år senare, med kompetens inom avancerad buk kirurgi, valde jag att bredda mig och sökte till neurokirurgiskoperation på Sahlgrenska Universitetssjukhuset. Det är där jag befinner mig idag och utvecklas varje dag.

Höstkongressen 2021 öppnade upp mina ögon för riksföreningens viktiga arbete för operationssjukvården i Sverige. Detta fick mig att ytterligare ta ett steg och breddar mig, som redaktör i tidningen Uppdukat. Jag ser framemot att vara en del i redaktionen och skapa viktiga/nyttigt innehåll i tidningen för vår profession in i framtiden. ●

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.**

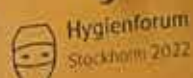
Kontakta Marcus Ragnarsson för mer information
Telefon 0705 89 63 32
Mail marcus.ragnarsson@crcmed.com
Webb crcmed.com





Porträttet

Birgitta Å Gustafsson



Mer än 50 år inom Operationssjukvården

Birgitta valde som 18 åring 1969 två månaders praktik i undersköterskeutbildningen på Ortopedoperation på Södersjukhuset, SÖS, i Stockholm. Begeistringen för operationssjuksköterskans arbete på operationsavdelningen blev upptakten till mer än 50 år av operationssjukvård ur olika perspektiv. Sjuksköterskeexamen vid Röda Korsets sjuksköterskeskola och specialistutbildningen inom operationssjukvård ledde till fortsatt arbete på Ortopedoperation SÖS. Där vaknade det pedagogiska engagemanget och hon fick tidigt ansvar för introduktion, vägledning och lärande för nya medarbetare och studenter på avdelningen.

Hon såg att kombinationen av operationssjuksköterskans förankring i traditionella kunskaper och i ny kunskapstradition via forskning om patienten och operationen, hygien och aseptik, medicintekniska innovationer, kollegialt samarbete och lärandet inom operationssjukvården var perfekt för kontinuerlig vidareutveckling av operationssjukvården.

1982 antog hon erbjudandet om ett vikariat som lärare i specialistutbildningen till operationssjuksköterska, dels för att få utbilda sjuksköterskor inom det egna favoritområdet och som meritering inför antagning till vårdlärarutbildningen. Det var det året då examensarbete infördes i landets specialistutbildningar och som kom att bli en del av utbildningen därefter. Huvudfokus från 1984 har varit utbildning av operationssjuksköterskor kombinerat med tjänstgöring som operationssjuksköterska och vårdutvecklare på klinik. För att få fortsätta undervisa blivande operationssjuksköterskekollegor lästes en magister och en doktorsexamen in

över tid samt ämnet pedagogik vilket så småningom ledde till en lektorstjänst vid Karolinska Institutet (KI) kombinerat med vårdutveckling på klinik. Birgitta har också jobbat kortare perioder som chef och även som Administrativ kursledare för Företagsläkarutbildningen vid Arbetsmiljööinstitutet. Men det främsta engagemanget har alltid varit de blivande operationssjuksköterskekollegornas lärande och vårdutveckling på operationsavdelningen tillsammans med yrkeserfarna operationssjuksköterskekollegor.

Samarbetet mellan operationssjuksköterskor på sjukhusen i Stockholm har alltid varit stort och tillsammans med de ansvariga för operationssjuksköterskeutbildningen på St. Görans sjukhus och Karolinska sjukhuset Solna resulterade det bland annat i grunden för operationssjuksköterskestudenters nationella kliniska examination (NKSE) i specialistutbildningen.

Driva specialistutbildning

Ett mer eller mindre uttalat krav för att driva specialistutbildningen på landets





Birgitta Å Gustafsson

högskolor och universitet på 2000 talet var en disputerad lärare som examinator med ämneskunskaper från specialist-sjuksköterskeexamen och pedagogiska meriter. Det fanns inte så många kvalificerade då inom utbildningen så tjänsten som examinator vid specialist-sjuksköterskeprogrammet vid KI kom därför att delas med en tjänst som examinator vid Umeå Universitet 2010 och uppdrag vid

Universitetet i Göteborg med undervisning, handledning och examination av examensarbeten, lägg därtill klinisk vårdutveckling och uppdrag inom Riksföreningen för operationssjukvård, RFop så förstår man att Birgitta kände sig själv under senare år som "handelsresande" i operationssjukvård.

Ett par år efter familjens flytt till Skåne erbjöds Birgitta hösten 2015 en deltidstjänst som examinator vid Specialist-sjuksköterskeprogrammet Operationssjukvård Lunds universitet. Tjänsten kombinerades med klinisk vårdutvecklingen och handledningen på operationsavdelningen vid Karolinska universitetssjukhuset Huddinge och KI CLINTEC. De delade examinatorsuppdragen har varit möjliga på grund av prima samarbete med de engagerade och skickliga kursansvariga lärarna i de olika Specialistutbildningsprogrammen i Operationssjukvård.

Hedersmedlem

Riksföreningen för operationssjukvård är enligt Birgitta en briljant arbetande förening inom Svensk Sjuksköterskeför-

ening för landets blivande och yrkesverk-samma operationssjuksköterskor. Hon har uppskattat uppdraget som pedagogisk talesperson och att ha varit en av medlemmarna i det vetenskapliga rådet. Vetenskapliga rådets medlemmar äger ovärderlig nationell och internationell kunskap inom operationssjukvård och har därför en avgörande betydelse för vidareutvecklingen av framtidens svenska operationssjukvård.

Den röda tråden genom åren som operationssjuksköterska, lärare, forskare och medlem i RFop har varit glädjen i möten och samarbete med studenter, patienter, närstående och medarbetare i vård och utbildning. Främst har Birgitta haft ett nationellt perspektiv i fokus men det hade varit omöjligt utan det internationella perspektivet för kontinuerlig vidareutveckling av operationssjuksköterskans utbildning och professionella vårdande inom operationssjukvården.

På Höstkongressen 2021 offentliggjordes att Birgitta Å Gustafsson valts till Hedersmedlem i Riksföreningen för operationssjukvård 2022. ●





En bra utbildning håller vad den lovar



KONFERENS

18-19 oktober, Stockholm eller på distans

Framtidens operationsavdelning

Välkommen till konferensen där du får kunskap och inspiration för att skapa framtidens operationsavdelningar!

- ✓ Praktiska ventilationslösningar
- ✓ Hur påverkar teknikutvecklingen framtidens operationsavdelning?

- ✓ Ny- och ombyggnation: praktikfall
- ✓ Att driftsätta en ny operationsenhet – erfarenheter från Akademiska sjukhuset

SCANNA QR-KODEN

 FÅS HELA PROGRAMMET

SPONSORER:

Dräger

MedicSolution
NORDIC AB

Lindner

GETINGE

MEDICVENT

SIEMENS
Healthineers

www.sifu.se



Instrumentbord i två plan med LED-belysning

- FRIGÖR GOLVYTA PÅ SAL
- ERGONOMI
- ORGANISERA
- VISUALISERING

Snabbare dukning med specialkonstruerad drapering.

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



Nyligen genomförd disputation

Vendela Scheer

Redaktionen vill uppmärksamma Vendela Scheer, operationssjuksköterska och doktorand vid Institutionen för biomedicinska och kliniska vetenskaper, avdelningen för inflammation och infektion Linköpings Universitet som disputerat sin avhandling "*Perioperative Strategies to Prevent Surgical Site Infection After Shoulder Surgery*". Disputationen hölls den 3:e juni 2022 vid Belladonna, Linköpings Universitet.

Opponent

Professor Bo Söderquist, Institutionen för medicinska vetenskaper, Örebro universitet

Huvudhandledare

Anders Kalén, Docent Ortopedkliniken vid Universitetssjukhuset i Linköping.

Perioperative Strategies to Prevent Surgical Site Infection After Shoulder Surgery

Att drabbas av en infektion efter en operation (postoperativ sårinfektion, PSI) kan leda till svårt lidande för den enskilde patienten. Det kräver minst en reoperation samt långvarig antibiotikabehandling, men även värk och nedsatt funktion i den drabbade leden. Vården blir drabbad på flera plan, dels vad gäller kostnader för att behandla den enskilde patienten, dels att annan vård får vänta för att ge plats åt de infekterade patienterna. I dagens moderna operationsmiljö där bland annat luften renas och personalkläderna som används är extra täta för att inte våra hudbakterier ska släppas igenom, är orsaken inte att bakterierna från omgivningen orsakar PSI, utan patientens egna bakterier. För att minska bakteriehalten på huden tvättas den del av kroppen som ska opereras med Klorhexidinsprit. Idag



drabbas mellan 0,3–5 % av en infektion efter planerad axelkirurgi, och *Cutibacterium acnes* (*C. acnes*) är den bakterie som är orsaken i de flesta fallen. *C. acnes* tillhör vår normalflora och finns framför allt nere i hårsäckarna, och blir på så sätt omöjlig att tvätta bort. När kirurgen skär igenom huden så frisätts dessa bakterier ner i operationssåret. Om bakterierna i operationssåret blir tillräckligt många binder de fast vid det kroppsfrämmande materialet, som kan vara en protes, eller ett suturmateriäl, och bildar en så kallad biofilm vilket gör bakterierna 1000 gånger mer motståndskraftiga mot antibiotika eller kroppens eget immunförsvar. Detta leder till att det behövs minst en opera-



tion för att ta bort material och/eller byta ut protesen samt revidera mjukdelar. Detta problem har lett till flera innovationer där olika förberedelser av huden innan operation testas.

Det övergripande syftet med den här avhandlingen var att undersöka olika strategier för att minska risken att drabbas av en postoperativ sårinfektion efter axelkirurgi. Fokus har varit bakteriehalt på huden. En väl utvecklad och testad teknik för att odla på frisk hud är essentiell för att kunna utvärdera olika förberedelser. Någon standard för detta finns inte, och efter flera olika försök fick vi fram en teknik som väl fångade upp hudbakterierna, inklusive *C. acnes*, Pencil Eraser Swab technique (PES). Den första studien är en jämförelse av PES tekniken med två andra välkända tekniker. PES – tekniken visade sig vara bättre på att fånga upp antal bakterier. Det är den teknik vi sedan använt oss av i de övriga tre studierna. *C. acnes* är även involverad vid hudsjukdomen akne, som sedan mer än 50 år behand-

lats med Bensoylperoxid (BPO) som har en bakteriedödande verkan på *C. acnes*. Vid behandling av akne behandlas huden under en längre tid. Vi ville se om bakteriehalten gick att få ner på huden runt axeln om patienten smorde in sig med BPO vid fem tillfällen före operation, med början 48 timmar innan. Vi vet sedan tidigare att operationstiden påverkar risken att drabbas av en infektion. Därför ville vi mäta bakterienivån även vid operationens avslut. I två studier har vi jämfört detta mot en kontrollgrupp, den första var med 40 frivilliga deltagare, och den efterföljande med 100 patienter som opererades i axeln. Efter att operationen är avslutad förses operationssåret med ett förband, vars uppgift är att skydda såret mot mekanisk påverkan, bakterier, samt suga upp vätska. Det finns idag ingen evidens för vilket förband som är bättre än något annat för att täcka ett kirurgiskt förslutet sår. Vi ville se hur mycket bakterier som växer under tre olika typer av förband.

Fynd i den här avhandlingen är i huvudsak:

- BPO minskar *C. acnes* på huden före operation och minskningen kvarstår vid operationens slut.
- Även den totala mängden bakterier minskade före, under och vid operationens avslut i jämförelse med kontrollgrupp.
- Män hade 5 ggr mer *C. acnes* på obehandlad hud än kvinnor.
- Återväxten av bakterier är högre under täta än under luftiga förband.

Vi gratulerar Vendela Scheer till ett väl genomfört och viktigt arbete! ●

För mer information kontakta Vendela Scheer via epost: vendela.scheer@liu.se

Operativ hysteroskopi utan kapitalkostnad eller komplexitet



LiNA OperåScope™

Operativt hysteroskopisystem för engångsbruk

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

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

KEBOMED

MYORCO

My Operating Room Nurse Coach – ett Erasmus projekt

En digital plattform och utbildningsmodell inom perioperativ omvårdnad inom operation- och anestesissjukvårdsutbildning utvecklas inom detta europeiska projekt. Deltagande partner från Sverige-Barnoperation/Barn PMI, Astrid Lindgrens Barnsjukhus/ Karolinska Universitetssjukhuset, Stockholm.

Vi presenterade första gången detta projekt i tidigare Uppdukat under våren 2021. Här kommer en kort presentation om hur projektet fortlöper inom detta europeiska projekt där målet är att skapa en flerspråkig digital lärplattform där den basala kunskapsribban sätts inom den perioperativa omvårdnaden inom operations- och anestesissjukvård.

Målet med projektet är att skapa ett hundratal pedagogiska videor inom flertalet av kirurgiska specialiteter samt anestesissjukvård så att operationssjuksköterskor och anestesissjuksköterskor kan utbildas i de basala grundkunskaperna inom yrket i Europa och övriga världen. I och med att utbildningsverktyget är digitalt så kan kollegorna utbildas oavsett var de befinner sig, när som helst och på ett mer självständigt sätt.



Projektgruppen består av partners ifrån yrkesorganisationer, utbildningscentra, universitet samt universitetssjukhus från Belgien, Finland, Frankrike, Grekland, Tjeckien och Sverige.

Tidsplanen för projektet är att det genomförs under tre år, startades 19 november 2020, kommer att presenteras i sin helhet under senhösten 2023. Därefter kommer verksamheterna att kunna få ta del av verktyget för att användas inom sin egen organisationskontext på olika operationsenheter.

Barnoperation på Astrid Lindgrens barnsjukhus/Karolinska Universitetssjukhuset i Solna, bidrar till projekt-målet genom att beskriva och definiera **pediatrisk perioperativ omvårdnad** vad gäller instrumentering inom flera kirurgspecialiteter med utgångspunkten utifrån barnperspektivet, de perioperativa omvårdnadsbehov barn har beroende på ålder, storlek och mognad i samband med barnets operation. Projektets förväntas bidra till en ökad vårdkvalité och patientsäkerhet för alla patienter som ska genomgå operation.

Arbetsstrukturen/metoden inom projektet består av en processbaserad administration som uppfyller kraven i komplexa projekt enligt ISO 21500 standard. Därmed möjliggörs en noggrann uppföljning som integrerar och kompenserar för eventuella tids- eller kvalitetsluckor. I detta arbetsflöde så genomförs regelbundna granskningar samt strukturerad planering (WBS (Work Breakdown Structure) och design som stöd och där alla partners i projektet är delaktiga.

Ett antal arbetsmöten är genomförda samt ytterligare inplanerade, både digitala som fysiska möten där alla partners turas om att stå som värdar för var och

ett möte. Det senaste arbetsmötet ägde rum 1–3 juni 2022 i Aten, Grekland, där den grekiska föreningen för operation- och anestesissjuksköterskor stod som värdar. Arbetsgruppen genomförde mötet i föreningens kontor som finns nära belägen den centrala delen av Athens stad, och där vi välkomnades med gästvänlighet och kollegialitet.



Under mötet diskuterades innehåll i form av videofilmer, utbildningsmål, utvecklingsarbetet med den digitala plattformen, utvärdering med hjälp av fokusgrupper, promotion via sociala media samt presentation för övriga europeiska samt internationella organisationer såsom EORNA, AORN och IFPN. Ett starkt ändamål för projektgruppen är att dela med sig av evident kunskap och de olika arbetssätten som framträder i utbildningsvideorna som granskas och filmatiseras. En sammanställning av alla fokusgrupper ska presenteras och diskuteras i samband med nästa möte i början av september i Bryssel. Utifrån synpunkter från fokusgrupperna där chefer, studenter och nya operations-



sjuksköterskor som deltog och diskuterade projektinnehåll som presenterades dem kommer att stärka ytterligare kunskapsinnehållet inom projektet och den digitala lärplattformen.

Vi hoppas återkomma i Uppdukat fler tillfällen för att rapportera och beskriva om bland annat användnings förfarande av den digitala lärplattformen allt eftersom projektet fortgår. Meningen är att

de opererande enheterna samt lärosätten ska dra fördel av lärplattformen och gynna sina medarbetare och studenter i sitt lärande inom operations- samt anestesijukvård. Det kan bidra till en förbättrad vårdkvalité och patientsäkerhet.

Vi hoppas även få presentera projektet i samband med riksforeningens höstkonferens 2022 och även vid AORN:s årliga konferens i april 2023. Ni, chefer,

utbildningsledare, adjunkter inom specialistutbildning, och kollegor som är intresserade av projektet och den framtida digitala lärplattformen kan kontakta oss för att få mer detaljerad information. Mejla då irini.antoniadou@regionstockholm.se

Projektgruppen från Barnoperation består av:

Irini Antoniadou (projektansvarig/ Utbildningsledare Barnoperation / Bitr. Universitetssjuksköterska inom utbildning samt Patientsäkert, doktorand KTH.

Sofia Jonsson (projektmedlem/ Utbildningsledare Barnoperation, Bitr. Universitetssjuksköterska inom Utbildning).

Janet Mattsson (projektmedlem/ Omvårdnansansvarig Barn PMI, Docent, biträdande professor i omvårdnad, Högskolan i Kristianstad). ●



Fakta: Irini Antoniadou, Sofia Jonsson och Janet Mattsson, Barnoperation Astrid Lindgrens Barnsjukhus, Karolinska Universitetssjukhuset.

Specialistsjuksköterskeutbildning inom operationssjukvård - exempel från Karolinska Institutet

Utbildningen till operationssjuksköterska har genomgått stora förändringar genom åren. I tillägg skiljer sig dessutom utbildningens upplägg och innehåll mellan de olika lärosäten. Därför kan det vara svårt att hänga med och vara insatt i studenternas studiegång. Detta är en översikt över hur utbildningen kan se ut i dag, med exempel från specialistsjuksköterskeprogrammet inom operationssjukvård vid Karolinska Institutet.

Operationssjuksköterskeutbildning i Sverige

Utbildning till operationssjuksköterska (op-ssk) ges vid en handfull lärosäten i Sverige där KI har antagning av studenter två gånger per år, övriga endast vid höstterminen. Kraven och meritering vid antagning skiljer sig något åt mellan lärosäten där några universitet/högskolor kräver arbetslivserfarenhet som sjuksköterska för att var behörig att söka programmet. Den största förändringen av utbildningen till op-ssk i Sverige på senare tid skedde i och med att Bolognaprocessen infördes år 2006 då utbildningen kom att förändras och akademiseras mer. Utbildningen innebär därmed ett års högskolestudier på avancerad nivå vilket sammanlagt ger fyra års högskolestudier och en akademisk magisterexamen. Utbildningen regleras utifrån Högskolelagen samt Högskoleförordningen och lärosätena som ger utbildningen genomgår ganska omfattande granskningar regelbundet av Utbildningskanslerämbetet (UKÄ) så att de uppfyller de mål och riktlinjer som är uppsatta. Det som står på spel är examensrätten, dvs rätten att faktiskt få lov att bedriva utbildning och examinera studenter. Så även om de olika lärosätena har friheten att designa utbildningsprogrammen så som de själva vill så är kvalitet och innehåll ordentligt granskat nationellt.

Utbildningen vid Karolinska Institutet

Op-ssk programmet på KI har sex ingående kurser varav fem av kurserna drivs av Institutionen för klinisk forskning och utbildning vid Södersjukhuset (KI SÖS) och en kurs drivs av Institutionen för laboratoriemedicin (KI Lab.medicin), på uppdrag av Institutionen för neurobiologi, vårdvetenskap och samhälle (KI NVS) som är den institution på KI som ansvarar för program inom omvårdnadsämnet. Tre av kurserna är så kallade VFU-kurser, dvs att kurserna innehåller praktik (verksamhetsförlagd utbildning). Totalt har studenterna på KI 14 veckor VFU fördelat på de två terminerna. I tillägg ingår en kurs i medicinsk vetenskap där bland annat teori i form av anatomi, patofysiologi, mikrobiologi samt farmakologi ingår, samt en kurs i vetenskaplig teori och metod tillsammans med ämnesvetenskaplig fördjupning i form av ett avslutande examensarbete om 15 högskolepoäng. Uppsatsen, avskydd och skydd som pesten? Eller spännande och givande? Examensarbetet verkar vara en vattendelare bland specialistsjuksköterskestudenter där vissa anser att den är helt onödigt och en plåga medan andra ser chansen att få fördjupa sig vetenskapligt inom ett viktigt område/problem för deras framtida yrkesutövning. Det är en viktig uppgift för oss lärare och forskare att motivera studenterna inom kunskapsökning och forskning, dels för att det är specialistsjuksköterskans ansvar att förbättra och utveckla vården. Men även för att inspirera kollegor att ta steget in i forskning och forskarutbildning för att säkerställa tillväxten inom pedagogik och utbildning vid universitet och högskolor.

Vilka arbetar som lärare på utbildningen vid KI?

Varje kurs som ges på KI ska ha en kursansvarig och en examinator. Kursansvarige är den som administrerar

och driver kursen, och examinatorn är den som är ansvarig för att det är en röd tråd genom lärandemål, lärandeaktiviteter och examination samt är den som sätter det slutgiltiga betyget på kursen. Kursansvarig och examinator har ofta ett mycket nära samarbete. KI som universitet ställer ett krav på att kursansvarig och examinator ska ha en utbildning som är en nivå högre än de studenter de ansvarar för. Detta innebär för op-ssk utbildningen där studenterna tar en magisterexamen att lärarna vid KI måste ha en forskarutbildning, dvs antingen licentiatexamen eller doktorsexamen. Lärarstaben vid KI är mycket väl bemannad med hög akademisk kompetens. Den består i dagsläget av op-ssk varav två docenter, tre medicine doktorer samt en medicine licentiat. Detta är unikt för op-ssk utbildningarna i Sverige som, precis som så många andra specialistjuksköterskeprogram, rent generellt sliter med utmaningar kring rekrytering av formellt kompetenta lärare på tillräcklig akademisk nivå. Detta är ett stort nationellt problem som kan komma att äventyra kompetensförsörjningen helt i framtiden, om det inte finns fler högt utbildade specialistsjuksköterskor med intresse och möjlighet att arbeta i utbildningarna. Ingen av lärarna vid KI arbetar heltid med utbildning utan är även i klinisk tjänst samt bedriver klinisk forskning. Inriktningsansvarig har 60%-andels tjänst på KI i en förenad akademisk tjänst mellan KI och Södersjukhuset. Övriga lärare ligger mellan 10-30% i sina läraruppdrag. Kombinationen utbildning med kliniskt arbete/forskning på sjukhusen har varit viktigt för oss vid KI för att få en nära klinisk förankring av utbildningen. Det finns förvisso en hel del utmaningar med detta men vi upplever att fördelarna vida överstiger nackdelarna.

Adjungerad klinisk adjunkt (AKA) – bryggan mellan akademi och klinik

AKA är ett pedagogiskt uppdrag för anställda ute i verksamheterna, med främsta uppgift är att stödja studenter och handledare under VFU i samverkan med lärosätet. På en del ställen i Sverige kallas detta uppdrag för huvudhandledare. I Region Stockholm är AKA-uppdraget ett kontrakterat väldefinierat uppdrag som finansieras av Fouui-medel. Uppdraget består vanligtvis i 20 % avsatt tid för arbetet samt ett extra lönepåslag. Forskning har visat att op-sks studenter upplever ett gap mellan lärosäte och verksamheten vilket påverkar deras lärande. AKA har därför en viktig roll att fylla detta gap med sin kliniska förankring tillsammans med god kunskap om utbildningen, handledning och pedagogik. På KI finns det AKA på de flesta sjukhus som VFU genomförs på och dessa personer tar ett stort pedagogiskt ansvar och är mycket viktiga för utbildningens kvalitet. Uppgifter som ingår är bland annat att genomföra halvtids/slut-bedömningar i samverkan med lärare från lärosätet, delta vid kliniska examinationer, bidra till den pedagogiska utvecklingen av utbildningen samt samarbeta med lärarna vid produktion av nytt lärandematerial, kursplaner, bedömningskriterier samt liknande pedagogiska dokument. AKA har också en mycket viktig roll när det gäller att stödja studenter som har utmaningar att nå lärandemål och där det upprättas en handlingsplan med stödåtgärder. Det kan till exempel handla om extra klinisk färdighetsträning på KTC, anpassning av ingrepp och moment under VFU samt extra stöd och reflektion tillsammans med studenten. På KI genomförs det regelbundna pedagogiska möten mellan lärare på lärosätet och AKA samt studentansvariga, både fysiska samt på senare tid även digitala. Dessa möten säkerställer att samtliga får tillgång till samma information och verksamheten kan hållas uppdaterad kring nyheter och planering. En gång om året bjuds även AKA in till institutionens lärardag där samtliga lärare, AKA, amanuenser på läkarutbildningen samt övriga involverade i utbildning som ges på institutionen kan träffas och utbyta erfarenheter.

Den kliniska examinationen – utbildningens stora utmaning

En av de stora utmaningarna med klinisk utbildning är bedömning av framför

allt färdighet och förmåga. Bedömning av klinisk färdighet ute i VFU görs primärt av de kliniska handledarna vilka har olika förutsättningar och handledarkompetens, och som det tidigare poängterats, även olika utbildningar och akademisk nivå. Det krävs ett nära samarbete mellan de kliniska handledarna, AKA/studentansvariga och lärarlag för att kunna säkerställa kvalitet och studenträttslig bedömning. Framför allt är detta en utmaning när studenten kan ha svårigheter att nå lärandemålen och således nå godkänt resultat. Det är dock viktigt att poängtera att det aldrig är de kliniska handledarna som sätter några betyg, de ger endast examiner ett underlag för bedömningen. Betyget

godkänt eller underkänt sätts alltid av kursens examiner. Som komplement till den kliniska bedömningen i VFU genomförs även olika former av kliniska examinationer via lärosätet. På KI genomförs två stora kliniska examinationer där den ena examinerar enskilda kliniska moment och den andra är en större klinisk slutexamination i simulerad miljö tillsammans med specialistsjuksköterskestudenter inom anestesijukvård. Där genomförs en simulerad operation i ett anpassat metodrum på kliniskt träningscentrum (bild 1) som delas upp i två delar, op-start och op-avslut. Fyra studenter, två från op-utb och två från ane-utb lottas till vilken av delarna de ska genomföra.



Bild 1. Klinisk slutexamination i simulerad miljö tillsammans med anestesijuksköterskeprogrammet.



Bild 2. Lärarlagets bedömare i metodrummet under klinisk slutexamination i simulerad miljö

Sedan får en op-student och en ane-student samarbeta kring genomförandet av sin del. Examinationen fortgår genom hela operationsprocessen på operations-salen, dvs från förberedelse av op-sal och utrustning, planera den periopera-tiva omvårdnaden tillsammans, träffa patienten och genomföra de preoperati-va kontrollerna för att sedan genomföra själva ingreppet som simuleras med en komplett operationsteam, överrapporte-ring till nästa studentpar som slutligen avslutar operationen med vedertagna kontroller och omvårdnad samt lämnar över patienten till post-op. Fördelen med denna examinationsform är att man på ett patientsäkert sätt kan ge-nomföra en hel operation från start till mål med bedömare både i och utanför operationsrummet (bild 2). Nackdelen är förstås att vissa studenter har svårare än andra med simulering som undervis-ningsform. Denna kliniska examination är inspirerad från operationssjuksköter-skeprogrammet vid Umeå Universitet och utvärderas efter varje termin för att förbättras och finslipas. Både vi på operation och lärarlaget på anestesiu-tbildningen är mycket nöjda med formen för examinationen och med det interdis-ciplinära fokuset mellan op och ane som är så viktigt sedan i det kliniska arbetet på operationssalen.

Utmaningen Covid-19

Det är svårt att undvika att ta upp Covid 19-pandemin och de enorma utmaningar som hela samhället ställdes inför och

vården i synnerhet. I Stockholm, och självklart överallt annars i Sverige, ställdes ju vården om och op-salarna användes för IVA-vård i stället för till operationsverksamhet vilken i princip ställdes in helt förutom det absolut nödvändigaste. På Södersjukhuset till exempel gick antalet IVA-platser upp från 16 till 60 med tre IVA-patienter på varje OP-sal. Detta gjorde ju att den operationsverksamhet vi normalt använ-der till VFU för våra studenter kraftigt reducerades. Här måste vi lyfta våra fantastiska kollegor ute på op-avdelning-arna som gjorde sitt yttersta för att ändå kunna få studenterna att genomföra sin VFU och nå sina lärandemål, samtidigt med det hemska förutsättningar som rådde under pandemin rent allmänt i vården och i operationssjukvården (bild 3). Tack vare er så lyckades vi fortsätta examinera nya kollegor som ju så väl behövs i vården. Återigen ett bevis på hur otroligt viktigt samarbetet är mellan klinik och akademin inom dessa utbild-ningsprogram.

Utbildningens framtid – vart är vi på väg?

2018 kom ett betänkande från reger-ingen med en utredning kring framti-dens specialistsjuksköterska och hur utbildningen ska kunna komma att se ut framöver. I betänkandes fastslogs det att de tre specialinriktningarna operationssjukvård, anestesi samt in-tensivvård ansågs som samhällsbärande och enligt förslaget skulle vara kvar

som fasta inriktningar. Det kvarstår att se framöver hur framtidens utbildning faktiskt kommer att se ut och vi på KI arbetar just nu med att anpassa och mo-dernisera utbildningsprogrammet uti-från de krav och de behov som dagens operationssjukvård ställer på op-ssk's kompetens, både i det kliniska arbetet och i det akademiska/pedagogiska. ●

Referenser

1. Crafoord, M., & Fagerdahl, A. (2017). Clinical supervision in periopera-tive nursing education in Sweden – A questionnaire study. *Nurse Education in Practice* 24, 29–33
2. Framtidens specialistsjuksköterska – ny roll, nya möjligheter. Betänkande av Utredningen om specialistsjuksköter-skeutbildning och vissa andra hälso- och sjukvårdsutbildningar. Statens offentliga utredningar SOU 2018:77. Stockholm 2018



Bild 3. Operation under mycket svåra förhållanden under Covid-19 pandemin. En enorm utmaning för både studenter och handledare.

Fakta: Ann-Mari Fagerdahl, docent i omvårdnad och lektor vid Karolinska Insti-tutet. Studierektor och inriktningsansvarig för specialistsjuksköterskeprogrammet inom operationssjukvård vid Karolinska Institutet.

Infektionsprevention – Ett viktigt arbete, nu på ett nytt & enkelt sätt!

Vårdrelaterade infektioner (VRI) kostar den svenska sjukvården 6,5 Miljarder SEK årligen. Ca 32% av dessa är postoperativa sårinfektioner (SSI). Det finns mycket att göra i förebyggande syfte för att minska antalet VRI. WHO menar att 40–60% av VRI går att undvika genom att följa uppsatta standarder och rutiner. De postoperativa sårinfektionerna har inte minskat de senaste 10 åren.

Hur ser det ut på er klinik? Är det dags att göra något nytt?

Nu genomför vi det första steget för ett tydligare infektionspreventionsarbete. "Care bundles" har funnits länge och nya tas fram än idag. Vilka har ni? Och är det fullt ut implementerade och anpassade till era förutsättningar? Hur kan detta arbetssätt minimera riskerna för en postoperativ infektion? Och vilken roll ska du som operationssjuksköterska ha?

Vad är ett "care bundle"?

Ett "care bundle" är en sammansättning av *evidensbaserade insatser* före, under och efter operation, för att förebygga postoperativa infektioner. Hur skulle er "Care bundle" kunna se ut?!

Under introduktionsutbildningen går vi igenom förutsättningarna för att detta arbetssätt ska vara framgångsrikt och vad en "care bundle" är. Den 28 oktober får ni exempel från kliniker som använder "care bundles" samt får ni veta hur de tagit fram sina. Vad gör "care bundle" framgångsrikt? Och hur arbetar man med det?

Utbildningens upplägg:

1. Digitalt uppstartsmöte 30 september kl.13.00
2. Utbildning i Stockholm den 28 oktober
3. Digitalt uppföljningsmöte, datum kommer senare

Program 28 oktober 2022

09.30	Kaffe
10.00	Inledning, vad är "care bundle"?
10.30	"Care bundle" ur en infektionsläkares perspektiv.
11.30	Ett verkligt exempel från lyckad implementering, Sverige
12.30	Lunch
13.30	Ett verkligt exempel från lyckad implementering, nationellt
14.30	Hur ser det ut hos er? Dialog utifrån uppgifterna från uppstartsmötet. Inklusive kaffe.
15.45	Sammanfattning och avslut för dagen
16.00	Slut

Var/När: 30 september 2022, på zoom • 28 oktober 2022, Stockholm Waterfront Congress Centre

Kostnad: Medlem 3 450 kr, Icke medlem 4 450 kr, ex moms, inklusive lunch och kaffe.

Anmälan: rfop.se/utbildning och evenemang

Målgrupp: Operationssjuksköterskor och Hygienansvariga sjuksköterskor

Föreläsare: **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.

Utbildningen är utvecklad i samarbete mellan Riksföreningen för operationssjukvård (RFop) och Johnson & Johnson och drivs av RFop.

Johnson & Johnson MEDTECH



Föreläsare



Bo
Söderquist



Kian
Chin



Hanna
Wesslau



Giles
Bond-Smith

Anmäl er här



Inbjudan

Värdiga vinnare av Svenska hygienpriset 2022

Goda förutsättningar för patient-säkerhet i operationsrummet

Runt patienten i operationsrummet pågår många aktiviteter samtidigt. Vissa mer eller mindre riskabla och blandar vi det lite för lätt med till exempel insättning av PVK vilket kan bli en riskfaktor om det inte utförs på ett aseptiskt sätt. Även patientens läkemedelssprutor kan också äventyras om de inte hanteras bra. Eftersom det är begränsat med utrymme i operationsrum saknas ofta rena avställningsytor. Sprutfat med läkemedel balanseras ofta på patientens mage eller på anestesiutrustningen. Det sterila materialet som oavsiktligt rullat av sprutfat bör ses som förbrukade vilket i det snabba tidsflödet inte alltid hinns med att bytas ut.

Ett av de inkomna bidragen till "2022 års Svenska Hygienpriset" är en enkel men smart innovation. Priset utdelades vid Svensk Förening För Vårdhygiens Hygiendagarna som i år var förlagda till Jönköping. Anestesisjuksköterskan **Sofia Westerberg** från Region Skåne har med sina funderingar på att förbättra sitt sätt att jobba förverkligat sin idé om att fästa en bricka in under madrassen på operationsbordet eller att fästa brickan som en förlängning på operationsbordets armbräda. Brickan har fått namnet **Hedda** och finns redan att köpas in till operationsavdelningar.

"Vi i juryn såg brickan Hedda som ett gott exempel på en bra praktisk lösning för att minska risken för kontamination i samband med insättning av exempelvis PVK eller artärnål." Brickan är tillverkad i ett material med design som är utvecklad för att lätt kunna rengöras och få torr. Den tål rengöring i diskdesinfektor vilket bör vara förstahandsalternativet. Sedan är det lätt att förvara den hängande och finnas tillhands när



Sofia Westerberg

den behövs. Förhoppningsvis kommer den här innovationen ge minskning av vårdrelaterade infektioner. Se mer om innovationen Hedda via denna qr kod.



Allergier i samband med handskanvändning i vården kan minskas

Orimligt stor förbrukning av engångshandskar i plast eller gummi inom vården kan tyckas vara naturlig då det är pandemi men budskapet från hygien-sjuksköterskor är att handskar ska användas där det är risk för kontakt med kroppsvätskor och vid kemikaliehantering. Detta är vi operationssjuksköterskor ganska så överens om att det är en överanvändning. Vi känner också till att inte alla tål de handskmaterial som finns upphandlade.

Svenska hygienpriset tillfaller organisation, företag, arbetsplats eller enskild person som genomfört åtgärder som givit förbättringar inom hygienområdet, i hälso- och sjukvård, äldreomsorg, tandvård eller djursjukvård inklusive deras serviceverksamheter. Priset utdelas av SFVH, Svensk Förening för Vårdhygien.

Det andra hygienpriset utan inbördes ranking gick till ett forskningsteam inom YMDA, **Yrkes- och miljödermatologiska avdelningen** vid Skånes Universitetssjukhus. Motiveringen till att de fick pris var att handeksem hos vårdpersonal innebär en potentiell risk för smittspridning. YMDAs forskningsstudier av orsakerna till allergi har på ett väsentligt sätt bidragit till att minska risken för handeksem vid användning av hygienrutiner och skyddsutrustning. Av deras studie kan fler vårdpersonal komma till rätta med sin problematik med handeksem vid handskanvändning för att kunna utföra basala hygienrutiner. QR kod hygienpriset. Priset togs emot av Nils Hamnerius är överläkare vid Skånes universitetssjukhus och forskare på Yrkes- och miljödermatologiska avdelningen.

Priset delades ut av Axel Ros, chefläkare i Region Jönköping och ceremonin ägde rum den 27 april i samband med SFVH:s årliga Nationella Hygiendagarna. ●

Fakta: Gunnar Hagström, jurymedlem för Svenska Hygienpriset 2022. Specialistsjuksköterska operationssjukvård, Örebro.

Skyddsrock och Skyddsrock

Vid undersökningar, omvårdnad och behandlingar kan arbetstagaren riskera att exponeras för och/eller kontamineras med smittämnen från patienten. För att förhindra eller minska risken för detta används idag skyddsförkläde eller skyddsrock.

Skyddsrock, MDR

För att inte sprida smittämnet vidare till nästa patient följer vi SOSFS 2015:10, Basal hygien i vård och omsorg. Vi har kortärmad arbetsdräkt för att kunna genomföra handdesinfektion inför och efter undersökning, vård och behandling. Vi använder ett skyddsförkläde eller en skyddsrock för att skydda arbetsdräkten från kontamination. Skyddsförklädet/skyddsrocken är då en medicinteknisk produkt enligt förordning om medicintekniska produkter (MDR).

Medicintekniska produkter regleras i direktiv 2017/745, MDR. Det finns inga harmoniserande standarder för skyddsförkläde/skyddsrock som medicinteknisk produkt som anger prestandakrav som konfektion, täthet, mm. Däremot ska skyddsutrustningen vara CE-märkt enligt det medicintekniska direktivet (2017/745, MDR) och användas enligt SOSFS 2015:10 § 5, b) *Om kläderna riskerar att komma i kontakt med kroppsvätskor eller annat biologiskt material under ett vård- eller omsorgsmoment, ska plastförkläde, skyddsrock eller motsvarande skyddskläder användas utanpå arbetskläderna.*

Skyddsrock, PPE

För att skydda arbetstagare vid risk för exponering, där smittämne från patient kan utgöra allvarlig fara för arbetstagaren och där det saknas behandling eller förebyggande åtgärder (vaccination) eller för att skydda arbetstagaren mot läkemedel/kemikalier som genom toxikologiska egenskaper kan orsaka bestående skada, ska skyddsrock användas. Skyddsrocken är då en personlig skyddsutrustning (PPE).

Personlig skyddsutrustning regleras i: EU-förordningen (2016/425) om personlig skyddsutrustning, Direktiv 89/656/EEG samt i Arbetsmiljöverkets föreskrifter (AFS 2001:3) om användning av personlig skyddsutrustning.

För personlig skyddsutrustning finns prestandakrav gällande bland annat konfektion, täthet mm utifrån vilken skyddsnivå som ska uppnås dvs vad skyddsrocken ska skydda mot.

Skyddsrock typ PB6-B ska skydda arbetskläderna, hela bålen, armarna och benen (lår och knä) mot ett begränsat stänk av vätskor och klara kraven i SS-EN 14126:2004 *Skyddskläder – Funktionskrav och provningsmetoder för skyddskläder mot smittsamma ämnen.*

Det är tillverkaren som anger syftet med skyddsutrustning

Om tillverkaren har angivit att syftet med skyddsutrustningen endast är att förhindra smitta mellan patienter, via vårdpersonalens kläder, räknas det som medicinteknisk produkt och ska vara CE-märkt enligt det medicintekniska direktivet (2017/745,MDR).

Om skyddsutrustningen används för att skydda arbetstagaren mot smitta ska skyddsutrustningen vara CE-märkt enligt kraven i EU-förordningen (2016/425) om personlig skyddsutrustning.

Om tillverkaren däremot har angivit att syftet med skyddsutrustningen är att skydda både patient och arbetstagare måste produkten uppfylla kraven i både förordningen om personlig skyddsutrustning och det medicintekniska direktivet.

Exempel på smittämne som kan utgöra allvarlig fara för arbetstagare: Ebola och andra virala hemorragiska febrar (VHF) och Middle East Respiratory Syndrome (MERS)



En "vanlig" skyddsrock

Exempel på läkemedel som kan orsaka bestående skada: Cytostatiska/cytotoxiska medel

SOSFS 2015:10 (M och S) Föreskrifter, Basal hygien i vård och omsorg, Socialstyrelsen

AFS 2018:4, Smittrisker Arbetsmiljöverkets föreskrifter och allmänna råd om smittrisker ●

Fakta: Ann-Sofi Mattsson, Hygiensjuksköterska Region Örebro län



Hygiensjuksköterska Ann-Sofi Mattsson, Universitetssjukhuset Örebro svarar på frågor.

Fråga: På min arbetsplats drar man ner ventilationen nattetid. Hur långt innan operationssalen tas i bruk bör man ha full ventilation? Kan man ha ventilation helt avstängd under en sommarstängning? Hur påverkas filter mm?

Svar: Full ventilation bör vara påslagen uppreningstiden som ska vara ≤ 20 min. Om ventilationen kan vara helt avstängd och hur filtren påverkas bör leverantören svara på likaså om det behöver göras funktionskontroller enligt SIS-TS 39.

Fråga: Inför en operation och när en patient ska steriliseras så finns det några kollegor som håller bort klorhexidinsprit med sina sterila handskar. (Kramar ut tussarna) Jag har lärt mig att överbliven klorhexidinsprit trycker man bort med hjälp av tvättpeangen. Nu undrar jag om orsaken till detta? Är det för att man inte ska ha klorhexidinsprit på sina sterila handskar så att man inte för klorhexidinsprit i såret på patienten?

Svar: Orsaken att inte krama ur tussarna med sterila handskar kan vara som du skriver att man inte vill ha läkemedel och/eller sprit på handsken som sedan förs över till instrument, dukar och vidare ner i såret. Eller att handskar som har kommit i kontakt med läkemedel och/eller kemikalier kan påverkas så att skyddsfunktionen avsevärt försämras. Handskar skyddar olika lång tid mot olika typer av kemikalier och läkemedel. Tiden varierar beroende på bland annat läkemedlets-/kemikaliers egenskaper samt handskmaterial, handskens tjocklek och kvalitet. Leverantörerna ska vid efterfrågan uppges genombrotstider för de kemikalier-/läkemedel de är provade för.

Fråga: Inför öppen hjärtkirurgi får vi på op en fråga om preoperativ hårtvätt på patient som har rastflätor... Det blev svårt att svara på.

Svar: Det korta svaret blir att oavsett frisyr ska patienten följa enhetens anvis-

ning om preoperativ hudrengöring/desinfektion och där ingår ofta hårtvätt. Hur man praktiskt löser det vid olika frisyrer kan jag inte svara på. Syftet med denna tvättning är att minska risken för postoperativ sårinfektion genom att minska antalet tillfälliga bakterier på huden, men det finns fortfarande ingen tydlig evidens för detta. Anser ansvarig kirurg att rastflätor kan utgöra en risk för postoperativ infektion får hen rekommendera att dessa tas bort inför kirurgiska ingreppet.

Fråga: Finns det något som talar emot att man använder grönsåpa på golven på en operationsavdelning?

Svar: Jag har inte kännedom om att något skulle tala emot grönsåpa, generellt brukar det bara rekommenderas rengöringsmedel anpassat till golv. Så om golvmattan tål grönsåpa kan jag inte se något som hindrar att använda det.

Fråga: När/vart bör man använda ytdesinfektion 75+ och 45+ på en operationsavdelning, vad skiljer de båda åt förutom den uppenbara alkoholhalten? Kan 75+ tex förstöra materialet den används på ex. madrass på operationsbädd och tillbehör?

Svar: Alkoholbaserat ytdesinfektionsmedel med rengörande medel/tensid, Etanol $\leq 70\%$ eller Isopropylalkohol (IPA) 45% , kan användas vid rengöring/desinfektion av operationsrummets arbetsytor, tagytor samt utrustning inför och efter avslutat kirurgiskt ingrepp se: <https://www.vardhandboken.se/vardhygien-infektioner-och-smittspridning/operationssjukvard/rengoring-och-desinfektion-av-operationsrum/>

Skillnaden mellan dem är att det är två olika alkoholer (enkelt uttryckt) $\leq 70\%$ är Etanolbaserad och 45% är Isopropylbaserad. De ska båda klara provningar enligt standarder inom det medicinska området för att påvisa att de innehåller aktiva substanser mot mikroorganismer se: <https://www.vardhandboken.se/vardhygien-infektioner-och-smittspridning/stadning-och-rengoring/desinfektion/kemisk-desinfektion/>

Etanolbaserat medel torkar fortare, men är på grund av hög alkoholhalt uttorkande mot plaster och gummi vilket gör att IPA är mer lämpligt att använda till medicinteknisk utrustning och madrasser mm.

Fråga: Hur länge får ett sectio opbord stå bäddat på opsalen när det inte används? timmar? dagar? Håller det längre täckt? hur länge i så fall?

Svar: Så länge operationsbordet står inne på operationssalen och det inte är någon patientaktivitet där kan det stå kvar bäddat och behöver inte täckas. Men det finns mej veterligen ingen skriven regel eller någon studie som påvisar hur länge det kan stå. En operationssal som inte används har en hög luftrenhet och det är mycket få partiklar, som kan bära på bakterier, som faller ner på ytorna om ventilationssystemet med filter i tilluftsdon fungerar optimalt.

Fråga: Har en fråga angående när man dukat klart för operation och täckt över. Är det ok att lägga handskar och rock ovanpå denna täckduk? Handskar och rock är uttagna ur yttre plastförpackningen och har kvar sitt inre sterila papper. Operationsborden står inne på operationssalen utanför cirkeln med LAF taket. Dörrar öppnas ggr flera och personal rör sig inne på salen. Handskar och rock avses att användas till kommande operation och som operations-sjuksköterskan själv tar från bordet och tar på sig.

Svar: Man kan lägga på material ovan på övertäckningsduken så länge den inte går sönder. Förpackningen till handskarna och rocken är likvärdig med övertäckningsduken så steriliteten är bevarad. Men eftersom ytterförpackningen liksom övertäckningsduken blir kontaminerad på ytan är det viktigt hur man avtäckar utan att osterila. Tar man rocken och öppnar den själv efter preoperativ handdesinfektion när den ligger på bordet ska man kunna göra det utan att osterila sig, vilket kan vara en utmaning.

Ett tips kan vara att lägga rocken och handskarna under övertäckningsduken på en ytterkant, lyfta undan en flik av övertäckningsduken för att nå rock och handskar men låta resterande duk ligga kvar tills det är dags att använda draperingsmateriel och instrument. Kanske bäst då med en delad övertäckningsduk. Eller att lägga rock och handskar på ett eget bord vid sidan av.

Fakta: Hygijensjuksköterska Ann-Sofi Mattsson, Region Örebro län

Rättelse från Hygienfrågan i Uppdukat nr 2

Vi fick en mejl till redaktionen med följande fråga/fundering angående Hygienfråga i Uppdukat nr 2.

Det står bla i svaret på första frågan "Klorhexidinlösning 0,5-2% rekommenderas till inre genitalia vid gynekologiska och endourologiska ingrepp på kvinnor." Ska

det kanske vara Klorhexidinlösning i mg istället för i %?

Vi säger, Tack för din uppmärksamhet! Ibland går det för snabbt med korrekturläsningen och det blev ej så bra denna gång. Det ska naturligtvis vara mg/ml och inte %. Så till inre genitala vid gynekologiska och endourologiska ingrepp rekommenderas Klorhexidinlösning 0,5-2mg/ml.

Det blev även fel om den förpreparerade svampen som innehåller Klorhexidin. Rätt där ska vara 40mg/ml eller 4%.

Preop hudtvätt med Descutan® 4%. Vi har många gånger diskuterat den lokala förtvätten på operationssalen med Descutan® 4% och vid ny kontakt med Fresenius Kabi kom vi fram till följande rekommendation som kan vara rimlig då det är svårt att skölja bort lösningen: Efter man tvättat hudområdet med Descutan® 4% torkas lösningen bort med fuktad torkduk, torka därefter huden torr inför huddesinfektion.

Inbjudan till nätverk för doktorander inom operationssjukvård

Vetenskapliga rådet bjuder in till ett nätverk för doktorander. Du skall vara registrerad doktorand och ha en examen inom operationssjukvård. Syfte är att stärka samverkan och kunskapsutbyte mellan doktorander inom operationssjuksköterskans kompetensområde.

Intresseanmälan skickas till:

Karin Falk-Brynhildsen

karin.falk-brynhildsen@oru.se



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*.^{1,2}



FÖRE



EFTER MED NY FÖRPACKNING

Den svarta Plusrutan är lätt att se för snabb igenkänning

Den guldfärgade 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 Guidance³

* For a complete and full list of products that have been recommended by NICE, please visit the NICE website. ¹ For a complete and full list of products that have been recommended by NICE, please visit the NICE website. ² For a complete and full list of products that have been recommended by NICE, please visit the NICE website. ³ For a complete and full list of products that have been recommended by NICE, please visit the NICE website.

ETHICON
Johnson & Johnson SURGICAL TECHNOLOGIES

For a complete and full list of products that have been recommended by NICE, please visit the NICE website. ¹ For a complete and full list of products that have been recommended by NICE, please visit the NICE website. ² For a complete and full list of products that have been recommended by NICE, please visit the NICE website. ³ For a complete and full list of products that have been recommended by NICE, please visit the NICE website.

Välkommen att söka

Riksföreningen för operationssjukvårds eget stipendium för operations-sjuksköterskor för deltagande på vår 57e Höstkongress i Stockholm 2022!

Stipendierna erbjuder en möjlighet till ny kunskap, erfarenhetsutbyte, nya tankar och idéer som kan stimulera till fortsatt utvecklingsarbete och personlig utveckling inom perioperativ omvårdnad.

Under 2022 kommer vi att dela ut:

Två stipendier, till medlemmar, som avser resa, en hotellnatt och kongressavgift för deltagande vid Höstkongressen i Stockholm den 1 – 2 december 2022.

Förutsättningar: Stipendiet kan sökas av dig som är operationssjuksköterska och medlem i Riksföreningen för operationssjukvård sedan minst två år tillbaka. Du får inte ha mottagit något av Riksföreningens stipendier de senaste fyra åren.

Sista ansökningsdag: 15 september 2022 och stipendierna meddelas efter den 18 september 2022.

Två stipendier, till studenter, som avser resa, en hotellnatt och kongressavgift för deltagande vid Höstkongressen i Stockholm den 1 – 2 december 2022.

Förutsättningar: Stipendiet kan sökas av dig som är student och antagen vid specialistsjuksköterskeprogram med inriktning mot operationssjukvård och är studerandemedlem i Riksföreningen för operationssjukvård.

Sista ansökningsdag: 15 september 2022 och stipendierna meddelas efter den 18 september 2022.

Ansökan

Skriv en ansökan och motivera varför just du vill delta på kongressen.

Ansökan ska vara anonym vilket innebär att den inte får innehålla några personuppgifter eller uppgifter om arbetsplats.

Skriv dina personuppgifter och e-postadress separat, lägg i ett slutet kuvert utan text, som bifogas ansökan.

Skicka din ansökan senast 15 september 2022 till:

Marie Afzelius
Erik Dahlbergs gata 26
254 38 Helsingborg

Vid frågor kontakta:

marie.afzelius@rfop.se



Höstkongress i Stockholm 2022!



VFU

Efter en statlig utredning om utbildningen till sjuksköterska och barnmorska som presenterades i juni 2022 har Hans Wiklund, universitetsdirektör vid Umeå universitet, fått regeringsuppdraget som nationell VFU-samordnare. Wiklund ska stödja lärosäten och hälso- och sjukvården att tillhandahålla platser för verksamhetsförlagd utbildning [VFU] till studenter i sjuksköterskeutbildningen. Syftet är att öka antalet utbildningsplatser för att på så sätt ge lärosätena möjlighet att utbilda fler sjuksköterskor.

Wiklunds uppdrag som samordnare innebär bland annat att:

- initiera och genomföra samordnande insatser för att fler VFU-platser, och därmed fler utbildnings-

platser, ska finnas tillgängliga i sjuksköterskeutbildningen,

- stödja aktörerna i arbetet med att utveckla modeller för, och organisering av, VFU så att det blir möjligt för fler vårdgivare och verksamheter att ta emot studenter samt sprida goda exempel,
- analysera den nuvarande ordningen för samarbete om VFU-platser för att avgöra om denna bör förändras och, i så fall, lämna förslag på förändringar, och
- lämna nödvändiga författningsförslag.

Hans Wiklund, universitetsdirektör vid Umeå universitet och nationell VFU-samordnare. ●



Foto: Mattias Petersson

Hans Wiklund

Medtronic

Together,
we can improve
patient
outcomes

One
complete solution
for your surgical
needs



Del 3 Akademisk karriär

Karriär för en operationssjuksköterska

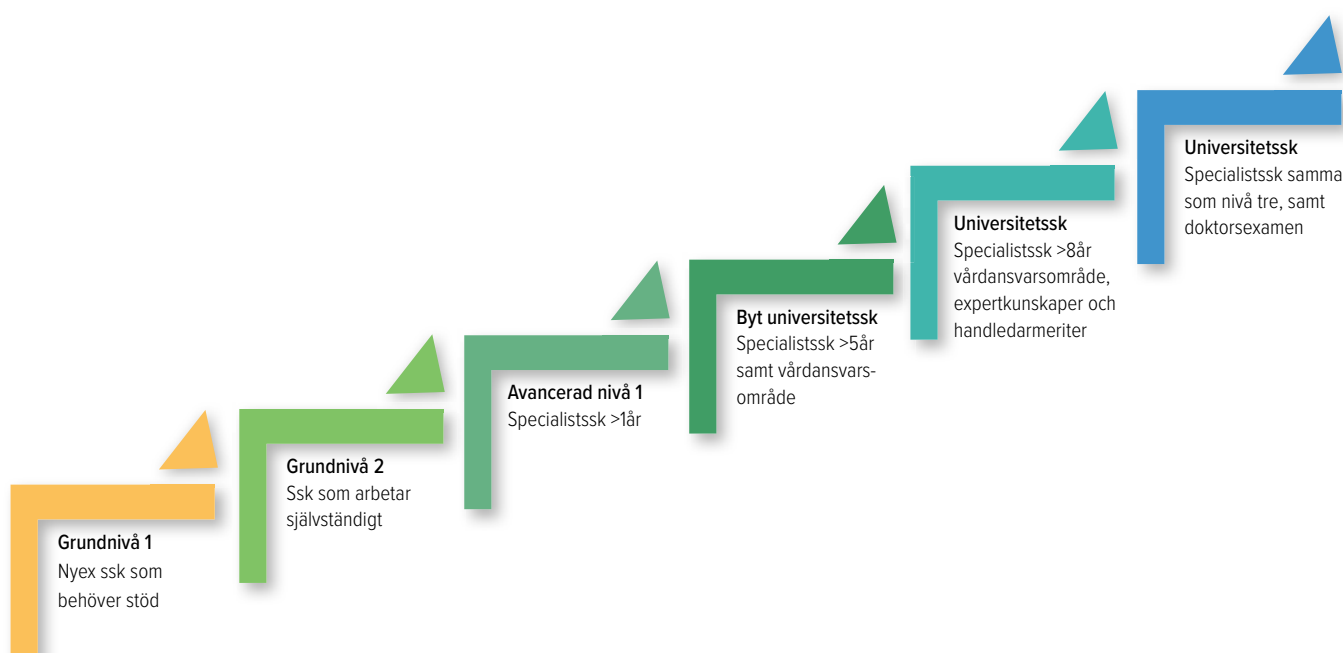
Den här kompetensmodellen finns egentligen bara på Karolinska universitetssjukhuset än så länge. Den infördes 2015 och grundades sig på en modell som funnits länge men där de tre högsta nivåerna för universitetssjuksköterska, avancerad nivå 2, 3, och 4, var nya och innebar en satsning på klinisk forskning. För att bli universitetssjuksköterska måste man ha varit kliniskt verksam specialistsjuksköterska i minst fem år och för att nå det sjätte och högsta steget krävs en doktorsexamen. År 2017 hade 18 specialistsjuksköterskor lyckats uppnå den högsta titeln. Syftet att gynna den kliniska forskningen tycks ha fungerat och projektbaserade på forskning för kvalitetsförbättring har kunnat leda av dessa sjuksköterskor.

Några artiklar har passerat genom åren där stegen verkar motivera sjuksköterskor att ta sig vidare i sin karriär och att ta specialistsjuksköterskeexamen. Vissa har som mål att nå nivå ett medan vissa har som mål att nå nivå fyra. Stegarna tas in på flera kliniker och 2019 hade 54 procent av alla sjuksköterskor och barnmorskor i Region Stockholm placerats in i stegen. Det skall ha tydliggjorts att kompetensmodellen inte är någon lönestege men den verkar ändå fungera som ett lönesättningsverktyg under utvecklingssamtalen på klinikerna i Stockholm.

Stegen tydliggör individens mål med sin karriär, klättra eller stanna, och tar bort onödiga vidareutbildningar, oftast digitala, påkomna av verksamheten. Det ver-

kar kunna minska personalomsättning när det blir tydligt både för arbetsgivare och personal om vilka mål den anställda har och hur dessa ska kunna användas i en planerad löneutveckling.

Det avsätts sedan tid och utrymme för utbildning och utveckling eftersom det är förmedlat i samförstånd. Används denna eller liknande stegar på andra sjukhus i Sverige så hör gärna av dig till redaktionen och berätta mer så att vi kan publicera det?
rfop@rfop.se ●



Specialistförebredande år

Det är stor efterfrågan på specialistutbildade sjuksköterskor. För närvarande anordnas specialistsjuksköterskeprogrammet med inriktning operations-sjukvård på 9 lärosäten i Sverige. Utbildningen är 60hp och erbjuds både på campus och distans med terminsstart både under höst och vår runt om i landet.

I försök att rekrytera fler sjuksköterskor till utbildningen har olika varianter av specialistförebredande år prövats genom åren på olika sjukhus. I våras gick Akademiska sjukhuset i Uppsala ut med information om deras specialistförebredandeprogram som ska ge grundutbildade sjuksköterskor en möjlighet att få en ökad inblick i operationsverksamheten.

Det förebredande året leds av utbildningssjuksköterskor inom AnOp-sektionen på Akademiska sjukhuset och ska anpassas efter sjuksköterskans individuella behov. Det finns även möjlighet att rotera inom operationsverksamhetens olika operationsavdelningar. Utöver det erbjuds även föreläsningar och workshops som leds av specialistsjuksköterskor på sjukhuset.

Vi vet att liknande varianter har erbjudits på andra sjukhus i andra städer, bland annat i Göteborg, Östersund, Sundsvall och Umeå. Hör gärna av dig om hur det blev för er eller om du vill att vi uppmärksammar detta! ●

Nu tar vi våra sociala medier och digitala kanaler till nästa nivå

Scanna QR-koden och följ RFop på Facebook och Instagram, så håller du dig uppdaterad.

Där kan du kontakta oss, ta del av aktuella nyheter inom vårt verksamhetsområde och kommande evenemang.

**VINGMED**

Uppdukningssset som uppfyller dina krav.



Transportförpackningen till våra uppdukningssset byts nu successivt till oblekt, 87% återvunnen kartong. Ett litet steg till i vårt hållbarhetsarbete.

Vi jagar kontinuerligt förbättringar för att gärna överträffa våra kunders tuffa krav. Våra kundanpassade uppdukningssset är ett bra exempel. I Sverige använder regionerna "Hållbar upphandling". Kraven genom hela leverantörskedjan är högt ställda och det görs löpande stickprov. Under 2022 hade vi en omfattande revision och resultatet var helt utan anmärkning.

Kontakta oss på Vingmed för mer information om våra produkter och hållbarhetsarbete.



Regional studiedag

Regional studiedag i Stockholm i Sune Bergströms aula på NKS i Solna 8 april 2022

En trevlig konferenslokal inramad av en fantastisk gobeläng och med utställare runtom som deltagarna gavs tillfälle att besöka under fika och lunchpauser. Dagens första talare var Oili Dahl ordförande i SSF som pratade om framtiden och framtidens sjuksköterska. Om globala mål – Agenda 2030 – hur vården kan komma att påverkas av levnadsvanor och klimatförändringar. Om sjukskötesketillgången i framtiden och om nya möjligheter som Advanced Nurse Specialist (APN) Clinical Nurse specialist (CNS) och NPS = Nationella Planstödet.

Nu är det aktuellt igen, påminner oss Anki von Vogelsang om – operationssjuksköterskor ersätts av andra professioner. Från våren 2022 har många verksamheter ”kökat” sina operationsköer och när det är brist på operationssjuksköterskor ersätts kom-



Yvonne Törnqvist

petensen ibland med andra professioner, i värsta fall olegitimerad personal. Därför var just detta en programpunkt på den regionala studiedagen i Stockholm april 2022, men det är ett aktuellt problem hela landet.

Arbetar du i en verksamhet där detta sker och vill veta mer om vad som gäller? Du hittar information om detta på RFop:s hemsida, i dokumentet *Riksföreningen anser och rekommenderar: Växling av operationssjuksköterskans arbetsuppgifter med bibehållen patientsäkerhet*. Om du har ytterligare frågor, som inte besvaras av dokumentet, kan du också fylla i kontaktformuläret på hemsidan rfop.se.

Vi fick en viktig genomgång om hantering av kirurgiska instrument av Karin Åberg som är steriltekniker. Om viktigheten av samarbete och förståelse för varandras kunskap och arbetssätt. Vilka krav vi kan ställa på producenter och vid upphandling där det också kräver stor kunskap.

Många spännande föreläsningar bland annat om axelkirurgi och vikten av preop behandling i samband med proteskirurgi. Passade bra till efterföljande om att förebygga postoperativa sårinfektioner och Hur länge kan man ha övertäckta instrumentbord stående? Enkel eller dubbel täckning? Standard för operationskläder vilka standards som finns och vilken evidens det finns för mössa och munskydd. Finns att ladda ner på SIS.se

SS-EN 13795-2:2019 om Operationskläder (sök Speculararbetsdräkt)

SS-EN 8760164:2020 om Konfektivering (dvs utseende)

SS-EN 14683:2019 om munskydd

Hillevi Hemphälä från Lund gav oss insikt i vikten av bra ljus på opsalarna och uppmärksammade oss på att det var viktigt att inte ha flimrande ljus. ●

Sune Bergströms aula på NKS i Solna





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, kunskaps fördjupning 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



Vård vid Radiologiska interventioner

Det sker en snabb utveckling inom verksamheten intervention på sjukhus nationellt såväl som internationellt. Det finns också ett stort behov av röntgensjuksköterskor med specialisering inom intervention. Därför har, under våren 2022, givits en uppdragsutbildning vid Göteborgs Universitet i samverkan med verksamhet Hybrid och Intervention/ Sahlgrenska Universitetssjukhus Göteborg. Utbildningen har varit riktad mot röntgensjuksköterskor verksamma inom radiologisk intervention för Buk/Kärl och Neuro. I vårens kurs VT 22 har 20 kursdeltagare deltagit från hela landet, dvs nationellt. Området intervention ligger i framkant och efterfrågan på olika behandlingsformer ökar inom flera patientgrupper och specialiteter.

Vårdenhetschef Carina Sandin sammanfattar att den vård som bedrivs på verksamheten Hybrid och intervention, Sahlgrenska sjukhuset i Göteborg som en högspecialiserad, högteknologisk, akut och dygnet runt avdelning. Intervention innebär minimal invasiva ingrepp som görs med hjälp av mindre verktyg som förs in i ett kärl, vanligtvis via ljumsken, den s.k. Seldingertekniken. En interventionsenhet behöver hög spetskompetens utifrån de behandlingar som utförs på ett universitetssjukhus. Inom Buk/Kärl- och Neuroområdet arbetar röntgensjuksköterskor med fördjupad kompetens inom varje sektion. Carina berättar att det länge har varit ett önskemål om en utbildning inom intervention på avancerad nivå. Därför är man på Intervention extra glada för det samarbete som nu blivit med Göteborgs universitet och att kursen *Vård vid Radiologiska interventioner 7,5 hp* kunde starta i januari 2022 samt att en fortsättning på kursen, motsvarande ytterligare 7,5 hp, sker till hösten 2022.

Carina berättar vidare att tjänster från interventionsavdelningen efterfrågas ständigt från olika specialiteter. Det



Foto: Monica Kelvered

Några av kursdeltagarna och kurslärarna.

finns därför ett stort behov av att utöka teamen och bygga spetskompetens. Röntgensjuksköterskorna arbetar med angiustrustning och med röntgenrobotar på deras hybridsalar och deras tjänster efterfrågas även mer och mer inom traumaområdet för akuta interventionsbehandlingar. Nyutexaminerade röntgensjuksköterskor som har intresse av intervention kan också ges möjlighet att börja sin arbetsbana inom radiologisk intervention. Introduktion av nyanställda anpassas individuellt, så att en grundläggande kompetens kan skapas. Utifrån ett chefskap så är intervention ett oerhört spännande och utvecklande område med många utmaningar bl.a. bemanning, kompetens och ständigt nya behov som tillkommer i en stimulerande och högteknologisk verksamhet.

Utbildningen *Vård vid Radiologiska interventioner* består av två delar på vardera 7,5 hp. Kursen är på avancerad nivå och ges som en uppdragsutbildning. Vårens kurs har varit en distansutbildning med fyra delkurser: Vård i interventionsmiljö 1,5hp; Teknik och säker vård vid interventioner 2 hp; Avancerad omvårdnad vid interventionsingrepp 2,5 hp samt Aseptik och aseptiskt förhållningsätt 1,5hp. Digitala föreläsningar har kompletterats med tre-fyra träffar

på plats i Göteborg. Kursen planeras att ges vartannat år som en fristående kurs på 15 hp.

Hösten 2022 kommer en fortsättningskurs att ges på 7,5 hp med kursbeteckningen *"Avancerade komplexa interventioner"*. I den kursen kommer deltagarna att arbeta med aktuella patientfall från interventionsenheter samt att arbeta och utveckla förbättringsarbeten inom den egna interventionsverksamheten. Totalt ger kurserna 15 hp inom ämnet Radiografi eller Omvårdnad på avancerad nivå.

Examinator för vårens kurs har varit Lektor Monica Pettersson. Kursledare har varit Lektor May Bazzi och Universitetsadjunkt Monica Kelvered. Samtliga anställda vid institutionen för Vårdvetenskap och hälsa Göteborgs Universitet (GU). Ny kurs, *Vård vid Radiologiska interventioner 7,5 hp*, planeras att starta igen VT 2023. ●

Fakta: Carina Sandin, Hybrid och intervention, Sahlgrenska Universitetssjukhus/ Göteborg, Monica Pettersson, May Bazzi, Monica Kelvered, Göteborgs Universitet, Institutionen för vårdvetenskap och hälsa.



Vi välkomnar tre nya medlemmar i Programråd Höstkongress

Höstkongressen är ett viktigt arrangemang för föreningen. Här ges möjlighet till föredrag inom olika områden, träffa utställare/produktspecialister, men framför allt möjligheten till nätverkande och det professionella utbytet med kollegor från hela Sverige. Att få möjlighet att vara med och påverka innehållet i dessa dagar är en stor förmån men också en utmaning. Operationssjukvården är bred fast samtidigt ett smalt område. Intentionen för Höstkongressen är att det ska finnas nåt för alla. Oavsett om du arbetar på en centraloperation ute i landet, på en högspecialiserad universitetsklinik eller en liten privat enhet.

Höstkongressen är vår egen kongress, av operationssjuksköterskor, för operationssjuksköterskor, där vi själva kan vara med att påverka och driva utvecklingen av vår profession. Ni som har förslag på intressanta ämnen, bra föreläsare eller kanske har ett spännande förändrings- eller utvecklingsarbetet från er egen avdelning som ni vill dela med er av till andra kollegor inför kommande kongresser, kontakta någon av oss i Höstkongressens programråd, se nedan.

Tillsammans gör vi en fantastisk kongress!

Åsa Eneqvist

Jag jobbar på Visby lasarett, där har vi många specialiteter och med tanke på vårat ö-läge måste vi vara beredd på allt. De områden som jag brinner lite extra för är ortopedi och trauma.

Jag hade förmånen, 2009, att få en uppdragsutbildning inom operationssjukvård på Visby Lasarettets operationsavdelning. Det var då en distansutbildning på halvfart i Stockholm och jag kunde med det jobba på avdelningen under den tid jag inte studerade. 2020 fick jag



Åsa Eneqvist

ett uppdrag i Socialstyrelsen nationella förstärkningsresurs, vi ska utveckla denna förstärkningsgrupp för att utöka Sveriges vård vid kris och katastrof.

För sju år sedan fick jag en förfrågan av en kollega att bli distriktssamordnare för Gotland i RFop, jag behövde inte tänka länge att tack ja med tanke på den föreningsmänniska jag är. Med några år som distriktssamordnare sittare jag nu med i Programrådet för Höstkongressen 2022. Min energi hämtar jag genom min sång både i kör men med även när jag får solouppdrag samt tar en joggingtur, styrketräna för att rensa huvudet, komma på nya idéer och komma i balans.

Lasse Salomonsson

Jag firar i år 30 år som sjuksköterska och snart 20 av de åren som operations-sjuksköterska. Jag arbetar till vardags som enhetschef på Centraloperation Östersunds sjukhus.

Mitt engagemang i RFop startade direkt när jag tog examen som operationssjuksköterska. Jag började som distriktssamordnare, sen som styrelseledamot under en tid och nu de senaste åren sitter jag med i RFop:s kvalitetsråd, är engagerad som RFop:s representant i styrgruppen



Lasse Salomonsson

Säker Traumavård och är med och håller i RFop:s egen traumautbildning, Basic Trauma för Operationssjuksköterskor. Och nu är jag med i programrådet för planerandet av föreningens Höstkongresser.

Mitt engagemang i RFop har varit oerhört givande både professionellt och privat. Det har gett möjlighet att vara med och utveckla vår profession, resa, träffa kollegor från olika delar av världen men det har också gett kontakter och vänner för livet.

Elise Nackan

Jag har jobbat på operation sen juni 1983 och större delen av den tiden har jag jobbat på C-operation i Kristianstad och där arbetar jag nu, samt även på NKS på pacemakeroperation.

Tidigare har jag bland annat jobbat tolv år i Israel och över tjugo år deltid på en privatklinik i Karlshamn och varit ansvarig för DCD-projektet på Cop i Kristianstad.

Jag har alltid tyckt att Höstkongressen har gett mig mycket, både genom bra föreläsningar och att få träffa kollegor från andra sjukhus. På min fritid så tycker jag om att springa. ●



Elise Nackan



Vi välkomnar två nya medlemmar i det vetenskapliga rådet

Min hjärtefråga inom operationssjukvård



Jag brinner för att försöka bidra till en patientsäker operationssjukvård utifrån många olika perspektiv men framför allt då det gäller att öka intresse och kunskap

om operationsteamets icke-tekniska färdigheter, såsom teamarbete, kommunikation, stresshantering och situationsmedvetenhet.

Sofia Erestam, Göteborgs Universitet, Institutionen för vårdvetenskap och hälsa, specialistsjuksköterskeutbildningen inom operationssjukvård. Sahlgrenska Universitetssjukhuset, Östra Sjukhuset, Operation 1.

Min hjärtefråga inom operationssjukvård

Det är kompetensförsörjning samt evidensbaserad vård inom operations-sjukvård. Detta är viktiga faktorer för att kunna erbjuda våra patienter en



patientsäker vård. Vi behöver arbeta med denna fråga ur fler perspektiv; utbildning, diskussion med region samt klinikledning vid initiativ om arbetsväxling till andra personalkategorier. Vidare behöver det finnas en vetenskaplig diskussion på arbetsplatsen där nya rön diskuteras, jag anser att det är en mycket viktig motpol mot de effektivitetsdiskussioner som pågår, inte minst nu i pandemins efterförlopp.

Eva Torbjörnsson, PhD, Universitets-sjuksköterska, VO Kirurgi, Södersjukhuset AB

Rapport från råden

SPOR-rådet

Under våren har rådet deltagit i SPOR-registrets möten för att driva operationssjuksköterskans frågor inom registret. Arbetsmöten har genomförts där positionering och hypotermi diskuterats och planering av kommande nätverksträff prioriterats.

Rådet jobbar för att bredda sitt nätverk till att täcka alla regioner. Vi har anslutit oss till ett hypotermi-nätverk och för dialog med några regioner som arbetar med att implementera den positioneringsstruktur som rådet arbetat fram, för att kunna rapportera positionering till SPOR.

Den 14 oktober kommer ett nätverksmöte arrangeras, där SPOR-frågor kommer att presenteras och diskuteras. Se preliminär agenda och anmälan på riksföreningens hemsida.

Kvalitetsrådet

Representanter från kvalitetsrådet har deltagit i EORNA kongressen i Stavanger 12 till 15 maj i år. Kongressen var den tionde europeiska kongressen i ordningen och hade 598 deltagare från 37 olika länder.

Kvalitetsrådet deltog med en poster och ett föredrag som handlade om rådets arbete med framtagandet av nationella guidelines från RFop i form av våra Riksföreningen anser och rekommenderar. Titeln på föredraget var *Guidelines and Recommendations in Sweden - a development project on patient safety in peroperative nursing care*. Våra norska och finska kollegor visade stort intresse för arbetet eftersom man verkar sakna denna typ av nationella rekommendationer i deras länder.

Vi i rådet arbetar vidare med att slutföra de pågående Riksföreningen anser och rekommenderar vilka handlar om MDR samt mobiltelefonanvändande i operationsmiljö. Kvalitetsrådet kommer un-

der hösten se över hur nuvarande layout och utformning på Riksföreningen anser och rekommenderar kan förbättras och göras mer tydliga och tilltalande genom att till exempel lägga in fler bilder och illustrationer.

Lärarrådet

Lärarrådet är föreningens nyaste råd. Rådets uppgift är att fungera som en länk mellan styrelsen och Lärarnätverket.

Lärarnätverket består av lärare från de olika lärosätena som bedriver utbildning till operationssjuksköterska. För tillfället arbetar rådet med att uppdatera ett dokument som heter *Nationell klinisk examination för Specialistsjuksköterskeexamen*, inriktning operationssjukvård. Målet är att dokumentet ska beskriva den kliniska examinationen och fungera på samtliga lärosäten, som ett led i att erbjuda alla studenter likvärdig examination. Vi önskar även skapa en ämnesbank för examensarbete/magisteruppsatser där studenter kan få tips och inspiration.

Vetenskapliga rådet

Det övergripande syftet med Vetenskapsrådet är att inspirera RFops medlemmar att bli forskningskonsumenter för att underlätta införandet av evidensbaserade metoder och rutiner i det dagliga arbetet på operation. Rådet är också föreningens rådgivare inom FOU.

Rådet ansvarar för vetenskaplig kvalitet och olika aktiviteter, t ex posterutställningen vid kongresser som RFop arrangerar. De ger stöd och råd i vetenskapliga frågor inom den perioperativa kontexten. Genom att skriva vetenskapligt grundade underlag/texter, t ex guidelines och artiklar (vetenskapliga och populärvetenskapliga) bidrar rådet till patientsäker vård och vetenskaplig utveckling inom den perioperativa omvårdnaden.



Nya medlemmar

Text: AnneMarie Nilsson, medlemsansvarig

Vi välkomnar 29 nya medlemmar till föreningen. Vi hoppas att ni kommer att få mycket glädje av ert medlemskap. Vår medlemstidning Uppdukat som utkommer fyra gånger per år. Hygienforum och Höstkongress som du kan delta på med reducerat deltagaravgift. Olika konceptutbildningar som redan finns och nya som är på gång. Dom annonseras i tidningen och på hemsidan rfop.se

Jag vill även påminna alla medlemmar att ni måste själva meddela adressändringar. För att nå ut till er digitalt med information och medlemsbrev så behöver också medlemsregistret kompletteras med era mejladresser.

Mejla till: annemarie.nilsson@rfop.se

Vi ser att det årligen tillkommer många nya medlemmar vilket är fantastiskt roligt. Men tyvärr "tappar" vi en hel del medlemmar, vad det beror på vet vi inte eftersom man inte anmäler utträde ur föreningen. Kan vara så enkelt att adressen är fel eller att man bara glömt att betala. Så ni får gärna höra med era kolleger om de är medlemmar, ju fler vi är desto starkare blir Riksföreningen för operationssjukvård.

Jag önskar er alla en fortsatt skön höst och hoppas att få se många av er på årets Höstkongress på Waterfront den 1–2 december 2022.

Nya medlemmar

Viktoria Aidanpää, Gällivare

Lisa Andersson, Stockholm

Johanna Axelsson, Växjö

Helena Aronsson, Mölndal

Jennifer Bissett, Lund

Malin Bornander, Tyngelsjö

Adam Cederberg, Sollentuna

Fatima Dashdemirova, Uppsala

Charolina Ericsson, Lund

Alexandra Exell, Almunge

Therese Farhan Warsan, Malmö

Magida Fidan, Göteborg,

Helen Johansson, Jönköping

Susanne Lilja Svallingsson, Farsta

Linnéa Lindgren Persson, Stockholm

Sara Löjdström, Gävle

Anneli Magnusson, Vänersnäs

Josefin Mathiesen, Lund

Jessica Nilsson, Hässleholm

Tina Pettersson, Norrtälje

Maire Roosmann, Saltsjö-Duvnäs

Johanna Saellström, Uppsala

Nathalie Sjölander, Frösön

Isabelle Sköld, Alnö

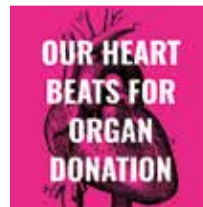
Ida Solding, Kristianstad

Linda Ställ, Uppsala

Andrea Wikerstål Ebelin, Lerberget

Barbara Wikstrand, Eskilstuna

Annette Wivel, Malmö



Donationslag

Den nya lagstiftningen innehåller tre avgörande förändringar:

Den 1 juli 2022, träder den nya lagstiftningen om organdonation i kraft. Den nya lagen bygger nu helt på professionens och andra experters kunskap. Fler som vill donera organ kommer att kunna göra det och fler som väntar på organ kan bli transplanterade.

1. Organbevarande behandling

Behandlingen ges samtidigt som patienten får palliativ vård. Primärt handlar det om syresättning av organen, vilket sker med hjälp av respiratorvård, men även blodtrycksstimulerandedropp och andra läkemedel. Behandlingen får dock bara ges om den inte kan vänta till efter döden, inte medför mer än

ringa smärta eller ringa skada och inte hindrar insatser för den möjliga donatorns egen skull.

2. Närståendes vetorätt

Anhöriga vetorätt tas bort; de kommer inte längre kunna stoppa en donation baserat enbart på deras egen vilja.

3. Sekretessbrytande uppgiftsskyldighet

Det blir lättare för donations- och transplantationsverksamheter att utbyta information om en donator från andra vårdgivare för att utreda de medicinska förutsättningarna för donation.



Karlstads Universitet

KAU (Karlstads Universitet)

På bilden är: HH (huvudhandledare) i Karlstad Jenny Frost, HH i Västerås Kristina Lindberg, HH i Falun Mathilda Liljenhag, HH i Örebro Annika Fredriksson, HH i Gävle Eva Åsenlund.

Studenter: Janina Andersson, Elin Jonsson, Sara Löjdström, Len To, Banin Al-Nasir, Ulrika Hjärpe, Jasmina Huric-Larsen, Jana Eriksson, Albulena Beqiri, Katarina Henriksson, Haider Salam Ahmed, Therese Enberg, Minoos Moslemi, Elisabet Forsberg, Johanna Rosengren.

Studenten Dina Jansson finns inte med på bilden.



Lunds universitet

Lunds universitet, examen den 3 juni 2022

Från vänster till höger: Sylvester Sebastianson, Laura Geete, Christelle Andersson, Ida Jönsson, Nelly Franzén, Sandra Karlsson, Jadranka Jovicic, Lind Bengtsson, Helena Önsten, Erica Ståhlberg, Therese Fahrman Warsan, Anna Svensson, Andrea Wikerstål-Ebelin och Eric Cornliussan.

Frånvarande: Penka Peneva

Karolinska Institutet i Stockholm 3 juni 2022

Övre raden från vänster: Johanna Marberg, Lena Bursell, Gloria-Maria Demirian, Ellen Alanen, Caroline Otter.

Sittande från vänster: Parisa Samandi Zadeh, Hannah Loukaja, Natthinan Wongsakun.

Saknas i bild: Sema Nur Bircan, Ida Björklund, Isabelle Engström, Lisa Erngren, Matilda Johansson, Jacqueline Martinez Mascherucci, Nonthaya Thabsrirak, Emilia Vacker.

Lärare: Malin Stenman, Med.dr., Annika Sandelin, Med.lic., Charlotta Olivecrona, Med.dr., Ann-Mari Fagerdahl, Docent och inriktningsansvarig för operationssjuksköterskeprogrammet samt Eva Torbjörnsson, Med.dr. och Anki von Vogelsang, Docent.



Karolinska Institutet



RFop kalendarium

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

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

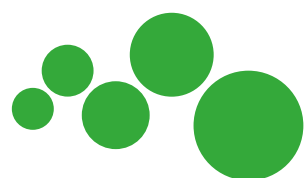
Vidare så genomför vi nätverksträffar, konceptutbildningar och kunskapsseminarier om bl.a. Trauma, Levnadsvanor, SPOR och planerar även för fler kunskapsstödande evenemang. Alla utbildningar och evenemang genomförs i Stockholm.

För mer information, innehåll och priser se: rfop.se

2022 1-2 September Nätverksträff för chefer	2022 30 September Infektionsprevention, Digitalt uppstartsmöte	2022 14 Oktober MDR och Upphandling	2022 14 Oktober SPOR Nätverksträff	2022 19 Oktober Digital Nätverksträff för chefer	2022 28 Oktober Trauma utbildning Nivå 1
2022 28 Oktober Infektionsprevention	2022 18 November MDR och Upphandling	2022 1-2 December Höstkongress 2022	2022 2 December Chefkonferens 2022	2023 16-17 Mars Nätverksträff för chefer	2023 13-14 April Hygienforum 2023
2023 14-15 September Nätverksträff för chefer	2023 30-1 Nov/Dec Höstkongress 2023	2023 1 December Chefkonferens 2023	Under hösten 2022 kommer vi att sätta datum för våra konceptutbildningar: • MDR och upphandling • Infektionsprevention • Trauma nivå 1 • SPOR nätverksträffar 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