

Uppdukat

Nr 1 februari 2023 årgång 35





Nya möjligheter i striden mot infektioner

Chloraprep™ är den enda helt sterila huddesinfektion med 20mg/ml, 2%, klorhexidylglukonat (CHG) och 70% isopropylalkohol (IPA) i en steril applikator tillgänglig i Sverige. Styrkan ger bevisad kvarvarande effekt på huden i >48 timmar. Läs mer i fass.se.

Boka gratis produktutbildning via maria.skalebrant@bd.com eller paer.weijs@bd.com

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 iakttas 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 hudår. Får ej användas på icke intakt/skadad hud. Dessutom måste direkt kontakt undvikas med nervvävnad och mellanörat. Undvik långvarig hudkontakt med alkoholhaltiga lösningar. Det är viktigt att rätt appliceringsmetod används. Om lösningen har använts alltför rikligt på mycket ömtålig eller känslig hud, kan det uppstå lokala hudreaktioner som exempelvis: hudrodnad eller inflammation, klåda, torr och/eller avflagnande hud och smärta på administreringsstället. Så fort tecken på lokal hudirritation visar sig, måste appliceringen av Chloraprep/Chloraprep färgad stoppas. Fall av anafylaktisk reaktion har rapporterats under anestesi: Symtom kan vara väsende/svårt att andas, chock, svullnad i ansiktet, nässelutslag eller andra hudutslag. Observera att symtom på anafylaktisk reaktion kan döljas hos en patient under narkos, då en stor del av huden är täckt eller patienten är oförmögen att kommunicera tidiga symtom. Om överkänslighet eller en allergisk reaktion inträffar/misstänks ska behandlingen genast avbrytas. Alla produkter innehållande klorhexidin under anestesi ska tas bort, för att undvika att patienten exponeras för andra klorhexidinnehållande produkter under pågående behandling. Förpackningsstorlekar: Läkemedlet är tillgängligt i 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 produktresumén: 2019-08-20. För ytterligare information se www.fass.se

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

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



Utgivare

Riksföreningen för operationssjukvård ISSN 1101-5624.

Upplaga

2400 exemplar. Tidningen utkommer med fyra nummer per år, till alla medlemmar i riksföreningen och övriga prenumeranter.

Prenumeration

Prenumerationskostnad är 400 kr per kalenderår. Sätt in pengarna på postgironummer 70 80 08 - 8 adresserat till: Riksföreningen för operationssjukvård. Ange namn och adress på inbetalningsblanketten och märk med Uppdukat. Adress och/eller namnändring görs till: Elisabeth Liljeblad prenumeration@rfop.se

Prenumeration via agentur 500 kr per kalenderår

Omslagsbild

Höstkongressen 2022

Foto

Peo Sjöberg

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 ansvaras ej.

Eftertryck från tidningen utan Riksföreningen för operationssjukvårds medgivande är förbjudet.

Layout: MittKompetens AB

Tryck: Allduplo Offsettryck AB

Innehåll

Uppdukat nr 1 2023 årgång 35

REDAKTIONENS ORD

Ordförande...sid 4

HISTORIA

Joseph Lister...sid 6

HYGIEN

Rengöring är grunden till all renhet...sid 10

PATIENTSÄKERHET

Arbetsväxling hur och varför?...sid 12

PÅ VÅR OPERATIONSÄVDELNING

Centraloperation Ortopedisektionen Danderyds sjukhus...sid 14

ARBETSMILJÖ

Fysisk arbetsbelastning - Individ- eller yrkesproblem?...sid 18

PORTRÄTTET

Irini Antoniadou...sid 20

FÖRENINGSNYTT

Höstkongressen 2022...sid 22

KRÖNIKA

Är vi rustade för den medicintekniska utvecklingen?...sid 24

POPULÄRVETENSKAP

Ventilationens betydelse för postoperativa infektioner...sid 26

REPORTAGE

Patientlagen (2014:821)...sid 28

REPORTAGE

Perioperativ Hypotermigrupp...sid 29

REPORTAGE

Svenska Mässkonsult ...sid 30

REDAKTIONEN TIPSAR

Ny kunskapsrapport
Kejsarsnitt...sid 31

REDAKTIONEN TIPSAR

Ny avhandling
Maria Frödin...sid 32

KOMPETENS

Rapport från MYORCO-mötet...sid 34

FÖRENINGSNYTT

RFop...sid 36

sid 14



sid 22



sid 34



Foto: Peo Sjöberg



Vi ser fram emot ett nytt händelse-rikt föreningsår och 2023 har börjar ungefär som 2022 slutade, föreningen får flera mejl om "snabbspår", task-shifting, arbetsväxling, kompetens-försörjning, dvs alla arbetsgivarens kreativa försök att lösa "bristen" de har på operationssjuksköterskor.

Hur vi än vrider och vänder på det så innebär ett kirurgiskt ingrepp en kränkning av en persons integritet, alltid vävnadsmässigt och ofta ur flera perspektiv. För en operationssjuksköterska kokas därför alla kärnkompetenser ner till punkten för säker vård, vare sig vi pratar om samverkan, evidens-basering eller kvalitetsutveckling. Vårt yrke handlar till sin yttersta spets alltid om att skydda personer som ska genomgå en kirurgisk behandling. Allt arbete vi gör innan, under och efter en operation handlar om att personen vi vårdar ska genomgå ett ingrepp på ett sådant säkert sätt som möjligt. Och ändå, på fullt allvar, så kommer förslag om att genomföra kirurgiska ingrepp på en operationsavdelning utan en operationssjuksköterska. Helgen 14 – 15 januari jobbade, styrelsen, vetenskapliga-, kvalitets-, lärar-, SPOR- och Chef-råd samt redaktionen med denna fråga och hur vi ska bemöta och vara delaktig i den dialog om kompetensförsörjning som behövs. Vi kommer under året att återkomma till detta, både i Uppdukat och i vår podd.

Podden

Vi kom aldrig igång som beräknat under 2022 med vår professionspodd, men nu är det dags och under marsmånad ska vi börja publicera nya avsnitt. Vad vill du att vi ska prata om för ämne? Vill du själv medverka i något avsnitt? Hör av dig till rfop@rfop.se.

Delta i tävlingen bästa examensarbete 2023

Från och med i år kommer RFop bjuda in till tävling om årets bästa examensarbete. Syftet med tävlingen är att främja kunskap, utbildning och forskning. Samtliga studenter i specialistutbildningarna inom operationssjukvård i Sverige är välkommen att delta.

Examensarbeten i operationssjuksköterskeutbildningen är starten på ett yrkesliv med livslångt lärande som bygger på vetenskaplig grund. Att lyfta examensarbeten som utförs inom utbildningarna är viktiga då det bidrar till utveckling och ny kunskap för redan yrkesverksamma operationssjuksköterskor. Förutom äran att utses till årets författare av det bästa examensarbetet så tilldelas du ett pris bestående av deltagande på Höst-kongressen (resa och boende en natt). Läs mer på rfop.se under Uppdukat.

Årets första nummer av Uppdukat innehåller många artiklar under kända temaområden, historia, arbetsmiljö, porträtt, på vår operationsavdelning, hygien mm. Jag hoppas du får en bra läsning! ●

Kallelse till Årsmöte 2023

Den 16 maj kl. 19.00 - 20.00 håller Riksföreningen för operationssjukvård, årsmöte. Vår förenings viktigaste aktivitet. Vi fortsätter med att hålla årsmötet digitalt för att möjliggöra för fler medlemmar att kunna delta. Vi hoppas ni är många som är intresserade av att ta del av vad vi gjort och vad vi planerar att göra framöver. Vi kommer mars/april öppna anmälan för deltagande i årsmötet på rfop.se, så boka in tiden i din kalender redan idag och håll utkik på instagram, fb och hemsidan när anmälan öppnar.



Nätverket för Chefer är ett exklusivt nätverk för dig som är chef eller ledare inom operationsverksamhet i Sverige. Oavsett professionsbakgrund är du välkommen att nätverka, inspireras och diskutera aktuella frågor gällande ledarskap och operationssjukvård. Du behöver inte vara medlem i Riksföreningen för operationssjukvård för att delta i nätverksträffar eller chefskongress.

16 – 17 mars 2023, nätverksträff lunch till lunch

Till årets första nätverksträff har vi bjudit in två inspirerande föreläsare, Sandra Månsson och Thomas Jordan. Vi kommer att ha rundabordsdialog med en aktuell frågeställning, hur bemannar du din operationsavdelning? Hur ska jag som chef attrahera den nya generationens medarbetare? Svårt att behålla? Tips kring rekrytering, ska vi arbetsväxla?

Tid

16 - 17 mars och 14 - 15 september 2023

Start: kl. 12.00 Slut: kl. 12.00

Plats

Sheraton Stockholm Hotel

Kostnad

5 650 kr ex moms, inklusive lunch x 2, kaffe x 2, middag och övernattnings på Sheraton Stockholm Hotel.

Mer information och anmälan: rfop.se

Anmäl dig här!





PVC-fri och
PTFE-beläggning

Truly customised laparoscopic solutions

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



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

40%

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

Läs mer på www.molnlycke.se

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


Mölnlycke®

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

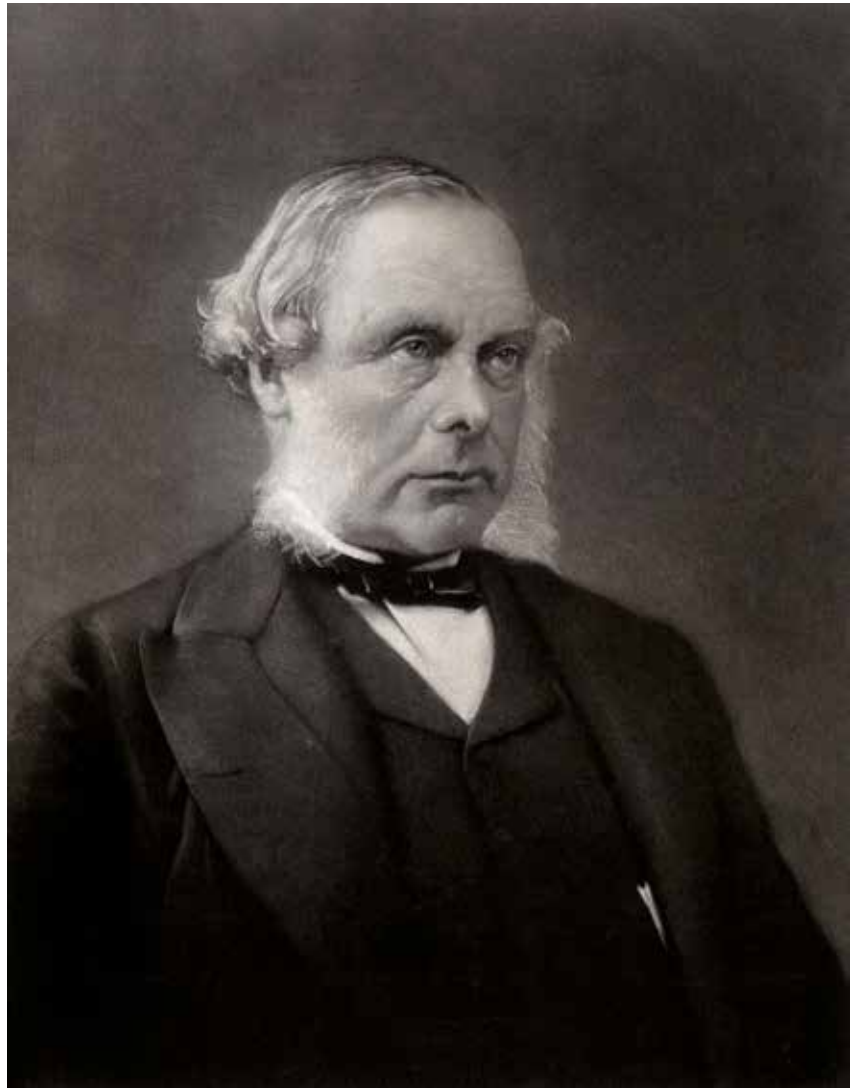
Joseph Lister

Antiseptikens upptäckare och historiens mest betydelsefulla kirurg

Joseph Lister föddes 5 april 1827 i Essex, England och växte upp tillsammans med sina syskon i en välbärgad familj som tillhörde den religiösa rörelsen Kväkarna. Uppväxten präglades av enkelhet där Joseph inte tilläts utöva sport, jaga eller gå på teater. Listers far hade ett mikroskop och att ägna sig åt vetenskap var en av de aktiviteter som ansågs lämplig utifrån familjens tro. Listers far hade ett stort intresse i att förfinas och utveckla mikroskopet, och användandet av mikroskop kom där för att få en stor betydelse i Listers liv och kommande upptäckter. Listers val att bli kirurg var inte något som familjen uppskattade. Kirurger hade vid den här tiden dåligt anseende, med låg status och dålig inkomst. Yrket ansågs vara ett hantverksyrke jämförbart med en rörmokare idag. Men den unge Lister lade ingen vikt vid ekonomi och status utan påbörjade år 1844 som sjuttonåring sina studier vid University College London (UCL).

Kirurgi under 1840-talet var en riskfylld verksamhet som de flesta kirurger undvek och något man tog till i sista hand och först när det gällde mellan liv och död för patienten. Hygien i sjukhusens operationssalar var mist sagt bristfällig. Kirurgerna hade sina vanliga kläder på sig. Om kirurger bytte förkläde mellan operationerna eller att instrument och utrustning torkades av mellan patienterna handlade inte om hygien utan att det skulle vara mindre skräckinjagande och skrämmande för patienterna om det dom möttes av i operationssalen var mindre blodigt. Man betraktade ett varande operationsår som en naturlig läkningsprocess och inte ett tecken på infektion.

Oftast utfördes operationerna i patientens hem eller på hotell eftersom det var säkrare att opereras i hemmiljö än



Joseph Lister

på sjukhus. Dödligheten var 3–5 gånger högre på ingrepp som utfördes på sjukhus jämfört med de som utfördes i hemmiljö. Det var dock inte alla som hade råd att betala den högre kostnaden för att få behandlas i hemmet. Det var inte bara hygien och smutsen som försvårade kirurgin, även avsaknaden av möjlighet till smärtlindring var ett problem. De bästa

kirurgerna behövde vara snabba, starka och djärva. Kirurgen fick hålla fast en sprattlande patient med ena handen samtidigt som han opererade med den andra, och den blodiga kniven kunde kirurgen behöva bita fast mellan sina tänder för att kunna frigöra båda händerna till ingreppet. En benamputation kunde vara över på mindre än 30 sekunder.

1846 utförde kirurgen Robert Liston vid University College Hospital i London Europas första operationen i eternarkos. Patienten var en 36-årig butler som led av en kronisk infektion i sitt högra ben. Patienten fick andas i en eterindränkt näsduk samtidigt som Liston tillsammans med sina assistenter utförde en lårbensamputation. Amputationen tog 28 sekunder och patienten som vaknade efter några minuter hade vare sig skrik eller rört sig under ingreppet. Termen "eterisation" myntades och framgångarna med att operera med eter spreds snabbt och beskrevs i dåtida tidningar som en medicinhistorisk succé och man pratade om att man nu besegrat smärta. En av de som var med som åhörare i operationssalen under Robert Listons första eteroperation var den unge medicinstuderande Joseph Lister.

Trängseln i operationssalarna ökar

Ären efter att eter infördes som anestesi vid operationer sjönk antalet lyckade operationer. Kirurgerna blev djärvare när det nu gick att operera utan smärta, och allt fler patienter kom att opereras. Operationssalarna blev än mer smutsiga efter som dom kom att användas oftare. Trängseln i operationssalarna ökade eftersom fler åhörare var med och tittade på operationerna. Kirurgerna opererade med otvättade instrument och saknade helt grundläggande kunskaper i hygien och vad som orsakade infektioner. Ett stort antal av patienterna dog eller invaliderades av postoperativa infektioner och sjukhusens rykte försämrades över hela världen. Sjukhusen fruktades av patienter och kirurgerna började tvivla på sina förmågor. Ingen visste varför patienterna drabbades av infektioner eller hur dom smittades. En teori många kirurger trodde på vara att luften på sjukhus var mättad av giftiga gaser som spreds i luften från alla sår och infekterade patienter.

1852 avslutade Lister sina medicinstudier för att därefter påbörja sin träning till kirurg. Lister visade tidigt på fallenhet för vetenskapliga experiment och visade stort intresse för inflammation, sårläggning och det okända varför sår började vara. Han undersökte och tittade på infekterad vävnad mikroskopiskt vilket det var få andra som lade vikt vid under denna tid.

Dr Lister reste till Edinburgh, Skottland för att fortsätta sin kirurgiska träning hos den berömde kirurgen James Syme, även kallad för "kirurgins Napoleon". Dr Symes berömmelse berodde till stor del på hans utveckling av fotledsamputationer, där hälen behålls intakt. Ingreppet benämns Syme amputation eller exarticulation enligt Syme. Ingreppet utförs än idag på samma vis som Syme beskrev det 1843. Lister blev väl omhändertagen av Symes som utbildade honom i kirurgi och som behandlade honom som en familjemedlem. Lister kom också senare att bli en av familjen genom att gifta sig med Symes äldsta dotter Agnes. Hustrun Agnes kom att bli ett stort stöd för Lister och arbetade tillsammans med honom med hans vetenskapliga experiment. Hon tog ofta diktamen och var den som renskrev hans arbeten. Hon uppmuntrade honom och var hans främste supporter, fast övertygad om att han hade rätt i sina tankar och idéer.

Sjukhussjuka

I sitt arbete kom Lister åter i kontakt med infekterade sår med patienter som dog av *sepsis*, *erysipelas*, *pyemi* (utvecklandet av varfyllda bölder) eller *kallbrand*. Dessa fyra åkommor kom senare gemensamt benämnas sjukhussjuka. Lister började se ett mönster hos olika patienter, där de som hade slutna frakturer, utan någon påverkan på huden sällan eller aldrig drabbades av infektioner, till skillnad mot patienter med öppna frakturer som ganska omedelbart drabbades av infektioner. Lister resonerade utifrån detta att det ämne som orsakade varbildning och infektion måste få tillträde till patienten genom den skadade huden.

1860 flyttade Lister till Glasgow, Skottland, och tillträdde tjänsten som kirurgprofessor vid universitetet och som kirurg vid Glasgow Royal Infirmary. Det innebar en hektisk tid då han samtidigt som han undervisade medicinstudenter hade egen privatpraktik, arbetade vid sjukhuset och fortsatte sitt arbete kring sårinfektioner. Lister började misstänka att renlighet och förbättrad hygien vid sitt sjukhus förhoppningsvis kunde minska förekomsten av sjukhussjuka. Han anammade en filosofi som trodde att man kunde förhindra infektioner genom att tvätta sår och instrument i kallt vatten som först kokats upp för att sen avsvälja. Att vattnet skulle vara

kallt trodde man var viktigt därför att det skulle motverka den värme som man trodde orsakade inflammation och feber. Trots Listers ansträngningar med förbättrad hygien minskade inte dödligheten bland patienterna på hans avdelningar vid Royal Infirmary. Men Lister kom att bli mer övertygad att infektioner i sår orsakades av nåt ämne som fanns i luften och för att kunna stoppa infektionen behövde man förstöra detta ämne och förhindra att det kommer i kontakt med såret.

1864 fick Lister höra talas om upptäckter kring jäsning gjorda av en fransman vid namn Louis Pasteur. Pasteur hade upptäckt att jäsning orsakas av små mikroorganismer i luften och att dessa mikroorganismer kan falla ner i vilket ämne som helst och där orsaka jäsning och att det inte var luftens gaser utan just dessa små organismer som var orsaken till jäsningen. Lister tog till sig av denna förvånande upptäckt och resonerade att en jäsningsprocess var väldigt liknande den varbildning som han såg i sår och kanske kunde det vara samma sak. Att dessa mikroorganismer i luften också var orsaken till att sår infekterades. Pasteur hade genom experiment kunnat visa på att mikroorganismerna kunde förstöras på tre olika sätt; genom värme, filtrering eller antiseptiska medel. Lister räknade snabbt bort de två första eftersom det inte var praktiskt genomförbart vid sårbehandling. Han kom istället att fokusera på att hitta ett effektivt antiseptiskt medel som



Lister, steam spray, karbol spray. Wellcome Collection.

inte orsakade annan skada. Andra läkare hade redan använt olika antiseptiska medel för att skölja sår men då först efter att varbildning och infektion redan var ett faktum. Man förstod inte logiken att kunna använda dessa medel redan innan patienten drabbats av infektion. Många läkare var också övertygade om att varbildning och inflammation var nödvändiga faser i en läkeprocess.

Karbolsyra

Lister kom att experimentera med olika antiseptiska lösningar för att se vilka som bäst skulle kunna bekämpa mikroberna. Lister hörde talas om en ingenjör i Glasgow som lyckats få bort dålig lukt från avlopp. En lukt som man förmodade orsakades av jäsning genom att tillföra karbolsyra, fenol, i avloppsvattnet. Lister tänkte utifrån detta att kanske kunde användandet av karbolsyra i sår förhindra infektion. Karbolsyra upptäcktes första gången 1834 som kreosot och användes för att impregnera järnvägstimmer och skeppsvirke. Karbolsyra utvinns ur stenkolkstjära. I mars 1865 började han utföra tester på patienter med att tvätta sår med karbolsyra. Vid de första försöken drabbades patienterna ändå av infektioner, han förstod att ämnet behövde appliceras på annat sätt och med andra metoder. Han återkom därför till sin tidigare idé kring benbrott och hudstick och tänkte då behandla komplicerade öppna frakturer med karbolsyreindränkta kompresser. Lister resonerade att om behandlingen och försöken inte skulle fungera kunde man ju alltid senare amputera benet patienten drabbades av infektion.

Listers första fall med den nya behandlingen kom att bli den elvaårige pojken James Greenlees. James fördes 1865 svårt skadad in till Glasgow Royal Infirmary efter blivit överkörd av en vagn då han ouppmärksam korsat en gata. Vagnen kör över och krossar hans vänstra underben. Pojken anlände till sjukhuset tre timmar efter olyckan inträffat och var då i ett kritiskt tillstånd efter att förlorat mycket blod från den öppna underbensfrakturen. Såret var också rejält förorenat av jord och smuts. Lister bestämde sig för att våga chansa och testa sin karbolsyrabehandling istället för att direkt amputera benet. Pojken sövdes med kloroform och Lister började rengöra benet med karbolsyrelösning. Såret täcktes sen med en blandning av föns-

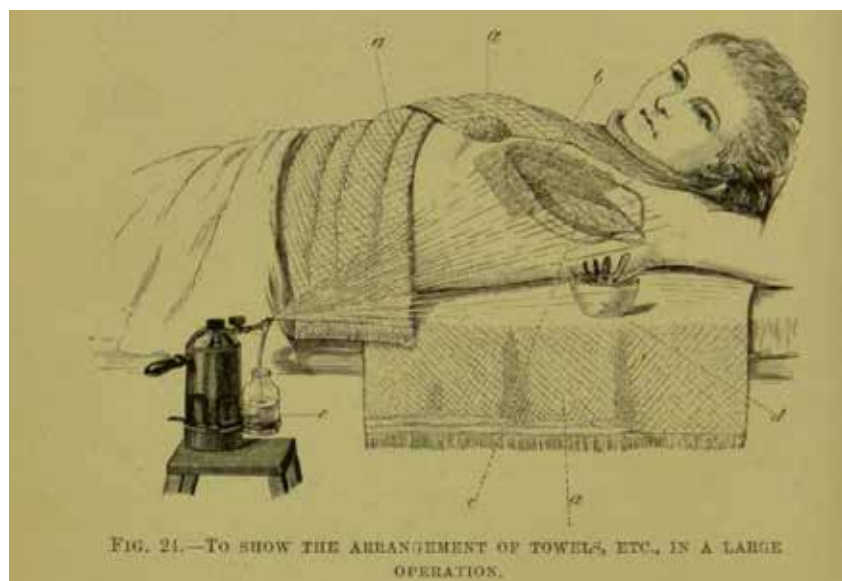
terkitt och karbolsyra. Kittblandningen skulle göra så att lösningen låg kvar på såret och inte sköljdes bort av blod. Allt täcktes med förband och ytterst en tennfilm för att förhindra avdunstning av karbolsyran.

Under de kommande dagarna skötte Lister pojkens förband genom att hålla på mer karbolsyra. Pojken var vid gott mod och såret visade inga tecken till infektion. På fjärde dagen sågs en oroad rodnad vilket var en reaktion på den starka karbolsyran. Lister spädde då ut karbolsyran med olivolja vilket visade sig ha god inverkan på såret och rodnaden bleknade bort. Sex veckor efter olyckan kunde pojken lämna sjukhuset gåendes på sina egna ben. Behandlingen var en stor framgång. Under de kommande månaderna kom Lister att behandla allt fler patienter med komplicerade frakturer med sin karbolsyrametod. Behandlingen visade mycket goda resultat och åtta av tio fall med komplicerade frakturer överlevde tack vare Lister och karbolsyran. Inte ett enda fall av sjukhussjuka hade inträffat på Listers vårdavdelningar efter att hans metoder införts.

Lister fortsatte att experimentera och utveckla sin metod även vid annan kirurgi. Han kom att rekommendera utvidgad antiseptisk behandling vid operationer vilket innefattade att allt material, instrument, suturer, kompresser och tork rengörs i karbollösning, lika så kirurgens händer och patientens hud.

Lister förstod hur betydelsefulla hans metoder var och vilka möjligheter det skulle få på kirurgins utveckling om han kunde övertyga andra att göra lika. 1867 två år efter de första försöken publicerade Lister sina upptäckter i totalt fem artiklar i *The Lancet*. I artiklarna beskrev Lister att han utvecklat ett system utifrån Pasteurs idéer om att förruttnelse orsakas av smittoämnen i luften och att det är nödvändigt att bandagera sår med ett material som har förmåga att döda dessa små septiska smittoämnen och användandet av karbolsyrans bakteriedödande egenskaper för att förhindra bakteriekontamination av såret men också döda de bakterier som redan fått fäste. Listers artiklar var mer instruktiva än teoretiska, han beskriver olika patientfall med avsikt att "visa" läsarna så att dom själva skulle kunna ta efter hans metoder. Listers idéer mottogs rätt positivt bland läkarkåren, men han kritiserades stundtals hårt och hade många motståndare bland läkarkollegorna. En av den mest öppet kritiske var den inflytelserika läkaren James Y Simpson, som var upptäckare av kloroform och drottning Viktoria av Storbritanniens personlige förlossningsläkare. En annan motståndare var den kände kirurgen James Paget som också var ledamot i Kungliga Svenska vetenskapsakademien. Paget hade uppnått varierande resultat när han använde sig av Listers metoder och kom att förkasta att dessa metoder med orden att de var "helt klart inget att ha". ●

Del 2 i historien om Lister kommer i nr 2



Antiseptic surgery: its principles, practice, history, and results / by W. Watson Cheyne. Cheyne, William Watson, Sir, 1852-1932 Date: 1882 London: Smith, Elder, & Co., 1882

FAKTA

Antiseptisk syftar till att bekämpa redan befintliga mikroorganismer,

Aseptisk syftar till att förhindra uppkomsten av mikroorganismer, genom rengöring/sterilisering "hålla det rena rent"

Referenser

Berg J. Resebref från Dr Jahn Berg. HYGIEA Medicinsk och Farmaceutisk månadsskrift N:5 Maj 1880

Burnham P J. New Bandage Scissors JAMA Oct 11 1958

Ellis H. Lister's sinus forceps. JPP vol 17 no 5 May 2007

Fitzharris L. Konsten att skära i kroppar, Joseph lister & den moderna kirurgins födelse. Atlantis, Stockholm 2017

Francoeur J R. Joseph Lister: Surgeon Scientist (1887-1912) Journal of investigative surgery; 13:129-132,2000.

Lindh A. I hvad mån bör och kan lands-ortsläkaren använda den antiseptiska sårbehandlingsmetoden. EIRA Tidskrift för Helso- och sjukvård. 5:te årgången N:r1 D .8 Jan 1881

Lister J. On the Antiseptic principle in the practice of surgery. The British medical journal (Sept 21 1867)

Lister J. On a New method of treating compound fracture, abscess, ETC. With observations on the conditions of suppuration. The Lancet ,March 16, 1867.,

Lister J. On a New method of treating compound fracture, abscess, ETC. With observations on the conditions of suppuration. The Lancet, March 23 1867

Lister J. On a New method of treating compound fracture, abscess, ETC. With observations on the conditions of suppuration. The Lancet March 30 1867,

Lister J. On a New method of treating compound fracture, abscess, ETC. With observations on the conditions of suppuration. The Lancet April 27 1867 J.

Lister J. On a New method of treating compound fracture, abscess, ETC. With observations on the conditions of suppuration. The Lancet July 27 1867.

Lidwell O M. Joseph Lister and infection from the air. Epidem.inf. (1987) 569-578.

Nakayama D K. Antisepsis and asepsis and how they shaped modern surgery. The American Surgeon June 2018 vol 84

Tan S Y. Tasaki, A. Medicine in stamps. Joseph Lister (1827-1912): Father of anti-sepsis. Singapore Med J 2007;48(7):605

Thompson C J S Lord Lister. The discoverer of antiseptic surgery. John Bale sons & Danielsson LTD London 1934 <https://wellcomecollection.org/works/bcuwy4y>



Infection can be catastrophic

Many factors can challenge the outcome of your procedures. In a published study, knotless tissue control devices provided a significantly more watertight seal comparable to traditional sutures in a cadaver model.^{1*} STRATAFIX™ Plus Knotless Tissue Control Devices with IRGACARE®# MP (tricolsan), are the only commercially available knotless tissue control devices with antibacterial protection.^{2,4} DERMABOND™ PRINEO™ Skin Closure System provides a flexible microbial barrier with 99% protection in vitro for 72 hours against organisms commonly responsible for SSIs.^{5**}

Protect your patients from the inside out

STRATAFIX™ Plus Knotless
Tissue Control Devices

DERMABOND™ PRINEO™
Skin Closure System

Please refer always to the Instructions for Use / Package Insert that come with the device for the most current and complete instructions.

*standard interrupted suture. #A trademark of BASF. **Staphylococcus epidermidis, Escherichia coli, Staphylococcus aureus, Pseudomonas aeruginosa and Enterococcus faecium

References: 1. Heit M, Avilar R, Sheehan M, Cashner F. Water tight knee arthroscopy closure: comparison of a novel single directional barbed self-retracting suture versus conventional interrupted sutures. J Arthro Surg. 2010;24(5):550. (10.1016/j.arthro.2009.08.010). 2. Ming X, Rothmiller S, Yang D. In vitro antibacterial efficacy of Monocryl Plus Antibacterial Suture (polyglactone 25 with tricolsan). Surg Infect (Larchmt). 2007;8(2):201-207. (10.1089/sur.2006.0040). 3. Ming X, Rothmiller S, Nichols M. In vivo and in vitro antibacterial efficacy of PDS Plus (polydioxanone) with tricolsan suture. Surg Infect (Larchmt). 2006;6(4):497-502. (10.1089/sur.2005.0040). 4. Barakat TA. Chemistry and safety of tricolsan, and its use as an antimicrobial on Coated VICRYL® Plus Antibacterial Suture (coated polyglactin 910 suture with tricolsan). Surg Infect (Larchmt). 2003;3(suppl1):S45-S53. (10.1089/sur.2003.0040). 5. Ethicon, Inc. DERMABOND™ Study Report for in vitro evaluation of microbial barrier properties of DERMABOND™. Protocol December 2006. Data on File. (142226-200603)

Ethicon Endo-Surgery (Europe) GmbH
Hummelsbüdeler Strasse 71
22851 Norderstedt, Germany

www.jnjmedicaldevices.com

© Ethicon Endo-Surgery (Europe) GmbH 2021. 101716-210719 EMEA

ETHICON
Johnson & Johnson SURGICAL TECHNOLOGIES

Rengöring är grunden till all renhet

Rengöring är grunden till all renhet inklusive den mikrobiologiska renheten. Städning eller rengöring, är det någon skillnad? Nej, det är det inte. I svenska språket har vi två begrepp med samma betydelse och syfte dvs. att lösgöra, fånga upp och transportera bort en förorening. Oavsett om man använder begreppet städning eller rengöring menar man samma sak. Rengöring syftar till att minska mängden mikroorganismer i miljön och är en viktig faktor för att förebygga smittspridning och vårdrelaterade infektioner.

Lagar och föreskrifter om miljö, arbetsmiljö och hälso- och sjukvård ger generella anvisningar om åtgärder för att förebygga ohälsa och smitta även om specifika anvisningar för städning och städverksamheter saknas. I Hälso- och sjukvårdslagen finns det ett uttalat krav på att vården ska vara av god hygienisk standard. God hygien och en välstädd miljö är grundläggande för att minska risken att sprida smitta. I lokaler och utrymmen där många människor samlas ökar risken för smittspridning. För att hålla en god hygienisk standard behövs regelbunden rengöring för att minska och avlägsna föroreningar från miljön. Syftet med rengöring är bland annat att motverka risker för olycksfall och ohälsa. I en välstädd lokal minskar riskerna att få i sig hälsofarliga ämnen genom inandning eller hudkontakt. Damm inomhus kan innehålla olika ämnen som kan påverka människors hälsa, ex. mögelsporer, kvalster, bakterier, virus och hudflagor. Dessutom kan olika kemiska föroreningar finnas bundna på partiklarna.

Det är viktigt att städmetoder och rutiner är anpassade efter lokalens funktion och verksamhet. De metoder som väljs ska innebära så liten risk som möjligt för arbetstagare och miljö. Lokaler med tillhörande inredning och utrustning ska underhållas och rengöras på ett tillfredsställande sätt för att förebygga

olycksfall och ohälsa. Detta ska utföras regelbundet och enligt på förhand uppgjorda rutiner som är anpassade efter verksamhet, rummets funktion och användningsfrekvens.

Rengöringsmetod kan t ex bestå av att man använder rengöringsmedel och vatten på engångs- eller flergångsduk eller mikrofiberduk. Rengöring med vatten och rengöringsmedel utförd med rätt metod är tillräckligt på de flesta ytor förutsatt att punktdesinfektion utförts vid synligt spill av kroppsvätskor. Oavsett metod är den *mekaniska bearbetningen* avgörande för att uppnå ett fullgott resultat.

Desinfektionsmedel ska ha genomgått provningar enligt standarder inom det medicinska området för att påvisa om de innehåller aktiva substanser mot mikroorganismer. Ytdesinfektionsmedel, lämpliga i vårdlokaler, är i Sverige vanligen baserade på alkoholer (Etanol eller Isopropanol) eller oxiderande medel (natriumhypoklorit, peroxider, accelererande väteperoxid). Dessa medel har effekt mot bakterier och virus. Ytdesinfektionsmedlet ska ha desinfekterande och rengörande effekt, saknas detta ska ytan först rengöras, torkas torr och sedan desinfekteras.

Ytan ska alltid bearbetas mekaniskt eftersom detta ökar desinfektionseffekten, sprayning ska undvikas på grund av att det kan ge otillräcklig täckning av ytan och att det kan medföra risk för inandning. Inverkningsstiden efter mekanisk bearbetning är den som tillverkaren anger. Vilket eller vilka desinfektionsmedel som finns upphandlade kan skilja sig i olika regioner. Kontakta Er Vårdhygienenhet vid frågor om olika desinfektionsmedel.

Rutin på operationsrum

Rengöring och desinfektion på operationssal delas ofta in i tre delar: en gång



Foto: Peo Sjöberg

Ann-Sofi Mattsson

per dygn, före första operationen samt efter/mellan operationer.

Minst en gång per dygn rengörs hela golvytan, all utrustning t ex uppdukningssbord, rullbord, pallar, mediearmar, operationslampor mm och väggar avfläckas med lokalt anpassad rengöringsmetod. Efter rengöring desinfekteras kritiska punkter dvs. ytor som används eller vidrörs frekvent och kan utgöra risk för smittspridning. Dessa ytor kan t ex vara dörrhandtag, lådhantag, manöverpaneler mm. Här kan man konsultera Vårdhygien för att identifiera de kritiska punkter som finns för varje enskilt operationsrum.

All medicinteknisk utrustning rengörs och desinfekteras enligt leverantörs anvisning. Rengöring- och desinfektionsmetod, med vad, av vem samt identifierade kritiska punkter ska framgå av lokal städrutin för verksamheten.

Inför dagens första operation desinfekteras operationslampa, alla nåbara horisontella patientnära ytor samt avlastningsytor för medicintekniska produkter. Denna desinfektion avser att desinfektera ytor där damm, bakteriebärande partiklar, fallit ned efter slutstädning och då ventilationssystemet inte



gått på full effekt. All utrustning och medicintekniska produkter som tas in på rummet ska också desinfekteras.

Mellan operationer ska rummet tömmas på material och utrustning som inte är rumsbunden och som använts vid föregående operation. Rengöring och desinfektion av operationsrum genomförs alltid med stängda dörrar för att säkerställa att borttransport av luftburna kontaminationer via ventilationssystemets sker. Avlägsna blod och andra kroppsvätskor från golv och pallar med desinfektionsmedel på engångsduk. Vid stora mängder kan t ex uppsugningsduk eller engångsduk fuktad med vatten användas. Golvområdet kring operationsbädden och fotpallar rengörs med rengöringsmedel och vatten enligt lokal rutin. Desinfektera operationslampa, alla nåbara horisontella patientnära ytor, arbetsytor, kritiska punkter samt medicintekniska produkter. Rengör och desinfektera operationsbädden.

Storstäd, en mer omfattande rengöring av operationssalen, bör utföras minst en gång per år men kan beroende på verksamhet, utrustning m.m. behöva utföras mer frekvent än så. En riskbedömning bör göras, samråd med er Vårdhygienheten.

Luddavskiljare (frånluftfilter) ska vara lätt att rengöra och desinfektera alternativt byta. Rutin för kontroll och rengöring eller byte av luddavskiljare ska ske enligt leverantörs anvisning och det ska i den lokala rutinen vara tydligt vem som utför rengöring/desinfektering/byte.

När behöver vi göra något utöver det vanliga?

Ofta vet man inte om smitta föreligger. Det är därför viktigt att alltid arbeta på ett säkert och korrekt sätt. Rengöring och desinfektion bör därför alltid följa samma rutin oavsett om det finns en konstaterad smitta eller inte. En Stafylokok inaktiveras av desinfektionsmedel på samma sätt oavsett om den är resistent mot antibiotika eller inte och en vanlig, känslig Stafylokok kan också orsaka infektioner. Tänk alltid att operationsrummet ska vara lika rent inför varje operation. De desinfektionsmedel vi vanligen använder har god effekt mot de flesta smittämnen. Undantagen kan vara sporbildande bakterier (tarmspill då patient har *Clostridoides difficile* enterit), prioner och vid tarmspill/diarré/kräkning p.g.a. calicivirus.

Om man istället för att fokusera på specifika smittämnen fokuserar på riskfaktorer, såsom mycket spill av

kroppsvätskor eller moln av hudflagor, när man rengör och desinfekterar får man troligen en säkrare rutin.

Ibland applicerar vi rutiner för rengöring och städning av vårdrum inom slutenvården på operationsrummet, men det är inte alltid överförbart. Dels har operationsrummet en mer avancerad ventilation som späder ut och för bort smittämnen mer effektivt än ventilationen i ett vådrum. Dels vistas patienten på en begränsad yta under kort tid samt är inbäddad /inklädd så mängden smittämne från patienten hamnar på en begränsad yta.

Kontakta Er Vårdhygienheten för konsultation vid utarbetande av lokala riktlinjer för Er operationsenhet. ●

Referenser

<https://sfvh.se/stadning-av-wardlokaler-siv>

<https://www.vardhandboken.se/>

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

Arbetsväxling hur och varför?

En mycket aktuell fråga som Ann-Christine von Vogelsang försökt belysa ut de senaste åren. Vad är det som gäller diskuteras runt om i landet – *Vem får göra vad på en operationsavdelning eller vem får göra det vi anser är operationssjuksköterskeuppgifter?* Vilka regelverk är det som gäller?

På Socialstyrelsens hemsida hittar du *Vem får göra vad i hälso- och sjukvården och tandvården?* Där under listas Arbetsuppgifter A-Ö här hittar man några av de arbetsuppgifter i hälso- och sjukvården och tandvården som det ofta uppstår frågor om när det gäller ansvarsfördelning. Vissa arbetsuppgifter är särskilt reglerade och får bara utföras av en viss arbetskategori. Men de flesta arbetsuppgifter bestämmer verksamhetschefen vem som får utföra, baserat på den enskildes kompetens. Detta regleras i SOSFS 1997:14 *Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om delegering av arbetsuppgifter inom hälso- och sjukvård och tandvård (med senare tillägg/ändringar)*.

Vad är då erforderlig kompetens? Man skiljer på **formell kompetens** (legitimation eller godkänd högskoleutbildning som leder till yrkesexamen enligt

Vad är arbetsväxling?

- Synonymt med uppgiftsväxling och kompetensväxling
- Omfördelning av arbetsuppgifter mellan olika arbetsgrupper
- Socialstyrelsen anger: endast vissa arbetsmoment inom vården måste utföras av en specifik yrkeskategori. Det ger flexibilitet i fördelningen av arbetsuppgifter
- Många regioner använder uppgiftsväxling mellan sjuksköterskor och undersköterskor

särskild examensbeskrivning) och reell kompetens (att praktiskt kunna utföra en arbetsuppgift i alla dess delar). I båda dessa skrifter finns beskrivet vissa regler kring delegering nämligen att: Delegering kan användas bara då det framgår av särskild författning att så får ske. Det får heller inte användas för att lösa brist på personal eller av ekonomiska skäl. Den som delegerar ska vara formellt och reellt kompetent för uppgiften i fråga och den som mottar delegeringen ska vara reellt kompetent. Delegeringen ska vara personlig, tidsangiven och preciserad och undertecknas av båda parter. Exempel på ingrepp som utförs utanför operationsavdelning, utan tillgänglig operationssjuksköterska är pacemakerinläggning, percutan tracheostomi och intravasala ingrepp på röntgenavdelning. Inne på operationsavdelningar kan det röra sig om mindre operationer inom diverse specialiteter. Några exempel är inläggning av subcutan venport, cystoskopi, konisation, kilexcision vid bröstcancer. Andra professioner som ersätter operationssjuksköterskorna kan vara undersköterskor, tandsköterskor, röntgensjuksköterskor, grundutbildade sjuksköterskor eller läkare.

De argument som verksamhetschefer ofta hänvisar till är brist på operations-

sjuksköterskor och att produktionen måste upprätthållas, att det gäller okomplicerade ingrepp som inte kräver operationssjuksköterske kompetens eller att man vill ge operationssjuksköterskor administrativ tid och möjlighet till kompetensutveckling. Man tycker även att det är bra för undersköterskor att få kompetensutveckla sig och kan ta över ingrepp som operationssjuksköterskor inte tycker är roliga. Specialistsjuksköterska inom operationssjukvård är en skyddad titel är ett yrke med krav på fördjupad högskolekompetens, har en särskild examensbeskrivning och en egen kompetensbeskrivning. Riksförningens vetenskapliga råd har arbetat fram en ny Riksförning anser och rekommenderar angående arbetsväxling av operationssjuksköterskans arbetsuppgifter med bibehållen patientsäkerhet. Där tas patientsäkerhetsrisker vid arbetsväxling upp samt vilka arbetsuppgifter som kan arbetsväxlas till legitimerad respektive olegitimerad utövare med bibehållen patientsäkerhet samt vilken evidens man åberopar. Finns på Riksförningens hemsida att hämta under publikationer. ●

Lästips:

1. SOU 2016:2 Effektiv vård, Regeringen och SKL har gemensamma analys om framtidens vård
2. SFS 2010:659 Patientsäkerhetslagen (om arbetstagares ansvar)
3. SFS 2016:150 Lag om ändring i patientsäkerhetslagen
4. SSYK 2012 Standard för svensk yrkesklassificering 2012
5. Vem får göra vad inom hälso- och sjukvård och tandvård?
6. Högskoleförordningen (med senare tillägg/ändringar)
7. Riksförning för operationssjukvård, Svensk sjuksköterskeförning Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska med specialistexamen inriktning mot operationssjukvård.



**STORT TACK FÖR ALLA TREVLIGA MÖTEN PÅ
HÖSTKONGRESSEN!**

**VI SER FRAM EMOT ATT HJÄLPA ER MED SERVICE
OCH SUPPORT OCKSÅ UNDER 2023.**



VÅR KUNSKAP OCH ERFARENHET – ER BÄSTA GARANTI!



Centraloperation Ortopedisektionen

Danderyds sjukhus

Utbildning och utveckling i ett oslagbart operationsteam

På Centraloperation Ortopedisektionen, Danderyds sjukhus, försöker man skapa förutsättningar för både utbildning och utveckling. Tillsammans med medarbetargruppen arbetar vårdenhetschef Veronica Ringsäter och nytillträdda utbildningsledaren Tina Pettersson aktivt med att hitta nya vägar för att individer, grupp och verksamhet ska utvecklas.

Lättillgängligt lärande

Tina Pettersson blev klar operations-sjuksköterska 1990 och har sedan dess hunnit skaffa sig gedigen erfarenhet inom professionen. Genom sin karriär har hon hittills arbetat på flera olika sjukhus och kliniker där hon bland annat varit med och byggt upp operations-avdelningar. Numera är hon nytillträdd utbildningsledare på Centraloperation Ortopedisektionen på Danderyds sjukhus.

- Min vision är att alla ska ha tillgång till utbildning, det ska vara lättillgängligt och en naturlig del i det dagliga arbetet, säger Tina. Det gäller att ta vara på den kompetens som finns i verksamheten, att ha en lärande miljö där alla får ett utbyte av varandra över professionsgränserna, menar Tina.

Veronica Ringsäter håller med. Hon jobbar sedan maj 2020 som vårdenhetschef på Centraloperation Ortopedisektionen.

- Tanken är att personalen och jag försöker utveckla flöden och arbetssätt gemensamt samt skapar bra rutiner för oss på ortopedoperation. Det är väldigt roligt att se hur individerna växer med de uppgifter de får och att få ta del av alla deras tankar och idéer kring vår verksamhet. Utifrån det försöker jag som chef att skapa förutsättningar för att



Veronica Ringsäter och Tina Pettersson

kunna realisera det mina medarbetare ser behöver utvecklas och arbetas med, säger Veronica.

Därefter tillägger hon även

- Jag tycker det är väldigt roligt att arbeta med personal och de frågor som uppstår. Min egen drivkraft är att det är personalen som är experter i sitt område och jag ska försöka skapa förutsättningar så att alla ges möjlighet att utvecklas, ha en fin gemenskap i arbetsgruppen och att vi tillsammans är ett oslagbart team.

Styrkan finns i teamet

Veronica och Tina beskriver sitt team med värme.

- Det är en grupp med olika personligheter, vi har hela spannet. Samma sak när det gäller kompetens. Det finns medarbetare som är helt nyexaminerade operationssjuksköterskor, de som arbetat ett tag och så de som har 30 års erfarenhet inom yrket. Gemensamt är en nyfikenhet och vilja att förbättras, säger Tina.

Den goda mixen i teamet ser Veronica och Tina som en bra grund för utveckling.

- De mer erfarna operationssjuksköterskorna har lugnet och kan delge sina erfarenheter till resten av gruppen. De nyexaminerade bidrar med input gällande nya rön och kan även vara lite ifrågasättande till att saker görs "som de alltid gjorts" vilket är bra, menar Veronica.

För att de nyanställda ska få en bra start finns ett tydligt introprogram som nyligen setts över och gjorts om. Som nyanställd får man två mentorer; en förstamentor som är en relativt junior operationssjuksköterska och en andramentor som är mer erfaren. Även de nya medarbetarna tar snabbt ansvar för text studenter, vilket får dem att växa enligt Veronicas upplevelse.

Utbildning och utveckling en naturlig del av verksamheten

För att få till utbildningar i stort och smått finns ett tydligt upplägg med fördelning av ansvarsområden, fortbildning internt och extern samt opsyssalar för att alla oavsett roll ska få fylla på med nya kunskaper. Utvecklingsmöjligheterna är stora då området i sig är väldigt brett.



Utöver de obligatoriska utbildningarna såsom exempelvis hjärt- och lungräddning finns tex inplanerade studiedagar tre gånger per år. Inför dem tar Tina in förslag på behov och agenda från medarbetarna så att innehållet blir relevant för teamet. I verksamheten genomförs även MT-dagar med besök från inbjudna externa experter.

- En gång per månad har vi ett teammöte där vi även avsatt tid för mikrotbildning. Det innebär att en av våra medarbetare håller en kort utbildning inom det område som hen har ansvar för. På eftermiddagarna, integrerat i verksamheten, försöker vi också få in korta genomgångar på en kvart där en medarbetare delger kunskap till sina kollegor, säger Tina.

Veronica understryker vikten av att utveckling och utbildning ska vara en naturlig del av verksamheten. Lyckas man med det menar hon att det även leder till att alla känner sig sedda, hörda och bekräftade.

- Vi ger uppdrag till en person att inför kommande möte ta fram en artikel/göra omvärldsbevakning som är kopplat till vetenskap och utveckling av verksamhe-

ten. Detta presenterar medarbetaren för resten av gruppen. Alla läser på till nästa mötestillfälle där vi tar ställning till om det är något som kan tillföra något bra till verksamheten, berättar Veronica.

Tacklar utmaningar genom förståelse för varandra och verksamheten

Självklart finns det utmaningar med att få till den utveckling och utbildning som man önskar. Antalet operationer kan variera i en akutverksamhet 24-7, vilket gör det ännu viktigare att lärandet är lättillgängligt och integrerat i det dagliga arbetet.

- Det gäller att få personalen att förstå att interna utbildningar kan vara minst lika bra som externa kurser, eftersom den externa kursledaren inte är fullt insatt i vår specifika verksamhet. Det behövs extern input men det är inte samma sak som att gå enbart externa utbildningar. Det viktiga är uppföljningen som sker efter att någon varit på extern utbildning. Till nästa veckomöte ombeds därför medarbetaren att punkta ner vad hen tagit med sig och göra en mikrotbildning för kollegorna. Vår förhoppning är att ta fram en egen "kokbok" utifrån den kunskap som medarbetarna besitter,

det vi lär av varandra och det vi tagit med oss från kurser, säger Tina.

Veronica lyfter utmaningen med att få in utbildningen i vardagen och ändå nå de produktionsmål som finns. En strategi är att sätta ihop arbetsgrupper som jobbar med olika flöden och kan se vad som kan göras för att jobba smartare. Effektivt arbete innebär inte att springa fortare utan att hitta smartare lösningar. För att få alla att förstå hela flödet och hur en sak påverkar en annan försöker man även att arbeta tvärprofessionellt. Genom auskultationer kan man öka förståelsen för varandras utmaningar.

- Det är också vanligt att det finns några individer som är lite rädda för utveckling och de behöver få känna trygghet samtidigt som vi strävar framåt. Som chef tycker jag att även de som är mer återhållsamma fyller en viktig funktion i utvecklingsarbetet då de reflekterar och ifrågasätter vilket gör att vi inte går fram för fort. De som inte vill driva utveckling behöver inte det men de kommer sannolikt att hänga med tillslut, det är en tidsfråga. Men alla behöver inte stå på barrikaden, då skulle det inte bli bra, menar Veronica.



Varje individ expert inom sitt område

Nyckeln till ett lyckat utvecklingsarbete tror Veronica bland annat är att varje individ får vara expert inom sitt område och då känner sig behövda. Genom att skapa en tillåtande miljö med trygghet i gruppen och ledarskapet kan man förhoppningsvis möjliggöra detta. Självklart finns även tydliga mål för att alla ska veta vad som förväntas och när man nått dit man ska.

- Vi har tydliga mål för salen, dagen och verksamheten. Dessa ligger förstås i linje med de mål som finns på varje nivå högre upp i organisationen. Vi jobbar med checklistor och avstämningar för att tydliggöra vad som gått bra och mindre bra. Genom en god stämning i teamet försöker vi se till att alla även vågar ge och ta konstruktiv kritik. Då kan vi se hur vi ska jobba framåt, säger Veronica.

Med avstamp i medarbetarenkätens resultat försöker Veronica och medarbetarna konkretisera vad fokus ska vara under kommande år.

- Först får alla medarbetare resultatet mailat till sig. Sedan återkommer varje person till mig med vad hen skulle vilja jobba med och på vilket sätt. Jag sammanställer önskemålen och presenterar dem för hela gruppen, vilken gemensamt

väljer ut tre-fyra fokusområden. Därefter beslutar alla tillsammans hur vi ska arbeta med de olika områdena samt sätter en tidsbestämd projektplan utifrån vad som pågår, vad som ska ske och vad som ska uppnås, berättar Veronica.

Första året fick hon inte några förslag men nästa år blev det bättre. Kanske beror det på att Veronica stod på sig. Hon har försökt få alla medarbetare att förstå hur viktiga de är i teamet och verksamheten. Alla är värdefulla och behöver bidra för att det ska bli riktigt bra.

Framåt är tanken att starta ett avvikelseråd där man utifrån vad som hänt kan sätta samman arbetsgrupper som ser över rutiner och arbetssätt. Alla ska även få prova att vara sektionsledare för en dag. Det finns många tankar och idéer om hur saker ska göras på enheten och därför är det vettigt att låta varje person förstå hur komplext det är att få ihop verksamheten, att få se helheten. Då kan man förhoppningsvis förstå sin del i det hela ännu bättre.

- Vad varje enskild individ har för utvecklingsmöjligheter lyfts lättast vid medarbetarsamtalet. Då försöker jag vända det som tas upp till något positivt för att det ska vara lättare att prata om för medarbetaren, säger Veronica som även lyfter att hon försöker synliggöra

för gruppen var den befinner sig gällande gruppdynamik.

- Det är viktigt att vi fortsätter behandla varandra med respekt och har sjyst bemötande där alla hjälps åt. Men för att vi ska utvecklas som grupp behövs också en medvetenhet om vad som kan förbättras och då måste man våga säga till varandra om det blivit fel, menar Veronica.

Framgångsfaktorer och vision

Det finns många faktorer som påverkar hur man lyckas med utvecklingsarbetet menar Tina och Veronica. Men nyckeln verkar vara att utgå från varje enskild individ.

- Vi försöker se varje individ där hen befinner sig men även få ihop alla individer i en grupp så att de känner att de är viktiga i ett sammanhang. Tanken är att låta varje individ växa med den kompetens hen har och bygga vidare på det. Grunden ligger också i att ha förståelse för att livet ser olika ut för olika människor och utgå från det, säger Veronica.

Tina håller med och tillägger även

- Vi har en verksamhet som styrs av operationer, vilket vi inte kan påverka i så stor grad. Därför är det ännu viktigare att alla blir bekräftade.

Vad har Veronica och Tina för vision framåt? Jo, att fortsätta sträva efter att vara Stockholms bästa ortopedoperation med fokus på trygghet, utveckling och utbildning. Sätta upp rimliga mål för Centraloperation Ortopedisektionen vilka matchar Danderyds sjukhus övergripande mål. Då är det lättare att jobba på och sträva tillsammans framåt i ett oslagbart team.

Kort om verksamheten

Centraloperation Ortopedisektionen, Danderyds sjukhus, är en bred operationsavdelning som hanterar allt från frakturer och sår till stora revisioner. Operationsenheten är näst störst i Sverige inom revisionskirurgi. Teamet består av ca 40 anställda; operationssjuksköterskor, bemanningsassistent, operationsundersköterskor och utbildningsledare. Hög delaktighet, nyfikenhet och lättillgängligt lärande ligger som grund för utvecklingen på ortopedoperation. ●

The image shows a surgical team in an operating room. Two surgeons in blue scrubs, masks, and hairnets are performing a procedure. A patient is lying on the table, partially covered by a white DHC Pad. The pad is a large, white, rectangular cushion with straps, designed to support the patient in the Trendelenburg position. The background is slightly blurred, focusing attention on the surgical team and the patient.

MEDI PLAST

DHC PAD

KOMPLETT PAKET FÖR PATIENTER I TRENDELENBURGPOSITION

DHC Pad är utvecklad för att ge en säker positionering och minimera risken för att patienten glider under operation i Trendelenburgposition. Dess tryckavlastande egenskaper ger ökad komfort för patienten och minimerar risken för tryckrelaterade skador.

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

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

mediplast.com

Fysisk arbetsbelastning

- Individ- eller yrkesproblem?

Att stå upp mycket tillhör det dagliga arbetet för majoriteten av alla operationssjuksköterskor. Det statiska arbetet, i kombination med det tunga arbetet (exempelvis att lyfta galler), är ergonomiska utmaningar som riskerar att leda till sämre arbetsställningar, vilket i sin tur kan leda till fysiska besvär och arbetsbelastning. Detta ämne utforskade studenterna Eric Corneliussen, operationssjuksköterska på Södersjukhuset, och Laura Geete, operationssjuksköterska på Helsingborgs Lasarett, vid Lunds universitet i sin magisteruppsats *“Än så står jag pall!” - En enkätstudie med fokus på operationssjuksköterskans ergonomi och fysiska arbetsbelastning*.

Data samlades in från 140 operations-sjuksköterskor från Facebookgruppen Operationssjuksköterskor via en egenutformad webbenkät. Enkäten bestod av frågor om bakgrundsinformation samt frågor med svarsalternativ, främst riktade mot lokaliseringen och upplevelsen av fysisk arbetsbelastning hos deltagarna. De sista frågorna var kvalitativa med öppna svar angående fysisk arbetsbelastning, vad arbetsgivaren respektive operationssjuksköterskor själva kunde göra för att främja sin ergonomi och en fråga riktade sig mot teamet. Bland deltagarna var 95% kvinnor och åldersspannet låg mellan 27 och 79 år med en medelålder på 48 år. År som verksam operationssjuksköterska var mellan 0 och 46 år, med en medeltid på 17 år. Majoriteten av deltagarna (99%) var vid tiden för datainsamlingen aktiva inom yrket.

Det framkom att en stor del av deltagarna (83%) uppgav frekventa fysiska besvär från två eller flera platser på kroppen på grund av sitt yrke. Dessa påfrestningar uppstod i samband med det

fysiska arbetet operationssjuksköterskor behöver göra i sitt yrke, exempelvis vid tunga lyft och obekväma arbetsställningar. Fysisk arbetsbelastning påverkade deltagarna i högre grad ju mer frekvent som de upplevde besvärerna. Kategorier som framkom av resultatet var *operationssjuksköterskans fysiska arbetsbelastning, egenvård, stöd från arbetsgivare samt operationssjuksköterskan och ergonomin i teamet*. Dessa kategorier beskrev hur deltagarna hanterade sina besvär och vilket stöd som de fick av sina kollegor och arbetsgivare varierade.

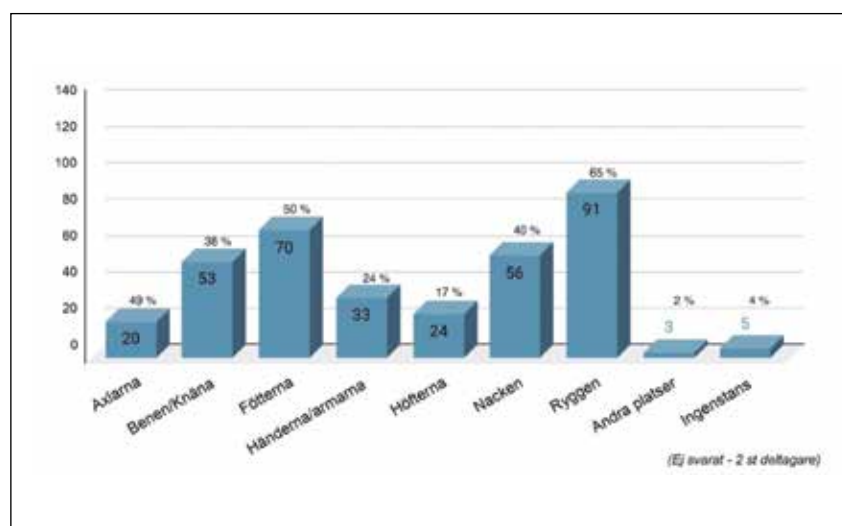
Operationssjuksköterskans fysiska arbetsbelastning

Flera av deltagarna (76%) stod eller gick under hela arbetsdagen och 60% stod upp en till tre timmar i sträck vid ett eller flera tillfällen under arbetsdagen. Långvarigt gående eller stående kunde orsaka smärta på olika delar av kroppen som beskrevs av deltagarna som värk, stelhet samt huvudvärk. Platser på kroppen som var mest drabbade var ryggen, fötterna och nacken.

Fysiska belastningsbesvär

I Arbetsmiljöverkets författningssamling (AFS 2012:2) definieras arbetsbelastning (eller belastningsbesvär) som besvär i rörelseorganen, potentiellt kopplad till arbetsförhållandena, och som lett till någon form av ohälsa för personen. Dessa besvär kan ha uppstått på grund av arbetet eller funnits sedan tidigare men förvärras av arbetet. Belastningsbesvär inkluderar både lätta och övergående besvär men även kroniska skador (Arbetsmiljöverkets föreskrifter om ändring i Arbetsmiljöverkets föreskrifter och allmänna råd (AFS 2012:2) om belastningsergonomi (AFS 2019:8). Vid 2019:s sammanställning så var en av tre anmälda arbetssjukdomar till Försäkringskassan relaterade till ergonomiska belastningsfaktorer (Arbetsmiljöverket, 2020).

Tabell 1. Platser på kroppen där deltagarna upplevde fysisk arbetsbelastning.



Egenvård och stöd från arbetsgivare

Motionen, såsom styrketräning, yoga och löpning, beskrevs som betydelsefull för att hantera besvär relaterade till arbetsbelastning, då det beskrevs stärka kroppen och undvika skador i yrket enligt deltagarna. Farmakologiska alternativ uppmärksammades också av deltagarna, främst smärtlindrande läkemedel för att lindra den fysiska arbetsbelastningen. Vissa deltagare beskrev att de hade opererats för belastningsskador och behövde ta smärtlindring ibland för att orka med arbetsdagen. Det fanns stora åsiktsskiljaktigheter bland deltagarnas svar huruvida stödet av arbetsgivare upplevdes. Friskvårdsbidrag, schemaläggning samt interna utbildningar var ett par faktorer som nämndes av deltagarna när det gällde stöd från arbetsgivare. Det nämndes även organisatoriska faktorer som personalbrist och arbetsvariation.

Operationssjuksköterskan och ergonomin i teamet

Det var varierande upplevelser bland deltagarna om samarbete ur det ergonomiska perspektivet. Deltagarna beskrev ett delat ansvar vid exempelvis positionering, där alla hjälps åt. Det fanns ett delat ansvar bland professionerna att påminna varandra om sin arbetsställning uppgav vissa deltagare, dock var det omtvistat huruvida operatören ingick i teamet och hur mycket hen anpassade sig för kollegornas ergonomi. Andra beskrev också att arbetsgivaren hade ergonomiskt ansvar genom att exempelvis se till så att arbetsmiljön var ergonomiskt anpassad och inte underbemannad.

Sammanfattning

Det är mycket som ska tas i beaktning när ergonomiska förbättringar utförs, då ergonomi är ett komplext samspel som omfattar både fysiska, organisatoriska och mentala aspekter i arbetsmiljön. Enligt studien bekräftades arbetsbelastningen i den dagliga verksamheten samt vid vilka moment den uppstod och dess varaktighet. Studien visade att i yrket som operationssjuksköterska förekommer det regelbunden fysisk arbetsbelastning. Enligt den senaste statistiken från Socialstyrelsen (2022) så tillhör även majoriteten av operationssjuksköterskorna i Sverige övre medelåldern, vilket indikerar en potentiell personalbrist

Författarnas egna erfarenheter

Att arbeta som operationssjuksköterska kan fortfarande uppfattas som något av ett dolt yrke, där det inte riktigt framkommer hur arbetet sker bakom stängda dörrar. Yrket är ett samspel mellan människa och teknik, där teamarbete utgör kärnan i vården kring patienten. När studenterna Eric Corneliusson och Laura Geete skulle börja skriva sitt magisterarbete inom operationssjukvård så fastnade de båda för ämnet ergonomi, eftersom detta var ett ämne som berörde dem båda. Eric är lång (191 cm) och van att ofta behöva anpassa sin ställning i vardagen. Laura har sedan tidigare erfarenhet av monotont arbete inom produktionsmiljö samt är något kortare (160 cm), vilket också medför utmanande arbetsställningar. Det resulterade i att undersöka andra operations-sjuksköterskors erfarenheter av ergonomi på sitt arbete.



Eric Corneliusson och Laura Geete

i yrket inom en snar framtid. För att rekrytera och behålla flera operations-sjuksköterskor behövs en hälsosam och hållbar arbetsmiljö.

Egenvård bedrivs på många olika sätt och alla har individuella behov. Resultatet implicerar att fler preventiva åtgärder behövs i yrket för att förebygga fysisk arbetsbelastning. Arbetsgivarens stöd för att främja ergonomin har en betydelse för egenvården, men upplevs ibland inte vara tillräcklig av operations-sjuksköterskor. En uppmaning görs därför till arbetsplatser med perioperativ verksamhet att se över sin säkerhetskultur och den utrustning som krävs för att främja ergonomin. Stödet bör förbättras eller uppmärksammas mer, så att det faktiskt används. Ytterligare forskning behövs inom ergonomi och fysisk arbetsbelastning hos operations-sjuksköterskor, för att få en djupare förståelse och mer kontext i ämnena samt förbättra den perioperativa arbetsmiljön.

Texten är en förkortad version av magisteruppsatsen som vid intresse kan delges på förfrågan. ●

Lästips

Arbetsmiljöverket. (2020). Arbetsskador 2019 - Occupational accidents and work-related diseases (Arbetsmiljöstatistik rapport 2020:01). <https://www.av.se/globalassets/filer/statistik/arbetsskador-2019/arbetsmiljostatistik-rapport-2020-01-arbetsskador-2019.pdf>

Socialstyrelsen. (23 december 2021). Stöd i arbetet - Patientsäkerhet. <https://patientsakerhet.socialstyrelsen.se/arbetsakerhet/sakerhetskultur/>

Socialstyrelsen. (11 maj 2022). Statistik och data - HOSP. <https://www.socialstyrelsen.se/statistik-och-data/register/halso-och-sjukvardspersonal/>

A portrait of Irini Antoniadou, a woman with long brown hair, smiling. She is wearing a black jacket over a white shirt with a black and brown polka-dot pattern. She has several medals pinned to her jacket. She is holding a large bouquet of red flowers in her left hand and a framed certificate in her right hand. The certificate is titled "Hedersmedlem" and has her name "Irini Antoniadou" written on it. The background is a dark, textured grey.

Jag heter Irini Antoniadou, är 63 år och har arbetat som operationssjuksköterska i 25 år. Under RFop:s Höstkongress 2022 blev jag vald som ny hedersmedlem och nu vill jag dela med mig min karriär och hur jag har utvecklats i min yrkesroll som operationssjuksköterska genom åren.

Porträttet

Irini Antoniadou

Som ung undersköterska, var dryga 20 år, blev jag erbjuden arbete på plastikoperation på Akademiska sjukhuset, Uppsala. Det var en helt ny värld som öppnades för mig, detta med operation. Det var ett spännande, emellanåt fartfylt arbete och tempot kunde växla från en stund till en annan. Det här med att arbeta i människokroppen gjorde mig intresserad. Jag blev imponerad över vad som kunde göras med händerna i en patients kropp för att bota och/eller lindra med hjälp av material, teknik och operationsmetoder som fanns då, i början av 1980-talet. Det var jättestygt, tyckte jag då, och ville utbilda mig till operationssjuksköterska. I sammanhanget vill jag tacka de fantastiska operationssjuksköterskor som då arbetade på plastikoperation. Främst den dåvarande avdelningsföreståndaren Kerstin Ohlsén som öppnade upp detta fält för mig; bjöd in, berättade, förklarade och visade hur man gör i arbetet runt patienten som opereras.

Januari 1983 i Uppsala

När jag började min utbildning i januari 1983 i Uppsala, var Uppsala Läns Landsting huvudman och inte universitetet som det är numera. På den tiden kunde man välja direktutbildning till specialiteten eller allmän inriktning och det var en två-årig heltidsutbildning på 80 poäng. Direkt efter utbildningen i januari 1985 erbjöds jag ett vikariat som operationssjuksköterska på barnoperation på Akademiska sjukhuset, några fasta tjänster fanns inte just då på sjukhuset. Jag arbetade sammanlagt 30 år på Akademiska sjukhuset. Har under 1999 arbetat drygt ett år på neurooperation på Karolinska universitetssjukhuset i Solna, Stockholm. Utöver det har jag även fått möjligheten att få arbetat utomlands ett år på onkologsjukhuset Theagenio, Thessaloniki, i Grekland. Men sedan 2014 arbetar jag på barnoperation/barnPMI på Astrid Lindgrens Barnsjukhus på Karolinska universitetssjukhuset. Jag har fått förmånen att arbeta med alla specialiteter och med patienter från prematura till vuxna. Den enda specialiteten jag inte provat på är hjärt- och thoraxkirurgi.

Under en period tog jag tjänstledigt från arbetet som operationssjuksköterska för att arbeta mer med det pedagogiska fältet då jag fann mitt ökande intresse inom pedagogiken och lärandet. Arbetat som vårdlärare inom gymnasial utbildning inom omvård-

nad, samt på yrkeshögskola [YH], för undersköterskor inom akut- och geriatrisk sjukvård. Därefter följde arbete som adjunkt på specialistutbildningen inom operations-sjukvård vid Karolinska Institutet samt inom grundutbildningen för sjuksköterskor vid Högskolan i Gävle. Sammantaget har jag arbetat drygt sju år med olika utbildningsnivåer inom hälso- och sjukvård samt specialistutbildning. Det som varit givande med lärararbetet är att fått möta studenter som visat genuint intresse för vårdfältet; det har också varit glädjande då jag mött några av dem efteråt i sina yrkesroller och inom olika vårdområden och fått berättat av dem om var de befinner sig i för arbetssammanhanget i sin roll som undersköterska, sjuksköterska eller specialistsjuksköterska inom operationssjukvård. Det känns roligt att ha varit med och bidragit till individens lärande och professionsutveckling.

Barnoperation på Astrid Lindgrens

I augusti 2014 började jag på barnoperation på Astrid Lindgrens barnsjukhus som utbildningsledare och hade den rollen i drygt två år. Därefter och under tre och ett halvt år arbetade jag som första linjens chef på samma enhet. Tillsammans med två kollegor, Sofia Jonsson (barnoperation/barnPMI, Astrid Lindgrens barnsjukhus, Karolinska universitetssjukhuset) och Anneli Nilsson (barnoperation, Skånes universitetssjukhus, Lund) drev vi en kurs på avancerad nivå inom pediatrik perioperativ operationssjukvård 15 hp i samarbete med Institutionen för kvinnors och barns hälsa [KBH] vid Karolinska institutet. Kursen gavs två omgångar och en tredje var planerad att genomföras höstterminen 2022 men blev tyvärr inte av, vilket är att beklaga.

Under åren 1997–2012 satt jag i Riksföreningens för operationssjukvård [RFop] styrelse. Andra uppdrag jag haft är EORNA (European Operating Room Nurses Association) president 2005–2009 och IFPN (International Federation of Perioperative Nurses) president 2012–2015. Under all denna tid lyfte jag fram operationssjuksköterskans profession vare sig det handlade om att genomföra Vårdförbundets projekt "Att vara självklar", införandet av WHO:s checklista, både nationellt och globalt, eller samverka med andra professioner och intressenter inom den perioperativa vården. En mycket lärorik tid som jag är oerhört stolt och tacksam för.

För att hålla mig uppdaterad inom yrket läser jag en del forskning som berör den perioperativa vården, diskuterar med kollegor när tillfälle ges, följer relevanta webinarer samt deltar på relevanta konferenser. Sedan november 2020 är jag projektledare för ett Erasmusprojekt där vi tillsammans med andra europeiska partners arbetar fram en digital lärplattform (MYORCO) för studenter, nya i yrket och ledare inom operation- och anestesijukvård. I detta projektarbete gäller det att vara uppdaterad och ha de senaste rönen för att bidra med den kunskapen till nästa generation inom professionen och perioperativ vård.

Vi har en fantastisk profession!

Och jag ser inte några direkta nackdelar, allt hänger på vilket ledarskap som förs i organisationsstrukturen man arbetar inom och vilken kultur som finns. Operationssjuksköterskan är en viktig del i teamet med specialistkunskaper för att säkra att patienten får en god och säker vård; den som är planerad för vårdbehovet, tekniken, materialet och det bästa möjliga arbetsflödet på salen. Tillsammans med teamet på operationssalen "göra gott, lindra och bota" för varje patient man är med och vårdar.

Jag tycker möjlighet till lärande och kompetensutveckling är superviktigt! Genom att lära sig ny teknik, nya metoder och arbetssätt i en tvärprofessionell kontext, till nytta för sin professionsutveckling. Försöker alltid ha patientens omvårdnad i fokus och de behov som finns för att ge en god perioperativ vård. Att vara påläst och uppdaterad inför varje patient som ska tas omhand är viktigt, inte minst inom den pediatrika perioperativa vården. Barn är INTE små vuxna!

Till sist men inte minst vill jag rekommendera alla mina kollegor att engagera er i yrkesfrågor och generellt i den perioperativa vården. Håll er uppdaterade, utveckla ert kollegiala perspektiv och dela med er av er kunskap. Ha med er ICN:s [International Council of Nurses] etiska koder i er yrkesutövning. Fyll på med kunskap, gärna poängsatta kurser. Fördjupa er i ett fält ni finner intressant. Både ta plats och ge plats åt andra i teamet. Vår profession inom operationssjukvård är viktig, ingen annan kan göra vårt arbete. ●



Höstkongressen 2022



2022 års höstkongress gick av stapeln den 30 november på Stockholm Waterfront likt den har gjort de senaste xx åren. Redan på onsdagen börjades mässlokalen fyllas för utställarnas monterbygge.



Inte bara företagen hade fullt upp, både styrelse och distriktsamordnare låg i med möten och mässarbete. Distriktsamordnarna har som tradition att packa de dryga 300 väskor på onsdagskvällen, som delas ut till alla deltagare vid registreringen på morgonen.



Våra distriktssamordnare, längst fram Fannie Karlsén, Dalarna och Maud Pettersson, Värmland, ligger inte på latsidan.



Torsdagen kickades igång med det högst dagsaktuella ämnet patientsäkerhet. Charlotta George, intensivvårdssjuksköterska och sakkunnig i patientsäkerhet samt Sveriges första chief nurse officer (CNO) på Socialstyrelsen engagerade oss det globala arbetet i EU och i WHO i patientsäkerhetsfrågor ifrån sjuksköterskans perspektiv.



Dag ett avslutades med att våra företagssponsorer klev upp på scenen och presenterade sig och hälsade oss välkomna till kvällsminglet i utställningen.



På bilden syns Maria Björk Svensson som är kongresskoordinator, Andrea Tullsson, distriktsamordnare för Jämtland och Elvira Gilmanova, distriktsamordnare i Skåne SUS.



Mellan föreläsningarna fylldes utställningslokalen och RFops egen monTERS strategiska placering gjorde att den sällan stod tom.



Medan föreläsningarna pågick under fredagen samlades också chefer för sin egen Chefkonferens i en annan del av lokalen.



Fikapaus



Anna Lindberg, intensivvårdssjuksköterska, höll fortsatt vår patriotänga uppe när hon berättade om det svenska ECMO-teamets unika uppdrag över hela världen.



Dag två revs igång, utan föregående fördröjning, med föreläsningar om cirkulations-systemet och när vi måste ingripa. Fredrik Gadler, kirurg, tog oss med på en tidsresa genom pacingens värld som faktiskt började i Sverige. Pacemakern uppfanns av Rune Elmkvist år 1958, eller egentligen hans fru fick vi veta och opererades in på Arne Larsson som hann få hela 26 pacemaker inopererade under sin livstid, Arne överlevde ironiskt nog både uppfinnare och kirurg.



Årets föreläsningssal gav alla i publiken fin tillgång till föreläsningarna men kunde upplevas som lite trång mellan raderna. Tack alla som varit inne och svarat på utvärderingen från dagarna, detta är av största vikt för att kunna fortsätta utveckla höstkongresserna framöver.



Det pratas mycket om operationssjuksköterskans som forskningskonsument. Men hur många får egentligen tid och avsätter det för att läsa vetenskapliga publikationer på arbetet? Hur vet vi hur det vi läser ska tolkas? Kan vi diskutera det med varandra på något vis?

Svaren på detta presenterade Annika Sandelin, operationssjuksköterska, i sin föreläsning om REPO (Reflektion över Evidens och Personcentrering i Omvårdnad) – ett vetenskapscafé. På arbetstid!

Gå in och läs mer via QR-koden.



Ett uppskattat inslag i pauserna mellan föreläsningarna var utställningsmingel och fika.

Är vi rustade för den medicintekniska utvecklingen?

När jag för 9 år sedan började jobba som operationssjuksköterska var jag redan införstådd med att teoretiska kunskaper inte alltid praktiseras i arbetslivet. Den erfarenheten hade jag redan från sjuksköterskeutbildningen. Det fanns en skarp linje mellan omvårdnad och medicinsk behandling. Svaret på frågan "hur behandlar jag huvudvärk?" var således inte att ge patienten paracetamol utan försöka utreda orsakerna till huvudvärken och använda smärtskattningsverket VAS-skalan. Men när jag efter sjuksköterskeexamen började arbeta stod jag till 70% vid medicinvagnen och delade tabletter.

I min specialistutbildning lades stor vikt vid det preoperativa samtalet, något som jag på mina tre avdelningar jag jobbat på aldrig har haft möjlighet att implementera i praktiken. I den bästa av världar skulle ju detta vara ett sätt för oss att få en egen tid till våra patienter och att få visa vår omvårdnad för både patienter och medarbetare. Vi brukar ju annars känna oss gömda och glömda bakom operationsväggarna. Istället ägnade jag både tid och tankeverksamhet till all medicinteknik, instrument och de olika stegen i varje operation. Det tog lång tid att lära! I mina jobbigaste stunder, överfull av information och inskolning av alla ingrepp och utrusning, kände jag ibland att jag ville ge upp. Det kändes omöjligt att behärska all ny kunskap. Dessutom alla dessa varningsrop: "Den där kostar 40 000 kr!" och "Tappa den inte!". Jag tänkte att om ämnet medicinteknik och instrument borde det ägnas nästan ett halvår att studera. Mitt mål var att känna till vartenda litet instrument, vartenda liten skruv samt känna till varje knapp och funktion på alla staplar och apparaturer. Så som de som jobbat på samma avdelning i 30 år kan. Deras ryggrad och händer verkade jobba per automatik.



Karolina Steinvall

När jag nu summerar mina nio år kan jag notera att min ryggrad och mina händer inte arbetar per automatik. Jag måste tänka. Jag ägnar fortfarande en stor del av min arbetsdag till att fundera över den utrustning som ska användas på mina operationer och vad som ska förberedas i de olika stegen. "Vilken sal ska jag vara på idag? Aha, sal 2... ok, laparoskopisk hemicolektomi...då ska de antagligen ha Alexisporten...och så tarmtängerna. Visst är det Harmonic... där står den apparaten! Visst är det den, eller?"

Vi måste ligga flertal steg före

Även mina kollegor, både operations-sjuksköterskor och operationsundersköterskor diskussioner handlar om medicintekniskt material och utrustning. Tankar luftas högt om hur de eventuellt ska lösa uppgifterna under dagen. För vi måste ligga flertal steg före.

Så, vi tänker mycket på att utföra och lösa tekniska uppgifter. Behärskar vi dem alltid? Känner vi oss nöjda med vårt

kunskapskapital? Hinner vi med att lära oss alla apparater i det stora tidsperspektivet? Hinner vi med att koppla ihop och rigga upp allt i det korta tidsperspektivet? Kort sagt, vad känner vi inför denna högteknologiska arbetsmiljö? Mitt svar är tudelat. Å ena sidan infinner sig en tillfredsställelse över att få lära sig något nytt, se något nytt och delta i nya operationsmetoder. Jag uppfattar även att det finns en stolhet att få vara del av en betydelsefull utveckling. Vi arbetar i en dyr tekniktät miljö som kräver både kunskap och erfarenhet av alla i teamet. Vem ersätter oss om vi inte är där? Å andra sidan kan vi uppleva obehag då vi känner oss osäkra. Kanske vi också ibland får en övermättnad på ständigt ny inläring med all information som medföljer. Då utvecklingen dessutom ständigt rusar framåt, kommer vi aldrig bli färdiga. Om detta vill jag lufta mina tankar.

Det kan för somliga av er läsare te sig märkligt att vi inte skulle kunna alla våra apparater. Jag tror dock att de flesta av oss kan känna igen sig. Anledningen till att det ser ut såhär kan vara omstruktureringar i organisationen vilket i sin tur kan betyda att en operationsavdelning även får i uppdrag att utföra "andra avdelningars operationer". Känner ni igen replikerna "jag har aldrig stått på en sän" och "hur ska den här kopplas ihop?". Pandemin har gjort att somliga ingrepp stoppats och nu skapat stora köer. Självklart måste vi hjälpa varandra att korta dessa köer, helst innan det är för sent att ta bort tumörer kirurgiskt. Och då står vi plötsligt på främmande ingrepp som vi inte känner igen med allt vad det innebär. Det kan också handla om nya upphandlingar på nya staplar som i sin tur kräver byte av engångsmaterial. Det kan vara material som blivit restade och som måste ersättas av annat. Eller så

kan det vara en helt ny innovation som ska användas på ett specifikt kirurgiskt ingrepp.

Det är därför lättbegripligt att vi inte alltid på minuten besitter det kunnande som krävs för nya operationer och ny utrustning. Det är inte bara ett specialområde som vi ska tillgodose utan även andra typer av operationer. Specialiteterna inom en avdelning delas inte upp i personalgruppen utan för operationslogistikens skull bör alla kunna allt. Eftersom behoven av olika operationer alltid är varierande kan vi idag inte förvänta oss en statisk och ständig förutssägbar arbetstillvaro, även om detta skulle underlätta våra möjligheter till att alltid ligga steget före.

Inte helt oskrivna blad

Trots utmaningarna brukar vi till slut ändå lyckas utföra uppgiften. Vi är ju inte helt oskrivna blad. Från min utbildning fanns ett seminarium gällande medicinteknisk apparatur och på arbetsplatsen har vi gemensam genomgång av ny utrustning. Det finns också i vår kompetensbeskrivning i Riksföreningen för operationssjukvård där det står: "Operationsmiljön definieras som extremt högteknologisk och tekniskt, vars användning styrs av lagstiftning och standards. Operationssjuksköterskans vårdande innefattar bedömning, prioriterade val och korrekt hantering av medicintekniska produkter samt skyddsutrustning i konventionella operationsrum och hybridsal såsom: kirurgiska instrument och förbrukningsmaterial, kirurgiska implantat, apparatur, medicinska gaser, röntgenutrustning och radioaktiva ämnen, medicinsk laser.". Dessa punkter är stora områden att ansvara för och jag ska erkänna att det finns en hel del kunskapsluckor att fylla.

Men jag vill veta hur vi kan underlätta för oss att omfamna dessa kunskapsområden så att vi med gott självförtroende kan bedriva säker vård. Framförallt saknar jag litteratur som beskriver operationssjuksköterskans förhållande till den högteknologiska arbetsmiljön som idag finns på operationssalarna och hur vi förhåller oss och bemästrar ständigt ny inläring. Från D-uppsatserna ser jag mest ämnen om operationssjuksköterskans förhållande till patienten eller till sin egen yrkesroll. PubMed erbjuder heller inte mycket på sökorden



"operating room nurse AND medical equipment". Ibland får jag känslan av att vi inte tycker att detta hör till omvårdnad. Att de "hårda teknikaliteterna" hör till kirurgen. Men det är ändå vi som samlar in och kopplar ihop utrustningen och när det inte fungerar, ja då anses det vara vårt problem att lösa.

Därför vill jag lyfta frågan: hur kan vi göra för att minska osäkerheten inför ny modern utrustning, obekant material samt främmande operationer? För med en rörlig operationspersonal inklusive kirurger som flyttas runt, är detta ingen ovanlig situation. Hur ska vi göra för att känna oss bekväma och säkra inför att möta den medicintekniska utvecklingen? Den kommer nämligen aldrig att sluta producera nya innovationer inom kirurgin. Det skulle underlätta om vi hade en operationsplanering med berörd kirurg dagen innan. Det är alltid jobbigt när man upptäcker problemen under operation, för att inte tala om diskussionerna som följer. Betydelsen av att känna trygghet har också att göra med patientsäkerheten. Varje apparat kräver sin säkerhetsrutin som operationssjuksköterskan kontrollerar. Hur många vårdskador rapporteras idag på grund av felaktigt handhavande av medicinteknisk utrustning jämfört med 20 år sedan? Hur många operationsminuter går till spillo på grund av tekniska brister? Vidare önskar jag att från sjukhusledningen få frågan: vilka förutsättningar har du för att klara av att utföra operationer med dagens utmaningar?

Det kan uppfattas som att jag är teknikfientlig och räds förnyelse och utveckling. Men så är inte fallet. Vårdskador orsakat av felaktigt handhavande av medicinteknisk utrustning kan ju också ställas mot antal patienters liv och hälsa som inte opererats med modern teknik eller ännu värre - inte opererats alls. Huvudfrågan gäller om vi känner till nästa steg i obekanta operationer och om vi hänger med i den teknologiska utvecklingen? Jag nämnde tidigare att mitt mål var att känna till vartenda litet instrument, varenda liten skruv och varje knapp och funktion på alla staplar och apparaturer. Så att jag äntligen kunde känna ett lugn och en säkerhet. Det var för nio år sedan. Detta mål lägger jag nu åt sidan. Jag får istället acceptera att jag har en arbetsplats som är föränderlig. Jag får acceptera att jag inte kan allt här och nu. Dessutom tror jag att alla skruvar numera har bytts ut till ett annat system, staplarna och apparaterna har uppdaterats med helt nya knappar och funktioner. Så det är nog gott att inte låta ryggraden och händerna fastna i statiska rörelser - det är dessutom inte hälsosamt.

Med detta förhållningssätt skall det nya året börja. I januari går vår avdelning in i en ny fas. Då ska tre operationssjuksköterskor och två operationsundersköterskor börja med robotkirurgi! ●

Ventilationens betydelse för postoperativa infektioner

Kirurgiska interventioner är så vanliga nuförtiden att de flesta någon gång kommer att behöva en operation för att hantera en sjukdom eller olycka. Infektionskontroll har alltid varit en viktig del för all typ av kirurgi liksom att kontrollera smärta och blödning. Kirurger och operationssjuksköterskor har försökt att förbättra kirurgiska tekniker ända från antiken till nu.

Postoperativa infektioner för patienterna som genomgår kirurgi är väldigt fallberoende. Vissa patienter kan vara extra utsatta för att utveckla infektioner relaterat till faktorer som ålder, underliggande medicinska orsaker, den kirurgiska invasiviteten och ingreppets längd. Patienter som genomgår kirurgiska ingrepp är alltid utsatt för risken att utveckla postoperativa komplikationer relaterade till infektioner i operationsåret. Postoperativa infektioner innebär oftast infektioner i såret efter operationen. Dessa infektioner kan antingen vara ytliga och endast involvera huden, eller så kan de vara allvarigare och engagera vävnader, organ och implantat.



Sasan Sadrizadeh

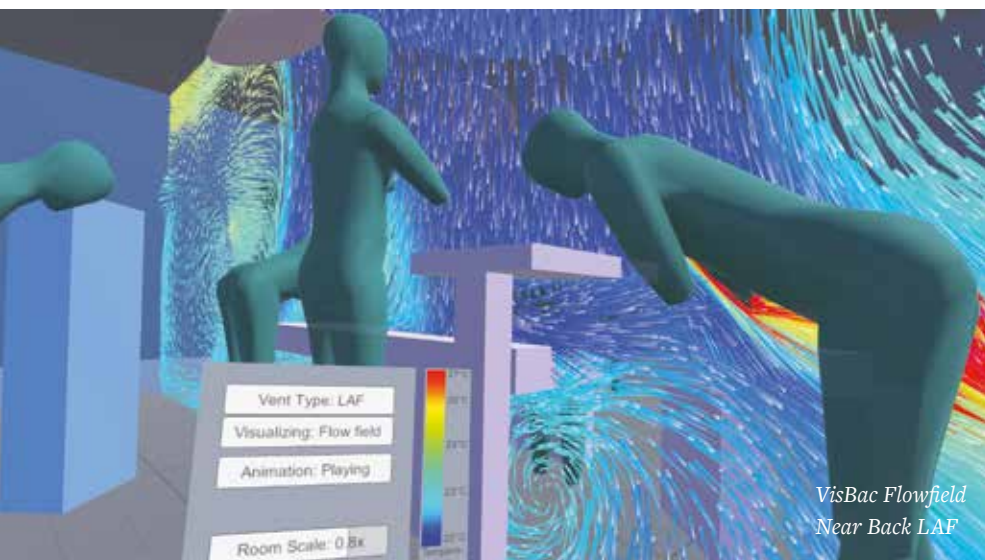
Postoperativa infektioner kan bidra till mer sjuklighet och dödlighet hos patienterna, förlust av livskvalitet, mer sjukhusvistelse och lidande. Infektionerna kan också öka kostnaderna för både sjukvården och patienten. Det är vida accepterat att de luftburna bakterier som kommer i kontakt med operationsområdet är främst stafylokocker från hudfloran hos operationspersonalen i operationsrummet och att till och med en liten mängd av dessa kan ge upphov

till en allvarlig infektion i operationsåret. Postoperativa infektioner är den största orsaken till död hos patienter som har opererats. Bred kunskap och förståelse för ursprungskällor och smittvägar för infektiösa partiklar skulle kunna möjliggöra kontroll och minimera postoperativa infektioner.

Det är fortfarande angeläget för forskare och specialister inom infektionskontroll att hitta lösningar genom analyser av sådana mekanismer för att kunna räkna på faktorer som kan påverka spridningen av infektioner på sjukhus, speciellt på operation. Att forska på ämnet innebär ofta att direkt mäta under en operation, genom att göra experimentella studier under en iscensatt operation eller genom att använda alternativa numeriska metoder (eg. använda datoriserade tekniker för strömningsflöden) för att bättre försöka förstå de strategier för luftströmmar som bidrar till infektionskontroll i operationsrummet och miljöerna på avdelningarna på sjukhuset, så att bakteriebärande partiklar i luften kan reduceras medan den termiska komforten och luftkvaliteten förbättras.

Ventilationssystem

Kontroll- och kontamineringsnivåer regleras ofta med hjälp av effektiva ventilationssystem, genom att förbättra personalens arbetsrutiner och att minska dörröppningarna. Som tillägg, kan upphovet till källan (mängden kolonibärande artiklar [CFU] som en person avger per minut) minskas avsevärt genom att rätt klädsystem används med skyddsfunktion. Å andra sidan kan olämplig klädsel försämra arbetsmiljön och öka risken för kirurgiska misstag. En bekvämt klädd kirurg och operationssjuksköterska gör mindre sannolikt ett misstag eller en felbedömning jämfört med någon som svettas i en tung och



tät rock. Det behövs mer justeringar för bekvämlighet och för att bevara effektivitet i olika klädsystem avsedda att användas på operation.

Operationsrummets ventilationssystem har identifierats som en kritisk faktor i att kontrollera CFU. Olika systems funktioner är beroende av varje individuellt falls interna konstellation som hinder, och trots deras design är de mycket komplexa. Många tekniska problem måste hanteras och flera mänskliga faktorer måste tas i beaktande för att uppnå önskat utfall. Att uppnå lyckade resultat förblir utmanande och många tekniska frågor måste besvaras och flertalet mänskliga faktorer måste införlivas i lösningen.

Kontrollen av luftburna artiklar på operationsrummet kräver omfattande kunskap om smittkällor och smittvägar. Rollen av luftströmmar som ett medium för CFU behöver vara väl förstått. Vårdrelaterade infektioner behöver bättre förstås av hälso- och sjukvårdspersonalen för att kunna

utveckla mer effektiva förebyggande program. Kirurger och operationssjuk-sköterskor måste ha grundläggande kunskap i principerna för ventilations-system. Antalet personer rekommenderas att minimeras och de som närvarar i operationsrummet behöver veta att alla aktiviteter bör genomföras "nedströms" relaterat till instrument och såryta. Inget arbete bör utföras mellan ventilationsdonen och området viktigt för den kirurgiska aseptiken. En ny ventilationsprincip, som ett hybridssystem, måste utforskas närmare innan det används i tex operationsrum.

Fortsatt kontroll och riskbedömning av operationsavdelningens ventilations-system är avgörande i operationsrummet eftersom mindre fel i ett sådant kritiskt system inte bara kan leda till dålig luftkvalitet men också äventyra patientsäkerheten på operation. Personrutiner kan i stor utsträckning påverka resultatet av infektionskontroll. Tekniska ventilationslösningar kan inte ensamt garantera ren luft. En gemensam förståelse från ventilationsexperten och

operationspersonalen kombinerat med en effektiv och frekvent förekommande utvärdering av operationsrummen som används är nyckeln till att åstadkomma en mer entydig utveckling inom ventilationens principer. ●

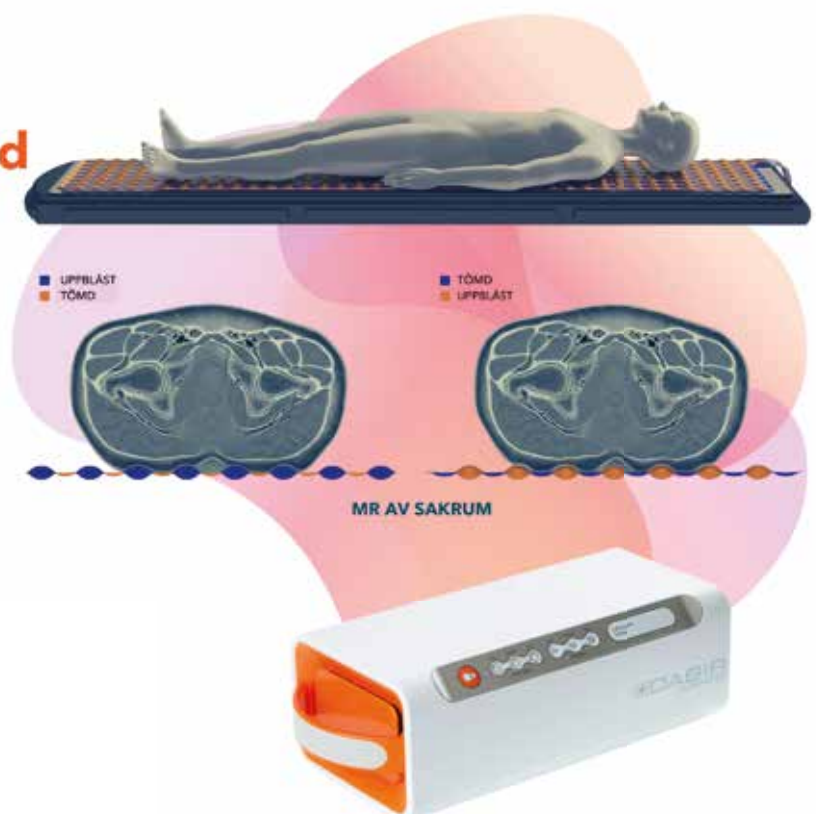
Fakta: Sasan Sadrizadeh är professor, docent, forskare och lärare med bakgrund i Computational Fluid Dynamics (CFD), aerosolteknologi, inomhusluftkvalitet (IAQ). Han ledde forskning kring IAQ, termisk komfort, ventilation, HVAC, infektionskontroll, visualisering av inomhusluftflöde, virtuell kirurgi, samt energisystemmodellering för byggnader.

Sasan doktorerade i strömningsmekanik 2016 från Kungliga Tekniska Högskolan. Han gjorde sitt första postdoktorat vid Dansk Byggnadsforskningsinstitut (SBI), Aalborg Universitet - Köpenhamn. Han avslutade sitt andra postdoktorala stipendium vid Lawrence Berkeley National Laboratory, University of California – Berkeley.

Trycksårsprevention i perioperativ omvårdnad

Dabir Surgical System erbjuder en innovativ lösning för att förebygga intraoperativa tryckskador för patienter som genomgår kirurgiska ingrepp. Dabir har kliniskt påvisats lindra effekterna av deformation av djupt liggande vävnad och skjuvning av huden. Den förbättrar reperfusionen av vävnaden för att förebygga tryckskador när repositionering av patienten inte är möjlig.

- 40 % minskat tryck mot sakrum
- 80 % ökad blodcirkulation



DABIR

Trycksårsprevention
som fungerar

KEBOMED

info@kebomed.se | 040-30 51 05

Patientlagen (2014:821)

Patientlagen (2014:821) trädde i kraft i januari 2015 och infördes med syfte att stärka patientens ställning och främja patienters integritet, självbestämmande och delaktighet. Sammanfattningsvis innehåller lagen bestämmelser om:

- Tillgänglighet
- Information
- Samtycke
- Delaktighet
- Fast vårdkontakt och individuell planering
- Val av behandlingsalternativ och hjälpmedel
- Ny medicinsk bedömning
- Val av utförare
- Personuppgifter och intyg
- Synpunkter, klagomål och patientsäkerhet

Lagen ger patienten möjlighet att välja utförare av offentligt finansierad primärvård och öppen specialiserad vård i hela landet. Patienten ska erbjudas vårdgaranti; om vårdgarantin inte uppfylls ska patienten få vård hos en annan vårdgivare utan extra kostnad för patienten.

Vårdgarantin innebär att patienten ska få kontakt med primärvården samma dag som patienten söker vård. Rätten till en medicinsk bedömning av läkare eller annan legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal inom primärvården inom tre dagar, besöka den specialiserade vården inom 90 dagar och planerad vård med behandlingsgaranti inom 90 dagar.

Patienten ska få information om:

- sitt hälsotillstånd
- de metoder som finns för undersökning, vård och behandling
- de hjälpmedel som finns för personer med funktionsnedsättning
- vid vilken tidpunkt hen kan förvänta sig att få vård
- det förväntade vård- och behandlingsförloppet
- väsentliga risker för komplikationer och biverkningar
- eftervård
- metoder för att förebygga sjukdom eller skada

Informationen ska anpassas till mottagarens ålder, mognad, erfarenhet, språkliga bakgrund och andra individuella förutsättningar. När patienten är ett barn ska även barnets vårdnadshavare få information. Om informationen inte kan lämnas till patienten, ska den i stället såvitt möjligt lämnas till en närstående. Mottagarens önskan om att avstå från information ska respekteras. Den som ger informationen ska så långt som möjligt försäkra sig om att mottagaren har förstått innehållet i och betydelsen av den lämnade informationen. Information ska lämnas skriftligen om det behövs med hänsyn till mottagarens individuella förutsättningar eller om hen ber om det.

Patientens självbestämmande och integritet ska respekteras. Hälso- och sjukvården ska så långt som möjligt

Målet med hälso- och sjukvården är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen.

utformas och genomförs i samråd med patienten. Patientens behov av trygghet, kontinuitet och säkerhet ska tillgodoses. Patienten ska få möjlighet att välja och få tillgång till en fast läkarkontakt inom primärvården. Olika insatser för patienten ska samordnas på ett ändamålsenligt sätt.

När det finns flera behandlingsalternativ som står i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet ska patienten få möjlighet att välja det alternativ som hen föredrar. När det finns olika hjälpmedel för personer med funktionsnedsättning tillgängliga ska patienten ges möjlighet att välja det alternativ som hen föredrar. Kostnaderna ska dock vara befogade med hänsyn till sjukdom/skadan och behandling respektive kostnader till behov för hjälpmedel.

Patienten har rätt till en så kallad "second opinion". En patient med livshotande eller särskilt allvarlig sjukdom eller skada ska få möjlighet att inom eller utom den egna regionen få en ny medicinsk bedömning. Patienten ska erbjudas den behandling som den nya bedömningen kan ge anledning till om behandlingen står i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet, och det med hänsyn till den aktuella sjukdomen eller skadan och till kostnaderna för behandlingen framstår som befogat.

Målet med hälso- och sjukvården är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen. ●





Nu startar en Perioperativ Hypotermigrupp

I Sverige saknas tydliga riktlinjer för värmebevarande insatser före, under eller efter operation. Samtidigt finns det behov av mer kunskap inom området. Nu startar en perioperativ hypotermigrupp för att förmedla kunskap och erfarenhetsutbyte inom området.

Perioperativ hypotermi (PH) definieras som en kroppstemperatur under 36° C före, under eller efter operation. För att undvika att det uppstår och att patienten drabbas av lidande, är det av vikt att det förebyggs. Beroende på patientens kroppstemperatur och temperaturkomfort innan operation kan preventionen bestå av att bibehålla patientens normala kroppstemperatur eller att patienten behöver värmas. Oavsett vilket finns det flera olika värmebevarande insatser (VBI) som kan ges till patienten som t.ex. varmluftstäcke, varma intravenösa vätskor eller spolvätskor. För att den vård som ges till patienten ska vara optimal behöver den bygga på den bästa tillgängliga kunskapen dvs. vara evidensbaserad. I länder som t.ex. England, Tyskland, Österrike och Australien har det tagits fram tydliga och evidensbaserade riktlinjer som berör endast PH och VBI, vilket saknas i Sverige.

Under våren 2021 träffades Otto Henriksson (anestesiolog, Med Dr), Camilla Wistrand (operationssjuksköterska, Med Dr), Anders Pettersson (anestesisjuksköterska, Fil Mag) och Ingrid Gustafsson (anestesisjuksköterska, Fil Dr) för att utforma ett förslag på svenska

riktlinjer. Detta förslag presenterades sedan under SFAI & AnIva veckan, hösten 2021. Arbetet med riktlinjerna fortsätter och förhoppningen är att kunna sprida riktlinjerna ut i vårdverksamheten under hösten/vintern 2022/2023.

Vad händer i PHG framöver?

Den nystartade perioperativa hypotermigruppens (PHG) mål är att förmedla kunskap, erfarenhetsutbyte, uppdatera riktlinjer och vara ett vetenskapligt stöd vid förbättringsarbeten eller studier. Startskottet gick den 23 augusti och gruppen bestämde att PHG ska börja med att arrangera ett första seminarium, som ett webinar den 16 november. Där gavs en kort presentation av PHG samt två korta föreläsningar av medlemmar ifrån gruppen. En om förvärmning av patienter och den andra om ett förbättringsarbete i Karlskoga baserat på det riktlinjeförslag som presenterades på SFAI & AnIva veckan. Idag finns ett nyöppnat Instagramkonto för PHG och framtida planer är att fortsätta med webinar och att skapa en hemsida för gruppen som ska innehålla evidensbaserad kunskap, presentationer av nya artiklar och möjlighet att ställa frågor.

Är du intresserad av patientens temperaturkomfort, värmebevarande insatser och perioperativ hypotermi är du hjärtligt välkommen in i den perioperativa hypotermigruppen. ●

Mejla ditt intresse till:
ingrid.gustafsson@hb.se

Ett gott traumaomhändertagande kan påverka konsekvenserna av skador när de inträffar, där dödsfall orsakats av trauma kan förhindras med snabbare insatser eller mer effektiva åtgärder i primärt omhändertagande. Det har visat sig att dödlighet i förhållande till skadans svårighetsgrad skiljer sig mellan olika sjukhus och är kopplad till organisation, kunskap och intresse för traumatologi. Det har också visat sig att sjukhusets storlek och resurser inte varit det avgörande utan viktigare är att det finns en god organisation för omhändertagande av skadade, och att personal inom sjukvården har fullgod utbildning för traumaomhändertagande.

På många sjukhus är svårt traumatiserade patienter något som inte tillhör vardagen. Allvarliga olyckor är trots allt relativt ovanliga vilket innebär att det blir svårt för de flesta enskilda yrkesutövare i vården att få någon mängdtränning. Trots detta är kraven och förväntningarna höga att allt ska fungera när det väl händer, vilket gör att behovet av utbildning och träning större. En ökad kunskap ger en ökad trygghet i sin roll som operationssjuksköterska i traumasammanhang vilket bidrar till en ökad kvalitet i omhändertagandet akuta och svårt skadade patienter.

Rfop genomför traumautbildningar utifrån ett upplägg i olika steg/nivåer.

Nivå 1 Traumautbildning "Basic Trauma"

Tid

Fredag 31 mars och 20 oktober 2023
Kl. 08.30 – 15.30

Plats

Sheraton Stockholm Hotel

Kostnad

Medlem	3 250 kr exkl. moms
Icke medlem	4 250 kr exkl. moms

Mer information och anmälan: rfop.se

Svenska Mässkonsult

Har du någon gång undrat hur arbetet bakom RFop:s två stora årliga evenemang ser ut? Svenska Mässkonsult [SMAB] med projektledare Daniel Ekman i spetsen, tar dig bakom kulisserna och har arrangerat RFop:s Höstkongress och Hygienforum i många år. Företaget har lång erfarenhet och levererar och bygger utställningshallen där sponsorer och utställare sedan har sina montrar. Vi träffades i utställningshallen i november på Höstkongressen 2022 och Daniel hade en varm och vänlig utstrålning och gav ett professionellt intryck.

Daniel Ekman är 32 år och har arbetat för SMAB i 12 år. Första mässan de var involverade i var 2006 och den ägde rum på Arlanda, det är många år tillsammans med en ömsesidig tacksamhet för det goda samarbetet. Som projektledare har Daniel det yttersta ansvaret men det är tillsammans med sina kollegor de för projektet i mål. "Att involvera samtliga med deras kunskap och gå igenom möjliga utmaningar från början är viktigt. Att vara lyhörd gentemot kund men också vara tydlig vilka möjliga utmaningar de har. Noggrannhet med tidsplan samt involvera alla parter i projektet är viktigt och

kommunikation är A och O.", säger Daniel till Uppdukat.

Vidare berättar Daniel att det bästa med att vara projektledare i mötesbranschen är att det är lärorikt och inspirerande då han får träffa många kunder från olika branscher. "Ena dagen kan vi ha genomförande av Nordens mötesplats för frisörer och andra dagen genomför vi höstkongressen med inriktning operationssjukvård; två helt skilda branscher men med samma slutmål. Att skapa en mötesplats där man utbyter kunskap och kan nätverka med branschkollegor och besökare. Det är också en fantastisk känsla att tillsammans med kund genomföra ett lyckat evenemang, med nöjda utställare och besökare."

Bygget av utställningshallen påbörjas dagen innan evenemanget och Daniel berättar att det varierar väldigt mycket tidsmässigt beroende på vilka förutsättningar de har och vad kund/utställarna har för önskemål. "Mycket går såklart på rutin då vi har gjort detta i många år". Eftersom varje byggnation från år till år är unik är det svårt att svara exakt i timmar, men man skulle kunna säga att



Daniel Ekman

det behövs en dag för byggnation och en halv dag för nedriggning. Då det ofta är många olika aktörer involverade i detta är det viktigt att ta höjd för att saker ibland kan ta längre tid än planerat."

Den stora variationen av uppdrag ställer krav på att hålla sig uppdaterad. Daniel menar att det finns många duktiga branschkollegor som man kan resonera, utbyta kunskap och idéer med. Vi ser dem mer som kollegor än konkurrenter, otroligt viktigt med bra samarbetspartners nu och framledes då vår bransch drabbades hårt under pandemin. Då vi inom företaget också är arrangör av egna projekt/mässor håller vi oss också uppdaterade på vad som är viktigt för en besökare när det kommer till en mässa. Vi tittar även på bredda vår kunskap inom olika delar genom utbildningar."

Till sist ser Daniel inga nackdelar med jobbet som projektledare, däremot möter de alltid olika utmaningar i sina projekt. "Ibland kan det till exempel vara flera parter involverade i ett projekt där alla ska arbeta mot samma mål och ibland uppstår såklart stressiga situationer. Då får man helt enkelt försöka vara så lösningsorienterad som möjligt och där har vi bland annat nytta av vår mångåriga erfarenhet." ●



Foto: Peo Sjöberg

Ny kunskapsrapport

Kejsarsnitt



STATENS BEREDNING FÖR
MEDICINSK OCH SOCIAL
UTVÄRDERING

Vilka kunskaps- och utvecklingsbehov är viktigast att jobba vidare med för att förbättra vården som ges före, under och efter kejsarsnitt? SBU har på uppdrag av regeringen i en ny rapport sammanställt en topplista över vad personer med egen erfarenhet av kejsarsnitt – patienter, anhöriga och vårdpersonal – vill prioritera. Viktiga målgrupper för rapporten är mödravården, förlossningsvården, barnavården, NPO- kvinnosjukdomar och förlossningar, professionsföreningar, berörda statliga myndigheter samt forskare och forskningsfinansiärer.

Genom en öppen enkät på SBU:s webbplats fick personer med erfarenhet av kejsarsnitt till exempel patienter, anhöriga, vårdpersonal och forskare skicka in de kunskaps- och utvecklingsbehov de såg inom området. Totalt svarade 610 personer på enkäten varav majoriteten var patienter. Svaren bearbetades och kategoriserades av SBU till en lista med 31 kunskaps- och utvecklingsbehov som sedan skickades ut till de personer som själva anmält att de ville vara med och prioritera. Sjuttiotvå personer deltog i prioriteringsdelen som bygger på konsensusmetodik och inleddes med en prioriteringsenkät. Därefter hölls en workshop där sex patienter och sju representanter för professionen deltog. Under workshopen hölls diskussioner vilket slutligen resulterade i en gemensam topplista över de viktigaste kunskaps- och utvecklingsbehoven.

Flera av de kunskaps- och utvecklingsbehov som deltagarna lyfte fram handlar om verksamhetsutveckling av olika slag och en önskan om att hanteringen av kejsarsnitt görs mer lika över landet. Det kan exempelvis göras genom implementering av befintlig kunskap, utbildning av vårdpersonal, ny forskning eller sammanställning av befintliga forsk-

ningsresultat. Ett av de behov som lyfts fram som allra mest angeläget handlar om att vårdpersonalen måste få ökad kunskap om komplikationer och andra effekter av kejsarsnitt, jämfört med komplikationer efter vaginal förlossning. Man efterlyser också bättre information och bemötande av gravida vid hantering av kejsarsnitt samt en utvärdering av hur långt kvinnans rätt till val och delaktighet i beslut om eventuellt kejsarsnitt ska sträcka sig.

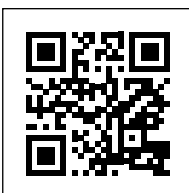
Ordningen i topplistan över de högst prioriterade kunskaps- och utvecklingsbehoven speglar inte nödvändigtvis ordningen för hur verksamhetsutvecklingen görs mest naturligt. Då flera av de prioriterade områdena är delvis överlappande kan det tänkas vara en fördel att ta sig an kombinationer av dem samtidigt. Det kan också krävas samverkan mellan olika aktörer, såsom sjukvårdsinrättningar, beslutsfattare, professionsföreningar, patientrepresentanter och forskare.

Projektet visar att det finns ett stort engagemang och en stark vilja att bidra till vårdens utveckling och förhoppningen är att prioriteringen kan bidra med att sätta fokus på områden där det finns behov av utveckling utifrån både patienter och vårdpersonals perspektiv. ●

Lär mer på:

<https://www.sbu.se/357>

Scanna koden för att komma till rapporten.



MDR, Juridik & Upphandling

Syfte med denna utbildning är att ge er grundläggande kunskap om MDR, upphandling samt lagar och regler som berör operationsverksamheten. Medicinteknik är inte bara prylar – det är behandlingsmetoder och arbetssätt och vi hoppas kunna ge er nya insikter och att vi får intressanta diskussioner under dagen.

Juridik

Lagarna på hälso- och sjukvårdsområdet finns för att garantera en god och säker vård och för att patienten ska känna trygghet och förtroende för hälso- och sjukvården.

MDR, det medicintekniska regelverket

Att uppfylla och CE-märka enligt det medicintekniska regelverket, MDR, är lagkrav för tillverkare av medicinteknik samt att det finns krav för andra aktörer som distributörer och importörer. Hur påverkar MDR den svenska hälso- och sjukvården?

Upphandling

En bra planerad, och väl genomförd upphandling säkerställer att ni har rätt produkter som ger en bättre vardag i form av god arbetsmiljö och ökad patientsäkerhet. Hur organiserar och engagerar ni er i upphandling idag?

Tid

Fredag 12 maj 2023
Kl. 08.30 - 15.30

Plats

Sheraton Stockholm Hotel

Kostnad

Medlem	3 250 kr exkl. moms
Icke medlem	4 750 kr exkl. moms

Mer information och anmälan: rfop.se

Ny avhandling

Postoperative infections and bladder distension following hip fracture surgery. Findings from implementing patient safety innovations

Redaktionen vill uppmärksamma Maria Frödin doktorand vid institutionen för vårdvetenskap och hälsa, Sahlgrenska akademien, Göteborgs universitet som den 18 november 2022 disputerade. Disputationen hölls i Wallenbergsalen, Wallenbergs konferenscentrum Göteborg.

Opponent:

Professor Anna Forsberg, Institutionen för hälsovetenskaper, Lunds universitet.

Betygsnämnd:

Docent Helena Wigert, Institutionen för vårdvetenskap och hälsa, Göteborgs universitet.

Docent Ann Tammelin, Institutionen för medicin, Karolinska institutet.

Docent Fredrik Hammar skjöld, Medicinska fakulteten, Linköpings universitet.

Ordförande för disputationsakten:

Docent Mona Ringdal, Institutionen för vårdvetenskap och hälsa, Göteborgs universitet.

Blåsöverfyllnad samt vårdrelaterade infektioner, som kateterrelaterad urinvägsinfektion, räknas till vårdskador som till stor del kan förebyggas om evidensbaserade åtgärder används. Följsamheten till riktlinjerna inom hälso- och sjukvården är inte optimal och det saknas till viss del kunskap kring hur man kan överbrygga gapet mellan vetenskaplig evidens och klinisk tillämpning. Implementeringsforskningen i den här avhandlingen handlar om hur man kan underlätta integrering av preventiva åtgärder i det dagliga rutinarbetet, för



Maria Frödin

att öka patientsäkerheten och minska vårdskador.

Studierna syftar till att testa och utvärdera strategier som kan underlätta kunskapsöverföring och integrering av evidensbaserade arbetssätt gällande infektionsprevention, framför allt kateterrelaterade urinvägsinfektioner samt blåsöverfyllnad hos patienter med höftfraktur.

Metod

Avhandlingens delstudier utgörs av processutvärdering från två sammanhängande implementeringsinterventioner, Safe Hands- och Safe Bladder interventionerna. Studierna pågick mellan 2015–2020 på Sahlgrenska Universitets-

sjukhuset/Mölndal och bygger på teorier kring organisationskultur, ledarskap, dialog samt partnerskap. I studie I, Safe Hands, deltog vårdpersonal som arbetade på operationsavdelningen dvs. anestesiloger, ortopedier, specialistsjuksköterskor inom anesthesi och operation, undersköterskor samt chefer. I Studie II-IV deltog specialistsjuksköterskor, allmänsjuksköterskor och undersköterskor som vårdade patienter med höftfraktur och arbetade på tre orto-geriatriska vårdavdelningar, akutmottagningen, operations-, postoperativa intensivvårdsavdelningarna. Implementeringsstrategierna inkluderade ett partnerskap och samskapande mellan forskarna och deltagarna, samt facilitering och lärande i en trygg miljö. Processen var framväxande, iterativ och anpassades utifrån evidens, behov och resurser. Studie I och IV beskriver följsamhet till interventionen, om den nådde ut till alla, samt hur kontext och deltagare påverkade och påverkades av interventionerna. I Studie II och III användes utfallsdata från det lokala kvalitetsregistret för att beskriva hur interventionerna påverkade förekomsten av kateterrelaterade urinvägsinfektioner samt blåsöverfyllnad hos patienter som vårdas för höftfraktur.

Resultat

Studie I och IV beskriver faktorer som underlättade tillämpningen av evidensbaserade åtgärder. Sådana faktorer var samskapande i en iterativ process, skapandet av en trygg plats för lärande i dialog, återkoppling av utfallsdata, deltagarnas reflektion över sitt eget och andras arbetssätt gällande handhygien

och aseptisk teknik. Personalomsättning, produktionspress, tveksamhet till evidens var faktorer som försvårade interventionerna. Vi fann brister i kunskap gällande handhygien och aseptikteknik samt följsamhet till evidensbaserat arbetssätt för att minska kateterrelaterade urinvägsinfektioner samt blåsöverfyllnad. I Studie I, Safe Hands, samskapades standardiserade vårdmoment för bland annat aseptisk urinvägskateterisering som anpassades till en aktivitet i sjukhusets lärandeportal, kallad kateterkörkort. I Safe Bladder interventionen, implementerades kateterkörkortet och man samskapade och testade ett sjuksköterskedrivet kateteriseringsprotokoll för att säkerställa indikationsbaserad kateterisering samt minska risken för blåsöverfyllnad. I studie II beskrivs hur interventionerna över tid minskade kateterrelaterade urinvägsinfektioner från 18.5% i fas 1 till 4.2% i fas 4. Efter analyser som inkluderade faktorer som kunde påverka resultatet visades att tre fjärdedelar av patienterna lägre odds att få en kateterrelaterad UVI i fas 4 jämfört med fas 1, oddskvot 0.26 (95% CI, 0.15-0.45). I studie III beskrivs hur interven-

tionerna över tid minskade förekomsten av blåsöverfyllnad; från år 1, 40.6% till år 5, 9.1%. Liknande analyser som i Studie II visade att mer än en tredjedel av patienterna hade lägre odds att få blåsöverfyllnad år 5 jämfört med år 1, oddskvot 0.61 (95% CI 0.57-0.64).

Konklusion

Studierna i denna avhandling visar att strategier i form av lärande, facilitering, samskapande och partnerskap som stöds av teorier kring organisationskultur, ledarskap och dialog kan förändra sjukvårdspersonalens sätt att både prata om och agera kring infektionsprevention samt blåsskadeförebyggande åtgärder. Resultatet talar för att interventionerna var förenade med en minskning av kateterrelaterad urinvägsinfektion samt blåsöverfyllnad, två av de vanligaste rapporterade vårdskadorna inom hälso- och sjukvården.

Vi gratulerar Maria Frödin till ett väl genomfört och viktigt arbete! ●

För mer information kontakta Maria Frödin via epost: maria.frodin@gu.se

Antagningsstatistik över specialistsjuksköterskeprogrammet med inriktning mot operations-sjukvård VT-22 och HT-22

Text: Maria Muñoz

Statistiken är hämtad från Universitets- och högskolerådets hemsida [UHR], uhr.se. Efter kontakt med respektive lärosäte som startat utbildningen vårterminen och höstterminen 2022, kan ett bortfall konstateras där antagna studenter av okänd anledning väljer att tacka nej till sin utbildningsplats. Det förekommer även ett litet bortfall i antalet studenter som fullgör utbildningen och tar examen. Varför är det ett så stort tapp av studenter som söker utbildningen och som faktiskt tar examen?

Hur ska vi kunna locka fler?

Hör av dig till redaktionen!

Medtronic

Together,
we can improve
patient
outcomes

One
complete solution
for your surgical
needs



Procedural kit

Rapport från MYORCO-mötet

Pardubice, Tjeckien, 12–17 december 2022

Vi fortsätter att rapportera om Myorco projektet med nyheter från det senaste mötet i mitten av december, som våra kollegor i Tjeckien stod värdar för. Vår intention är att informera om alla steg som görs i arbetet inom detta Erasmus-projekt där vi lyfter fram operationssjukvården och specialistprofessionerna inom operation- och anestesijukvård.

Det planerade arbetsmötet för MYORCO ägde rum i Pardubice där våra kollegor på Universitet i Pardubice stod som värdar. Prefekten för Universitetet öppnade mötet och hälsade oss alla välkomna vilket var särskilt uppskattat. Universitetet har 8000 studenter och sju olika fakulteter inom naturvetenskapliga inriktningar samt omvårdnads- och specialistutbildningar samt har också examensrätt för forskarstudier med drygt 500 doktorander. Projektet går nu in på andra hälften med målet att bli klart under slutet av 2023. I detta projekt arbetar vi med att skapa en digital lärlplattform där dryga 100 filmer samt bilder av specialinstrument samt evidensbaserade referenser som kommer att kunna användas av alla inom

specialistinriktningarna operation- och anestesijukvård. Syftet är att stärka lärandet, specialistsjuksköterskornas professionella utveckling samt främja vårdkvalitet och en säkrare vård inom de opererade klinikerna.

Arbete med översättning

Vi har nu precis påbörjat arbetet med översättning av den digitala lärlplattformens innehåll, därefter ska vi arbeta med översättning av filmerna och instrument. Varje partner översätter till sitt nationella språk utifrån engelska språket som är arbetsspråket i projektet. De språk som ska finnas tillgängliga är förutom engelska, franska, finska, grekiska, tjeckiska och svenska. Tidsplaneringen är att översättningen ska vara färdig i slutet av februari innan nästa möte äger rum i början av mars. Dessutom ska analysen av samtliga länders pilotprojekt analyseras och sammanställas av oss i Sverige med stöd av Janet Mattsson, OVA (Omvårdnadsansvarig) på BarnPMI samma organisation som också vi tillhör, och som ingår i projektets arbetsgrupp.

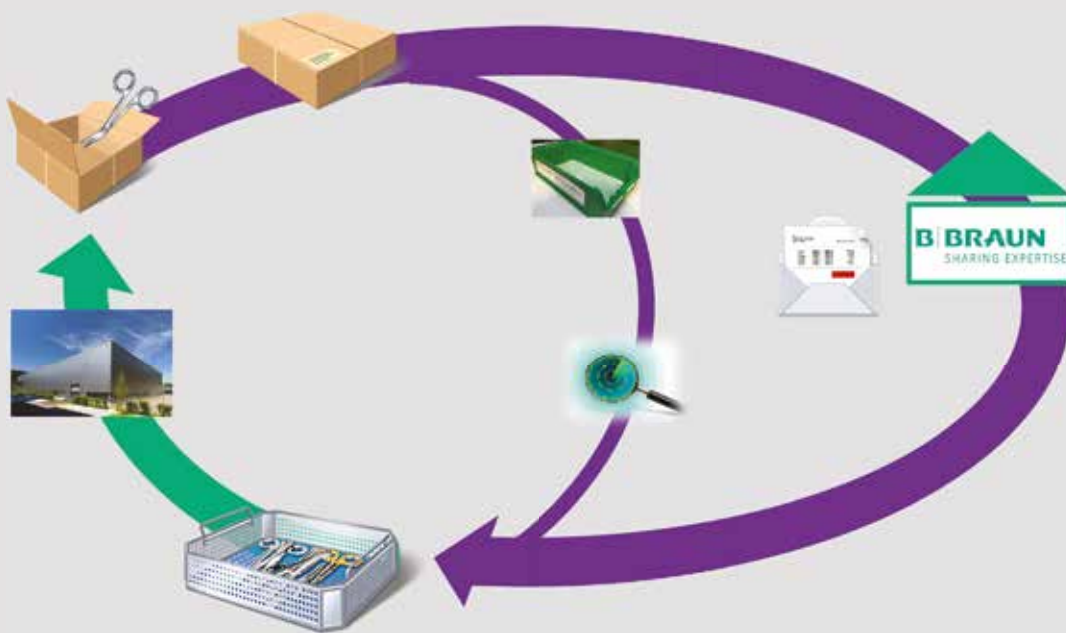
MYORCO projektet har tidigare presenterats i Uppdukat samt på den

senaste Höstkonferens 1 december 2022 på Waterfront i Stockholm där 300 deltagare från landets operationsavdelningar deltog. Det är planerat att vi vidare ska presentera MYORCO på Regionala studiedagen 21 april 2023, som Region Stockholm anordnar samt på AORN:s (American Operating Room Nurses Association) årliga konferens i april 2023 tillsammans med de belgiska kollegorna. Efter Höstkonferensen i december förra året har flera kollegor visat stort intresse för MYORCO och önskar få mer information från oss om hur de kan använda sig av lärlplattformen. I slutet av VT 2023 kommer MYORCO projektet att vara färdig till stor del och kan börja användas därefter av studenter, lektorer/adjunkter på lärosäten, operation- och anestesijuksköterskor samt ledare och chefer inom opererande verksamheter.

Nästa arbetsmöte äger rum i början av mars 2023 på Universitetet i Jyväskylä, Finland då våra finska kollegor står som värdar. Vi återkommer under våren med en ny rapport till Uppdukats läsare. Den digitala lärlplattformens adress: www.myorco.eu ●



Arbetsgruppen i simuleringsrummet för ssk- specialistutbildningarna



Servade instrument på plats inom 2-3 dagar

Aesculap® REvolution – Nästa generations instrumentservice

- Lasermärkning med spårbarhet enligt MDR
- Oavsett skick har alla defekta instrument på sjukhuset ett värde
- Webbaserad plattform



Nätverksträffar

Göteborg 5 oktober 2022

Text: Maria Gustafsson,
distriktssamordnare Göteborg 3

Den 5 oktober var vi på Art Clinc i Göteborg. Art Clinic är en privat specialistklinik inom plastikkirurgi estetisk och rekonstruktiv kirurgi, ryggkirurgi och ortopedi. Kliniken ligger i Mölndal och har 85 anställda. Sedan 2022 är det en del av Aleris.

Vi var drygt 30 operationssjuksköterskor från alla olika sjukhus i regionen såväl privata som offentliga. Det var en härlig mix av operationssjuksköterskor alltifrån nyutexaminerade till pensionärer som mumsade på en härlig sallad och njöt av kaffe och kaka. Alla sponsorer var inbjudna, en valde att delta och visade sin produkt innan mötet och i pausen.

Två operationssjuksköterskor, Frida Lernbrink och Annika Liljedahl från Art

Clinic välkomnade oss i deras konferensrum. Vi, distriktssamordnarna i Göteborg: Ann-Sofie Karlsson, Susanne Reuterberg och Maria Gustafsson inledde med att berätta om riksföreningen. Därefter fick alla presentera sig och berätta om sina verksamheter, utmaningar och möjligheter. Vi kom fram att mycket arbete pågår i regionen efter postcovid med kökortning. Det pågår också många nybyggnationer och renoveringar av operationsenheter. Vi kommer att behöva bli väldigt många fler operationssjuksköterskor i distriktet för att kunna bemanna alla kommande och nuvarande arbetsplatser.

Dagens externa föreläsare var Anna Lindbom, traumaansvarig på Sahlgrenska Universitetssjukhuset. Operation 1 och 8, som är Västra Götalands största traumamottagande operationsavdelning. Anna är med och föreläser i traumautbildningen för riksföreningen. Hon berättade om hur ett traumamottagande bör gå till och hur viktig kommunikationen är inom traumateamet och mellan vårdpersonal på berörda enheter.

Därefter blev det en trevlig diskussion och frågestund.

Vi fick även gå en rundtur på Art Clinics operationsavdelning. De har fem operationssalar samt en sterilenhet, preop och postop. Därtill en vårdavdelning som är öppen 24 timmar om dygnet, 5 dagar i veckan. Art clinics lokaler ligger i takvåningen på ett kontorskomplex designat av Wingårds arkitekt byrå med en stor atriumbalkong mot Mölndal.

Södra Älvsborg 27 oktober 2022

Text: Elin Wass, distriktssamordnare
Södra Älvsborg, operation 1, Borås

Efter jobbet fick deltagarna köra en bit utanför Borås för att komma hem till mig som distriktssamordnare i Södra Älvsborg. Det kom 16 tappra operationssjuksköterskor, mestadels från Borås operation 1 men även från operation 2 (dagkirurgi i Borås) och



Deltagare i Göteborg



Madeleine Persson och Sofia Wingård, testar att få ihop Hoffmaninstrumentaret

Alingsås. Vi minglade lite i början för att invänta alla deltagarna. Sedan satte vi oss till bords. När alla var samlade hälsade jag dem välkomna och hade en kort presentation av Riksföreningen för operationssjukvård och kvällens dagordning. Jag hade bjudit in en gäst, Judhita, för att föreläsa om ortopediska skador och hur de åtgärdas med hjälp av Hoffmaninstrumentariet, Gamma samt T2.

Juditha Rashiti, representant från Stryker presenterade sig själv och företaget. Hon berättade att Stryker har en utbildningslastbil som kör runt. Vi blev alla intresserade av den rullande utbildningsformen och önskade att vid ett tillfälle att titta in i den.

Hoffmaninstrumentariet är uppbyggt av stag och Apexpinnar. Denna lösning kan sättas på patienter med svåra, svullna och/eller öppna frakturer. Hoffman finns för bland annat fot, tibia, knä och höft. Hoffman kan även användas för att korrigera felställningar. Gammainstrumentariet är en mörkspik som används vid femurfrakturer. En ny uppdatering, Gamma 4 är på gång. Där är grundinstrumenten kompatibla med T2. T2 är en mörkspik som kan användas till ankeln, tibia eller femur. För att kunna utveckla implantaten har Stryker en databas med röntgenbilder på olika frakturer och med vilka implantat operatören har valt att använda. Det är frivilligt för alla parter att skicka in bilder till denna databas.

Kvällen avslutades med en workshop med de olika instrumentarierna Delta-garna fick själva bygga ihop olika typer av Hoffman. Alla instrumenten till Gamman var på plats, deltagarna kunde öva på att sätta ihop instrumenten samt ordningsföljden vid en vanlig operation. Stämningen var god och ingen verkade ha bråttom hem.

Ett stort tack till alla medlemmar som var med under kvällen och bidrog till den goda stämningen. Ett extra tack till Juditha för en lärorik kväll i både teorin och praktiken.

Jönköping 17 november 2022

Text: Anna Nilsson,
distriktssamordnare i Jönköping

Vi var tolv operationssjuksköterskor och två studenter som samlades i Jönköping Ryhov. Operationssjuksköterskorna på Höglandssjukhuset i Eksjö och Värnamo var också inbjudna men beklagade att de tyvärr redan var uppbokade men hoppades kunna delta på nästa möte.

Kvällen startade med att distriktssamordnaren (undertecknad) hälsade alla välkomna. Efter maten gick jag igenom hemsidan och vi pratade om antal medlemmar och olika kostnader för student

respektive medarbetare. Även att det finns stipendier att söka. Vi gick igenom vilka sponsorer som sponsrar oss samt föreningens dokument angående Riksföreningen anser och rekommenderar.

Svenskt Perioperativt register som är ett kvalitetsregister som möjliggör utvärdering och förbättring av vården för alla patienter som genomgår en operation. Detta genom att samla in information och data om patientens omhändertagande och välbefinnande under den perioperativa processen. Informationen från registret kan användas till kvalitetsförbättring, lärande, uppföljning och ledning. Med hjälp av kvalitetsregistret kan vi arbeta för att synliggöra våra professionsspecifika kunskapsområden. Detta ger oss möjlighet att påvisa effekten av operationssjuksköterskans avancerade omvårdnadsexpertis. Vi behöver tillsammans ta fram den information som vi vill att registret ska samla in. Detta arbete behöver engagerade och intresserade operationssjuksköterskor från hela landet, RFop:s SPOR råd kommer att arrangera nätverksträffar framöver så håll utklick.

Syftet med nätverksträffarna är att i samverkan skapa dialog och utveckling av registret utifrån operationssjuksköterskornas perspektiv. Många blev intresserade av arbetet och att vår profession är delaktig. SPOR-rådet arbetar nu med avvikelser vid positionering och bruten aseptik. Henrik Rapp från Mölnlycke var inbjuden han pratade om hållbarhet i operationssal. Vikten av att tänka på vilka plaster och produkter vi använder.

Stort tack till alla som deltog och bidrog till att vi fick en trevlig kväll. ●



Deltagare i Jönköping



Rapport från råden

Styrelsen

Helgen v 2 infaller den årliga arbetshelgen tillsammans med Riksförbundet för operationssjuksköterskor (RFop:s) olika råd i Stockholm. Dessa dagar var det styrelsearbete, styrelsemöte samt tvärgruppsarbete tillsammans med de olika råden i RFop på agendan. Under helgen har tvärgruppsdiskussionerna handlat framför allt om "taskshifting" och hur vi ska bemöta alla de frågor vi får angående detta. Många bra förslag har kommit fram och styrelsen kommer framöver att prioritera och fördela ut arbete till våra olika arbetsgrupper att arbeta vidare med. Är du nyfiken på någon av våra arbetsgrupper eller föreningsarbete över lag så får du gärna höra av dig så berättar vi mer!

För dig som är nyfiken så har vi styrelsemöten digitalt ungefär en gång i månaden och 2-3 gånger/år har vi arbetshelg eller arbetsdag. Arbetshelger ses vi i Stockholm och enstaka dagar brukar vi förlägga digitalt.

SPOR-rådet

SPOR-rådet fortsätter att arbeta för att synliggöra operationssjuksköterskans unika profession i Svenskt PeriOperativt Register. Under året kommer rådet även att prioritera utbildning i registret för föreningens medlemmar.

Den 28:de april arrangerar vi digitala föreläsningar med fokus på kvalitetsregister och specifikt SPOR. Bland annat kommer vi att prata om vilka möjligheter det finns för operationssjuksköterskan att använda kvalitetsregister för uppföljning av den perioperativa vården. Läs mer på hemsidan och anmäl er där! Tillfället är digitalt och gratis att delta på.

Boka gärna även in den 20 oktober. Då återkommer vi med ett nytt spännande tillfälle att lära sig mer om SPOR!

Kvalitetsrådet

90 % använder Anser & Rekommenderar

Under höstkongressen passade vi från Kvalitetsrådet på att ställa några quizfrågor till deltagarna med koppling till Kvalitetsrådets arbete med Riksförbundet Anser och Rekommenderar (A&R). Det är sällan 300 operationssjuksköterskor från hela Sverige befinner sig i samma rum samtidigt. Vi vill tacka er alla som var där och som svarade på våra frågor! Av de 107 deltagarna som svarade på frågorna ansåg majoriteten att det är lätt att hitta A&R på föreningens hemsida. Så många som 90/107 svarade att de använder sig av A&R varje månad. Detta tolkar vi som att dokumenten fyller ett stort syfte i arbetet på operationsavdelningarna. Det flesta använde sig av A&R i digital form.

De populäraste dokumenten är:

- Åtgärder mot oavsiktligt kvarlämnat material,
- Iordningställande och skydd av steril kirurgisk utrustning,
- Omhändertagande av biologiskt preparat i samband med kirurgiska ingrepp.

På frågan vilket/vilka ämnen de skulle vilja ha mer A&R om fick vi ett 60-tal olika svar med förslag på ämnen och frågeställningar man skulle önska nationella riktlinjer kring. Några av de flest angivna förslagen handlade om operationssjuksköterskors dokumentation och om hur man ska förhålla sig i

operationsrummet utifrån aspekterna ventilation, antal personer, dörröppningar, klädsel, CFU-mätningar och luftfuktighet.

Vi från kvalitetsrådet är tacksamma för alla svar då det ger oss en inblick i vilka aktuella frågor som ni medlemmar ställs inför i er vardag och där ni ser att riktlinjer i form av A&R skulle vara till hjälp. Era förslag och vetskap att dokumenten verkligen används i det dagliga arbetet ger oss kraft och "pepp" att fortsätta arbeta med A&R det kommande året.

Lärarrådet

Lärarrådets arbete med NKE (Nationell klinisk examination) ska slutföras i januari och sedan skickas till styrelsen för godkännande. Förhoppningen är att dokumentet kommer att vara ett stöd för både studenter och lärare runt om i landet.

I november 2022 träffades lärarnätverket på Waterfront i Stockholm. Bland annat utbyttes erfarenheter från de olika lärosätena. Katarina Göransson från Helsingborg/Ängelholm presenterade deras traineeprogram på operation för leg. Sjuksköterskor som ska påbörja utbildningen till operationssjuksköterska.

Lärarrådet har skapat ett forum på hemsidan (www.rfop.se) där vem som helst kan lämna förslag på uppsatsämnen. På agendan framåt finns inspelning av ett pod-avsnitt till RFop:s professionspod, taskshifting ska diskuteras tillsammans med övriga råd för att klargöra föreningens ställning angående detta. ●

Välkommen att söka

Riksföreningen för operationssjukvårds (RFop) stipendium för deltagande på vårt 14e Hygienforum i Stockholm!



Stipendiet erbjuder en möjlighet till ny kunskap, erfarenhetsutbyte, nya tankar och idéer som kan stimulera till utvecklingsarbete och personlig utveckling inom perioperativ omvårdnad. Vi delar ut fyra stipendier och det avser kongressavgift, resa samt en hotellnatt.

Vilka kan söka?

- Du som är som är operationssjuksköterska och medlem i RFop sedan minst två år tillbaka och ej mottagit något av RFops stipendier de senaste fyra åren.
- Du som är student och antagen vid specialistsjuksköterskeprogram med inriktning mot operationssjukvård samt är studerandemedlem i RFop.

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, skriv inget på kuvertet, som bifogas ansökan.

Skicka din ansökan senast 15 mars 2023 till:

Marie Afzelius, Erik Dahlbergs gata 26, 254 38 Helsingborg

Vid frågor kontakta: marie.afzelius@rfop.se



Halton

Enabling Wellbeing in
Demanding Indoor Environments

CRC Medical är nu en del av Halton

Från och med 1.1.2023 är CRC Medical en del av Halton. Tillsammans har vi över 800 installerade ventilationslösningar i operationssalar.

Den kombinerade expertisen och erbjudandet ger en bred palett av lösningar för lokaler med krav på exceptionell luftrenhet, såsom operationsrum, sterilavdelningar, patientrum, isoleringsrum, renrum och laboratorier.

Kom och träffa Anders och Marcus på årets Hygienforum den 13 till 14 april i Stockholm på Waterfront Congress Centre.

Halton Health AB | Telefon +46 (0)8 446 3900 | www.halton.com





Nya kolleger

Karolinska Institutet

Stockholm januari 2023

Ansvariga lärare: Ami Fagerdahl, Eva Torbjörnsson, Malin Stenman, Charlotta Olivecrona, Annika Sandelin och Ann-Cristin von Vogelsang

Närvarande: Hafsa Abdullahi Ali, Anna Broqvist, Emma Burke, Saskia Evensen, Maira Frost, Linda Hansen, Malin Hansson, Stina Isaxell, Golnaz Kamranvash, Mihaela Gabriela Mata, Melissa Meléus Roozban, Lisa Neigart, Anna Katarina Orre, Chra Nawrooz Qasim, Jenny Wallin och Ingrid Margareta Åström

Frånvarande: Anna Claughton Klyft



Stockholm



Umeå

Umeå universitet

Umeå januari 2023

Lärare bl.a.: Pia Hedberg, Anette Nyberg och Lisa Sandberg

Programansvarig: Sandra Kollberg

Övre raden från vänster: Tea Shelds, Yulia Rokacheva, Hanna Lahti, Rebecca Andersson och Ali Nejati **Nedre raden från vänster:** Lisette Kempe, Natalia Zavorotnaia Olsson, Elin Karlsson, Rebecka Bergström, Carina Wattland Hoffman, Ennina Honkanen och Charlotta Lohman **Saknas på bilden:** Tove Frykland och Jeanita Abelseth Eriksson

Undersköterska blir skyddad yrkestitel

Den 1 juli 2023 blir undersköterska en skyddad yrkestitel. Det innebär att den som arbetar som undersköterska kommer att behöva ett särskilt bevis från Socialstyrelsen för att få använda titeln inom vård och omsorg. Det innebär att man kommer att behöva möta vissa krav på kompetens. Socialstyrelsen blir de som kommer att pröva och utfärda bevis och sätter kraven. De arbetar för närvarande med föreskrifter för vilka godkända betyg från kurser och utbildningar från gymnasium och

komvux som ska ligga som grund för att få bevis. Också vad som kan anses som förvärvad kompetens som kan medräknas. Dessa krav beräknas vara klara under våren 2023.

På detta sätt blir det tydligare vilken kompetens en person med titeln undersköterska har. En trygghet för patienter, anhöriga och lättare för arbetsgivare att planera verksamhet. Om man då reglerna börjar gälla 1 juli 2023 har en tillsvidareanställ-

Mer info finns på socialstyrelsen.se

ning med titeln undersköterska får man fortsätta att använda titeln i 10 år. Efter det behövs ett bevis. Om man inte har en tillsvidareanställning måste man ha ett bevis om skyddad yrkestitel för att få fortsätta använda titeln undersköterska efter 30 juni 2023. Man kan fortsätta jobba inom vård och omsorg men inte som undersköterska. Skyddad yrkestitel ska inte blandas ihop med legitimationsyrken

Yvonne Törnqvist

Hygienforum 2023

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

Forumet där viktiga och aktuella frågor inom det vårdhygieniska området står i fokus!

Hygienforum är mötet för Dig med intresse för hygienfrågor. Forumet är öppet för alla med intresse för vårdrelaterade hygienfrågor fast vänder sig främst till Dig som arbetar inom operationssjukvård och vårdhygien.

Tid och Plats

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

Föreläsningar

STRAMA – antibiotikaanvändning, resistensläge och nya utmaningar

Annika Hahlin

Varför måste vi ha hjälm?

Birgitta Lytsy

Ledprotesinfektioner

Bo Söderquist

Perioperativa strategier för att minska risken för infektion efter axelkirurgi

Vendela Scheer

Instrumentvård – vad gör vi, vad får vi?

Karin Åberg

Endoskopi rengöring och hantering

Föreläsare kommer

**Hur kan vi minska kateterrelaterade
urinvägsinfektioner och blåsöverfullnad?**

Maria Frödin

Lärdomar från Safe Hands projektet

- Det går att minska postoperativa infektioner

Anette Erichsen

Rundabordsdialog med aktuella Hygienfrågor

Anna-Karin Blom och Maria Qvistgaard

Hur länge går det att ha sterilt gods uppdukat och övertäckt?

Ann-Sofie Sundqvist och Camilla Wistrand

Mobiltelefon på operationssal

Anna-Karin Andersson och Lasse Salomonsson

Hur utvecklar vi vårt omdöme bortom förpappring och mätthets?

Jonna Bornemark



ANNIKA
HAHLIN



BIRGITTA
LYTSY



BO
SÖDERQUIST



VENDELA
SCHEER



KARIN
ÅBERG



MARIA
FRÖDIN



ANETTE
ERICHSEN



ANN-SOFIE
SUNDQVIST



CAMILLA
WISTRAND



ANNA-KARIN
ANDERSSON



LASSE
SALOMONSSON



JONNA
BORNEMARK



ANNA-KARIN
BLOM

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



MARIA
QVISTGAARD



Riksföreningen för
operationssjukvård



Nya medlemmar

God fortsättning på medlemsåret 2023!

Vi Välkomnar 75 nya medlemmar från augusti-december 2022

Snart närmar vi oss 1500 medlemmar i RFop. De senaste två åren har vi ökat medlemsantalet efter några år med sjunkande siffror. Så roligt att så många nya operationssjuksköterskor och operationssjuksköterskestudenter har hittat till vår förening. Fast jag vet att det finns många ute på sjukhusen i landet som ännu inte är medlemmar. Fråga gärna era kolleger om de är medlemmar och tipsa dom att gå med i RFop.

Som medlem får du tidningen Uppdukat 4ggr/år, lägre anmälningsavgift till Höstkongress och Hygienforum. Möjlighet att delta på våra konceptutbildningar som annonseras på hemsidan rfop.se och nätverksträffar som anordnas ute i landet av våra distriktssamordnare m.m. Jag behöver uppdatera medlemsregistret med era mejladresser. Mejla mej gärna på: annemarie.nilsson@rfop.se.

Nya medlemmar

Johanna Almsand, Skövde
Christelle Andersson, Tyringe
Kristina Andersson, Kungälv
Marie-Louise Andersson, Karlstad
Ulrika Aspling, Vetlanda
Luca Banga, Skene
Stina Berggre, Uppsala
Olivia Bjurén, Billdal
Maria Björkbacke, Uddevalla
Katarina Björklund, Bromma
Alma Carlsson Salman, Stockholm
Lisa Cederqvist, Borås
Marcus Dahlgren, Eslöv
Madeleine Diderot, Halmstad
Matilda Edman, Katrineholm

Mari Edqvist, Huddinge
Johanna Ekholm, Umeå
Linda Ekström, Stockholm
Mathia Elming, Lund
Hanna Ferm, Jönköping
Marilena Glans, Malmö
Kristina Greby, Stockholm
Anneli Hallin, Åkersberga
Sanna Hammarström, Kvissleby
Maria Hult, Västra Frölunda
Anna Jansson, Vaxholm
Åsa Joelsson, Örebro
Karin Johnson, Öxabäck
Elin Jonsson, Valbo
Pernilla Jönsson, Smygehamn
Susanna Korpela, Göteborg
Ludvig Lagerkrantz, Brämhult
Hanna Larsson, Örebro
Linnea Leyton, Alingsås
Jenny Lindgren, Malmö
Petra Lindqvist, Grycksbo
Tobias Lögdahl, Uppsala
Niina Majala, Luleå
Nina Markusson, Enskededalen
Camilla Martinsson, Jönköping
Caroline Mattsson, Enskededalen
Lena Mattsson, Uppsala
Maria Mimon, Knivsta
Marisela Niklasson, Södertälje
Hanna Nilsson, Vänersborg
Jenny Nyström, Alingsås
Julia Olofsson, Enköping
Ingela Olsson, Ösmo
Linda Olsson, Trollhättan
Micaela Olsson, Håltå
Nathalia Olsson, Hägersten
Marianne Pekkarinen, Alunda
Annelie Persson, Kumla
Anna Qwinth, Kungsbacka

Madelene Ristman, Örebro
Beata Rolf, Stockholm
Lena Samuelsson, Norrköping
Vaiva Sandberg, Vara
Claudia Sandor, Stockholm
Emily Sedin, Västra Frölunda
Rebecka Starke, Kode
Maria Strååt, Uppsala
Erica Ståhlberg, Hässleholm
Evelina Sundberg, Gävle
Christina Svarna, Linköping
Linda Söderqvist Dalhammar, Gustavsberg
Susanne Tegnäs, Lidhult
Jessica Thier, Lund
Gunilla Udde Ström, Solna
Emma Vilemyr, Skövde
Therese Wall Zirath, Stallarholmen
Pär Weije, Uppsala
Marie Vikingsson, Kristianstad
Sofia Wålekvisst, Uppsala
Jaqueline Östh, Hägersten

Save the date!

VÄLKOMNA TILL

NATIONELL NÄTVERKSTRÄFF

För utbildnings-/utvecklings-
ansvariga sjuksköterskor
inom anestesi, operation och
intensivvård.

Tid: 7 - 8 mars 2024

Plats: Kulturhuset i Hässleholm



RFop kalendarium

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

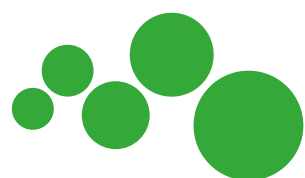
Alla utbildningar och evenemang som RFop bedriver ska stärka och utveckla ledarrollen inom den perioperativa omvårdnaden samt främja utvecklingen av densamma. Vi arrangerar årliga utbildningar i form av bland annat Hygienforum, Höstkongressen och Chefkonferens. Dessa hålls i syfte att synliggöra aktuell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

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

2023 16-17 Mars Nätverksträff för chefer	2023 31 Mars Trauma Utbildning Nivå 1	2023 13-14 April Hygienforum 2023	2023 28 April SPOR Nätverksträff Digital	2023 12 Maj MDR Juridik & Upphandling	2023 15-17 Maj Trauma Kirurgi Nivå 2
2023 16 Maj Årsmöte	2023 26 Maj Infektions- prevention	2023 14-15 September Nätverksträff för chefer	2023 12-13 Oktober MDR Juridik & Upphandling	2023 20 Oktober Infektions- prevention	2023 20 Oktober Trauma Utbildning Nivå 1
2023 20 Oktober SPOR Nätverksträff Digital	2023 9-10 November Trauma Utbildning Nivå 3	2023 30-1 Nov/Dec Höstkongress 2023	2023 1 December Chefkonferens 2023	Under 2024 kommer vi att presentera fler nya konceptutbildningar. Vi uppdaterar allt eftersom på rfop.se samt i kalendariet som alltid finns i Uppdukat.	

POSTTIDNING B

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



Mölnlycke®

 **Instrumenta**



BD

MEDI PLAST



Medtronic
Further Together

Halton

B | BRAUN
SHARING EXPERTISE

KEBCOMED

Johnson & Johnson MEDTECH