

Uppdukat

Nr 3 september 2024 årgång 36



LigaSure™ XP Maryland jaw sealer/divider with nano-coating

Next-level
performance^{1,†,‡,§}
from the technology
you trust.²



Performance

Reliably seal
thick tissue^{3,4,§,Ω}

Precision

Seal^{5,††} and cut^{3,††} to
the tips of longer jaws^{§§}

Procedural efficiency

360° continuous jaw
rotation for uninterrupted
movement^{3,Ω,§§}

†The LigaSure™ XP Maryland jaw device is indicated for use in general surgery and such surgical specialties as colorectal, bariatric, urologic, vascular, thoracic, and gynecologic. ‡Compared to their current preferred device; 21 of 23 surgeons agreed during clinical procedures. §Thick tissue is defined as nondissected vascular tissue or fatty tissue. Ω29 out of 29 surgeons agree. ††30 out of 30 surgeons agree. ‡‡24 out of 29 surgeons agree. §§Compared to legacy LigaSure™ devices.

1. Based on internal report #RE00457416 Rev A, Product introduction report: LigaSure™ XP Maryland jaw sealer/divider. May 2023. 2. Based on COGNOS and historical sales data, FY01-FY20. October 2019. 3. Based on internal report #RE00376094 Rev A, LigaSure™ XP Maryland jaw sealer/divider surgeon validation marketing report. Dec. 7-9 and 14-16, 2021. 4. Based on internal report #RE00442444 Rev A, Comparison of the renal artery bench bundle burst pressure performance with the LigaSure™ XP Maryland jaw sealer/divider, Voyant™* Maryland Fusion, Enseal™* X1 curved jaw, and LigaSure™ LF19XX devices. Jan. 23, 2023. 5. Based on internal report #RE00372649 Rev A, Archer surgeon summative evaluation report. March 22, 2022.

©2023 Medtronic. All rights reserved. Medtronic, Medtronic logo, and Engineering the extraordinary are trademarks of Medtronic. ™ Third-party brands are trademarks of their respective owners. All other brands are trademarks of a Medtronic company. EMEA-SE-2300107-ligasure-xp-maryland-scrub-flyer-en-emea-10455797

**We're here for you –
whenever you need us.** 

If you have any questions about the LigaSure™ XP Maryland jaw device, please give me a call.

**Medtronic
Sverige**

Utgivare

Riksföreningen för operationssjukvård ISSN 1101-5624.

Upplaga

1850 exemplar. Tidningen utkommer med fyra nummer per år, till alla medlemmar i riksföreningen och övriga prenumeranter.

Prenumeration

Prenumerationskostnad är 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

Framtidens operationssjuksköterska tränar på KTC

Foto

Sofia Erestam

Annonser

rfop@rfop.se

Redaktion

Kristina Lockner
Yvonne Törnqvist
Maria Munoz
Ebba Westerström
Sofia Jonsson

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

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

Eftertryck från tidningen utan Riksföreningen för operationssjukvårds medgivande är förbjudet.

Layout: MittKompetens AB

Tryck: Allduplo Offsettryck AB

Innehåll

Uppdukat nr 3 2024 årgång 36

REDAKTIONENS ORD

Ordförande...sid 4

HISTORIA

Doyen – en kontroversiell förnyare av fransk kirurgi...sid 6

HYGIEN

Från Florence till Vägledning för vårdhygieniskt arbete ...sid 10

HYGIEN

Nationella vårdhygieniska operationsnätverket för hygiensjuksköterskor...sid 14

HYGIENFRÅGAN

Ann Sofi Mattsson svarar...sid 16

KOMPETENS

Avancerad specialistsjuksköterska...sid 18

POPULÄRVETENSKAP

Våld i Nära Relation & Din roll...sid 20

PATIENTSÄKERHET

Framtidens operationssjukvård...sid 22

POPULÄRVETENSKAP

Operationssjuksköterskans erfarenhet från att delta vid Organdonation...sid 26

REPORTAGE

Engångsprodukternas era är över...sid 30

CHEF OCH LEDARE

När ledarskapet brister – så påverkar dåligt ledarskap arbetsmiljön...sid 34

FÖRENINGSNYTT

RFop...sid 36

sid 20



sid 36



sid 38



Foto: Peo Sjöberg



60-årsjubileum för Riksföreningen för operationssjukvård!

I år firar vi en milstolpe – Riksföreningen för operationssjukvård (RFop) fyller 60 år! Detta firas givetvis på Höstkongressen, och vi hoppas att du kommer och delar denna speciella stund med oss. Under 60 år har RFop arbetat för att främja utveckling och kompetens inom operationssjukvården. Vår historia är rik på engagemang, innovation och ständiga förbättringar. När vi blickar tillbaka ser vi hur operationssjukvården har utvecklats och hur RFop har varit en drivande kraft i denna förändring. Jubileet är inte bara en återblick, utan även ett tillfälle att se framåt mot de kommande åren och utmaningarna som väntar.

RFop bildades 1964 som Rikssektionen för operationssjukvård och hade då 175 medlemmar. Syftet med föreningen var att operationssjuksköterskor från hela landet skulle träffas för fortbildning och erfarenhetsutbyte. De eldsjälar som grundade föreningen, Gerda Edler, Inga Hassellöf och Gertrud Danielsson, lade grunden för en verksamhet som har vuxit och utvecklats under sex decennier.

Utbildning och kompetensutveckling, nyckeln till framgång

Ända sedan starten har föreningen anordnat höstmöten, numera Höstkongresser, i Stockholm. Det första höstmötet hölls i en lokal som ägdes av Philips

och lockade cirka 175 deltagare. Fram till 2007 arrangerades även vårmöten av medlemmarna ute i landet, men efter det sista vårmötet i Sundsvall 2007, har bi Hygienforum i stället. Nu erbjuder RFop även en rad olika konceptutbildningar som är anpassade för att möta behoven hos dagens operationssjuksköterskor. Våra utbildningar är utformade för att ge dig en stabil grund att stå på, och när du deltagit ska du känna dig trygg med att du har ökat din kunskap inom det aktuella området. För att stödja din kompetensutveckling är utbildningarna alltid subventionerade för våra medlemmar.

Vad mer kan du läsa om i detta nummer?

Framtidens operationssjukvård, vilka resurser kommer att behövas? RFop:s vetenskapliga råd har skrivit en artikel om detta som du kan läsa på sidan 22. På tema Hygien har vi, en resa från Florence Nightingale till den senaste vägledningen för vårdhygieniskt arbete och en presentation av det nya nationella vårdhygieniska operationsnätverket för hygiensjuksköterskor. Vidare har vi en rapport från det senaste styrelsemötet med EORNA, samt en artikel om fördjupning i rollen som avancerad specialistsjuksköterska.

Populärvetenskapligartiklar om de viktiga samtida frågor som, våld i nära relationer sidan 20 och operationssjuksköterskans roll vid organdonation sidan 26. På sidan 30 kan du läsa om engångsprodukternas framtid och hur vi möter dessa miljöutmaningar. Hur påverkar ledarskap arbetsmiljön? I huvudet på en chef, anonym krönika på sidan 34 ger en påminnelse om vikten av gott ledarskap. Doyen, en kontroversiell förnyare av fransk kirurgi är numrets historieperson.

Avslutande ord

Som medlem i RFop är du en del av en gemenskap som strävar efter att förbättra operationssjukvården i Sverige. Vårt 60-årsjubileum är inte bara en fest, det är ett erkännande av det hårda arbete och den passion som finns inom vår profession. Låt oss fortsätta att utvecklas tillsammans och göra de kommande åren ännu bättre än de föregående. ●



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.

Hur motverkar och hanterar vi social utsatthet på arbetet?

På kommande nätverksträff ska vi ha rundabordsdiskussioner i olika aktuella ämnen och på fredagen kommer Stefan Blomberg som är Sveriges mest tongivande expert i frågor som rör social utsatthet på arbetet i form av kränkningar, trakasserier, mobbning och liknande. Han var också huvudansvarig då Myndigheten för arbetsmiljökunskap (MYNAK) 2021 publicerade nationella riktlinjer för hantering av social utsatthet på arbetet.

Kom och nätverka under trevliga former, träffa chefskollegor från hela landet för dialog om aktuella frågeställningar och hämta inspiration av varandra!

Tid

12- 13 september 2024

Start: kl. 12.00 Slut: kl. 12.00

Plats

Stockholm Waterfront Congress Centre

Kostnad

5 850 kr ex moms, inklusive lunch x 2, kaffe x 2, middag och övernattnings på Stockholm Waterfront Congress Centre.

Mer information
och anmälan:
rfop.se

1964-2024



Anmäl dig här!





Health Care. **For the planet.** Too

Människors hälsa är direkt kopplad till vår miljö

Hälso- och sjukvården har en betydande klimatpåverkan och därmed möjligheten att göra ett meningsfullt bidrag till en bättre miljö.

"Health Care. **For the planet.** Too" visar den spännande möjligheten med lösningar för framtiden som gynnar patienter, vårdorganisationer och planeten.

På Mölnlycke arbetar vi för att minska vårt miljöavtryck när det kommer till våra lösningar för operationssalen utan att kompromissa med patientens eller vårdpersonalens säkerhet.

Vi ser fram emot att diskutera med dig hur vi tillsammans kan göra skillnad.



Läs mer på www.molnlycke.se

Mölnlycke Health Care AB, Box 13080, Gamlestadsvägen 3 C, 402 52 Göteborg. Tel. 031 722 30 00. info.se@molnlycke.com
Mölnlycke och ProcedurePak varumärken, namn och logotyper är registrerade globalt hos ett eller flera av företagen i Mölnlycke Health Care-gruppen. ©2023 Mölnlycke Health Care AB. Alla rättigheter förbehållna. SESU1522405

Lär dig mer om hållbarhet



Doyen – en kontroversiell förnyare av fransk kirurgi

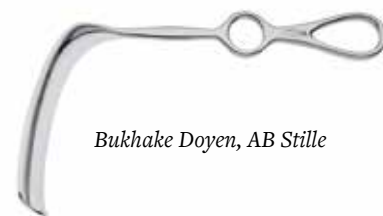
Eugène Louis Doyen (1859–1916) var en av de mest betydelsefulla kirurgerna vid slutet av 1800-talet och början av 1900-talet. Han ägnade sig åt sensationella upptäckter och var först i världen med att låta filma sina operationer. Dessa filmer använde han senare i föreläsningar på kirurgiska kongresser och vid undervisning av nya läkare. Doyen föddes i Reims, den största staden i regionen Champagne. Hans far, Octave Doyen, var borgmästare i staden och professor i kirurgi vid den medicinska fakulteten. Eugène påbörjade sina medicinstudier under handledning av sin far, men avslutade dem i Paris.

Han skrev sin avhandling om kolerabakterien vid Pasteurs laboratorium. Louis Pasteur erbjöd honom en anställning vid laboratoriet, med förbehållet att han skulle avstå från patientarbete och enbart ägna sig åt forskning. Doyen avböjde erbjudandet och lämnade Pasteurs laboratorium. Han reste runt i Europa för att studera kirurgi och i Wien träffade han Billroth, som lärde honom laparotomier, något som var ovanligt i Frankrike vid denna tid. Han imponerades av hur de tyska klinikerna var organiserade och hur strikt man följde Listers lära om aseptik. Han hade dock synpunkter på det tyska sättet att operera, vilket han tyckte verkade omständligt med flera



Eugène Louis Doyen

assistenter som skickade instrument i olika led mellan sig. Han frågade sig varför man inte opererade enklare och därmed snabbare.

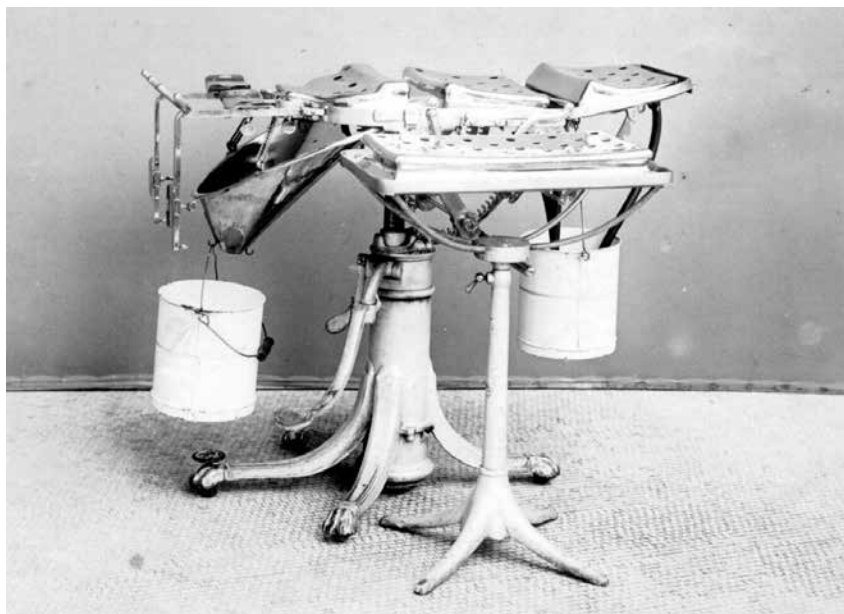


Bukhake Doyen, AB Stille

Efter sina studier återvände han till Paris och öppnade 1896 en privatklinik med 160 sängplatser i en av de mest fashionabla delarna av staden. Kliniken blev också hans hem. Doyen blev känd för sin snabbhet och utförde en rad olika kirurgiska ingrepp, från ögonkirurgi till nefrektomi.

Han skrev en atlas med topografisk anatomi samt rikt illustrerade handböcker i kirurgi, som kom ut i engelsk översättning 1917. I dessa böcker visar han upp kirurgiska tekniker, en mängd kirurgiska instrument, operationsbord och aseptisk teknik. En av hans kirurgiska aforismer var: "Operate with simplicity and you operate with celerity." Han menade att tid är liv för både patient och kirurg.

I boken finns bilder på olika instrumentupppdukningar vid olika ingrepp. Han beskriver vilka ingrepp som är akuta och behöver påbörjas inom 30 minuter. Det finns bilder på instrument och listor över den övriga utrustning som behövs för dessa ingrepp. Enligt Doyen är minutiös förberedelse, där kirurgen har rätt instrument och utrustning tillgängliga inför varje operation, nödvändig. Han menar att en kirurg som brister i förberedelser och under en operation måste kalla in extra instrument kan jämföras med en jägare som mitt under jakten glömt sitt ammunitionsbälte.



Operationsbord Doyen som anses vara det första moderna operationsbordet
Källa Roland Le Gall



Tidiga operationsbilder utan sterilt fält, drapering eller operationshandskar. Doyen följer Listers aseptiska principer med handtvätt och sterila instrument Källa_Roland Le Gall

- Doyen var en av de första att utveckla ett operationsbord som möjliggjorde ändra positionering av patienten, operationsbordet anses vara föregångaren till alla moderna operationsbord
- Den första att använda operations-sug och elektrokoagulation
- Utvecklade en elektrisk motor för kraniotomi och cirkelsåg
- En av de första att införa aseptik vid kirurgi
- Utvecklade och uppfann en mängd kirurgiska instrument

Doyen – Pionjär med att filma sina operationer

Bröderna Lumière räknas som skaparna av den moderna filmen och lyckades med kvalitetsförbättringar som möjliggjorde att filmer för första gången kunde visas på en stor duk och för en publik. Bröderna hade sin första allmänna filmvisning för en betalande publik 1895. Filmvisningen ägde rum på Grand Café i Paris. Doyen var på plats och såg brödernas tidiga filmvisningar. Han blev entusiastisk och förstod det nya mediets möjligheter.

Han anställde filmregissören och uppfinnaren Ambroise François Parnaland från Lumières visningar, som fick uppgiften att fotografera och filma hans operationer. De första filmningarna av operationerna var experiment med kamerateknik och ljussättning. Att filma i en fönsterlös operations-

sal vid denna tidpunkt borde nästan ha varit en omöjlighet. Han visade upp flera av sina filmer 1898 vid British Medical Association's möte i Edinburgh, där hans film som visar metoder för kraniotomi gjorde succé. Detta räknas som den första officiella demonstrationen av kirurgiska filmer. Doyen kom att producera ett tiotal filmer årligen. För honom handlade filmandet av sina operationer inte enbart om att visa upp sina kirurgiska färdigheter, utan också om att utbilda unga kirurger. Filmerna används även för att han skulle förbättra sin egen prestation. Han har beskrivit att operationsfilmer gjorde att han fick se saker han var omedveten om när han opererade, vilket möjliggjorde att han kunde förfinas och förenkla sin

operationsteknik och träna bort onödiga rörelser. Filmerna hjälpte honom att nå en perfekt kirurgisk teknik.

Operera snabbt och enkelt

Doyen förespråkade att man skulle operera snabbt och enkelt och menade att för att lyckas lära sig nya ingrepp räcker det inte att se andra operera – man måste göra det själv och se sig själv. I de första operationsfilmerna där han utförde kraniotomier opererade han utan handskar, munskydd eller speciell operationsrock. Fast detta förändrades i den fjärde filmen, där han ses utföra operationen iklädd operationsmössa, munskydd och handskar, och patienten är täckt av drapering. →



Doyen opererar, instrumentborden med instrument steriliserade i torr värme har tre kanter för att skydda instrumenten från kontamination av åskådare. Källa Roland Le Gall

Doyen hävdade att han filmade sina operationer av pedagogiska skäl, men han kritiserades och det ansågs vara en form av självreklam för honom och hans egna kirurgiska tekniker. Parnaland kom senare att i hemlighet kopiera och sälja Doyens operationsfilmer vidare. Filmerna visades offentligt som underhållning och spreds till olika länder. De visades på teatrar, nöjesfält och även på offentliga torg. Det verkar framför allt som att den film där Doyen utför en hysterektomi hade ett extra stort intresse.

Hans filmer upprörde många av hans franska läkarekollegor, som upplevde att filmerna kränkte och smutskastade professionen. Kritiken var hård och kollegor verkade upprörda över att operationsfilmer "sänktes till samma nivå" som där clowner och skäggiga damer visades upp. Trots att Doyen hävdade sin oskuld till spridningen av filmerna fick hans respektabilitet en törn. Doyen stämde Parnaland, vilket ledde till en långdragen rättsprocess där han krävde tillbaka sina filmer. Rättegången ledde till att filmer fick upphovsrättskydd. Doyen tros ha producerat över 100 olika filmer, vissa källor uppger att det skulle röra sig om så många som 400 filmer och endast en handfull av filmerna finns bevarade.

Foto för undervisning

Han kom även att intressera sig för att använda foton för undervisning och hade en samling av tusentals foton, vissa även i färg, men olyckligt nog försvann de flesta foton i samband med den sista tyska bombningen av Paris 1944. En av den tyska kirurgins mästare, professor Ernst von Bergmann (1836–1908), spelade 1903 in en film där den då sextiosjuårige von Bergmann utför en amputation. Det är den tidigast kända kirurgfilmen i Tyskland. Professor Bergmann hade vid tiden då filmen spelades in drabbats av professionell oenighet med kollegor och det spekuleras i att filmen spelades in för att sympatisera med Doyen. Filmen visades aldrig offentligt och var försvunnen till 1936, då den återupptäcktes. Von Bergmanns film går att hitta via QR koden.



En separation av siamesiska tvillingar

År 1902 opererade Doyen och separerade de siamesiska tvillingarna Radhika och Dudhika. De siamesiska systrarna

föddes 1888 i Indien och ansågs vara ett dåligt tecken av sina föräldrar, som lät systrarna tas om hand av några hinduiska heliga män. De togs till England och sedan vidare till USA av kapten Coleman, en entreprenör i nöjesbranschen. När systrarna var fyra år visades de upp på en utställning vid Westminster Aquarium i London. Då skrev British Medical Journal en artikel om flickorna utifrån en undersökning som beskrev deras anatomiska förhållanden. Flickorna satt ihop från bröstbenet ner till naveln, som de hade gemensam. Denna typ av tvillingar benämns som xifopager. I artikeln skriver man att det är omöjligt att veta om och hur de delar några inre organ. Man noterade att flickorna mådde bra och verkade glada, men var svårundersökta då de starkt ogillade beröring. Flickorna verkade vara hungriga samtidigt och skötte sina naturliga funktioner samtidigt, fast det berodde förmodligen på vana. De var oftast sjuka samtidigt, men det hade hänt att halsont och sjösjuka drabbade endast en av dem, man observerade också att pulsökning inte alltid sammanföll i takt.

Under de kommande tio åren turnerade tvillingarna med den kringresande cirkusen Barnum & Bailey, känd som "The Greatest Show on Earth". År 1902 besökte tvillingarna Paris, där Dudhika insjuknade akut i vad som visade sig vara tuberkulos. Tvillingarna undersöktes av professor Doyen, som bestämde sig för att operera och separera systrarna för att undvika att även Radhika skulle insjukna. Det finns beskrivet några av de utredningar Doyen gjorde

preoperativt av flickorna. Dudhika får dricka svartvinbärstryck med tillsats av metylenblått, två timmar senare var båda flickornas urin blåfärgad, vilket bevisade för Doyen att det fanns vaskulära anastomoser mellan flickorna. Men så mycket undersökningar kunde man inte göra. Dudhika var mycket sjuk, hon hade trettionio graders feber, uppdriven buk och vid palpation kunde känna flera tuberkulösa knölar.

Den 9 februari genomförde Doyen operationen, som tog 20 minuter och filmades. Tvillingarna sövdes under operationen med kloroform och återfick snabbt medvetandet. Efter en stund utbrast båda flickorna: "Man har separerat oss". Separationen av flickorna blev en stor nyhet som följdes i tidningarna. Den 11 februari rapporterades att tvillingarna mådde så bra som möjligt och dagen efter rapporterades att de hade druckit buljong, mjölk och yoghurt samt fått besök av sin vän dvärgen Colibri från cirkusen Barnum. Den 17 februari, dag åtta efter operationen, avled Dudhika hastigt. Hon obducerades av Doyen nästa dag och en reporter var närvarande och rapporterade från obduktionen. Doyen fann en lång sadelembolus i lungartären samt en tuberkulös perforation av appendix med en utbredd abscess i bäckenet och över vänster fossa. Radhika fick aldrig veta att hennes tvillingsyster hade avlidit; man sade att hon flyttats till ett land med mer sol. I en tidningsnotis om Doordica's (Dudhika) död framgick att systemens död hölls dold för Radhika. Radhika dog året efter operationen, då 15 år gammal, också hon av tuberkulos. Filmen på separa-



Radhika & Doodica, Joint Hindoo twins after operation
Källa Library of congress



Poster Orissa tvillingarnas uppträdande Moulin Rouge i Paris_Källa_Paris Musée

tionen av tvillingarna visades först för medicinsk personal men spreds senare till allmänheten. Den visades i Wien 1903 och väckte då en storm av anstöt hos publiken. Lindsköld har skrivit en intressant artikel, "Att separera ett tvillingpar", i Läkartidningen 19-20/2022 för de som är intresserade av att läsa mer om systrarna Radhika och Dudhika.

Cancers orsak?

Doyen trodde sig ha upptäckt orsaken till cancer när han isolerade en mikrokok med samband till vissa cancertumörer. Från smittämnets bakterietoxin odlade han fram ett antiserum som skulle användas som vaccin, vilket ansågs ge tumöråterbildning genom ospecifik immunstimulering. Han trodde sig vara på rätt väg, men resten av den medicinska akademien ansåg att han helt tappat förståndet. Idag känner vi till en hel del virus som orsakar cancer, och även vissa bakterier, så Doyen hade inte helt fel.

Doyen kom att utföra viktigt arbete inom immunologin. Han framställde ett jästextrakt, Mycolysine, för humant bruk och Phage'dine för djurvården. I pressen fick lanseringen av medlen rubriker som "kirurg har upptäckt livets elixir" och att medlen kunde förlänga livet med 10-12 år. Dessa produkter hade viss effekt och tillverkades fram till andra världskriget, men produktionen upphörde efter att fabriken bombades 1944. Medlen verkade genom fagocytosimmunstimulering av antingen ospecifika inflammatoriska reaktioner och hade viss effekt vid kroniska bakterieinfektioner. Behovet minskade dock med antibiotikans intåg. Idag

behandlas exempelvis Hepatit C med Interferon och blåscancer med BCG, vilket är en återgång till denna typ av terapi fast med moderna medel.

Ballistiskt Arbete

Doyen studerade projektilers rörelser, ett arbete där han samarbetade med Eiffeltornets konstruktör, Gustave Eiffel. Doyen utförde systematiska tester med olika kalibrar och ammunition på kadaver, där han studerade skadetyper. Han använde sig även av foto och kinematografi för att analysera kulhastigheter. Doyens arbete och anatomisk-ballistiska samlingar vid det institut han arbetade vid ansågs vara så viktiga att japanerna under många år hade en spion placerad på laboratoriet. Efter hans hastiga död, stal spionen hela samlingen och försvann.

Doyens kompetens inom ballistik kom till användning i samband med en rättegång 1914, där Mrs. Caillaux, hustrun till dåvarande franske finansministern, stod åtalad för att ha skjutit ihjäl tidningen Le Figaros huvudredaktör Gaston Calmette. Bakgrunden till dramat var att Le Figaro publicerat ett antal privata brev skrivna av ministern, och hustruns motiv var att undvika att ett kärleksbrev från ministern till henne, från tiden han var gift med sin första hustru, skulle publiceras. Madame Caillaux avlossade sex skott mot redaktören, varav fyra träffade honom. Doyens analys visade att skotten inte skulle ha varit dödande om redaktör Calmette hade opererats i tid, och att Madame Caillaux hade tömt pistolen utan att sikta. Den åtalade frikändes, mycket tack vare Doyens vittnesmål, men också för att juryn ansåg att publiceringen av intima brev var en vidrig handling som krävde hämnd.

Orädd och provocerande jetsetare

Privat hade Doyen stort inflytande i den franska societeten och blev en kändis. Han var vän med Albert I av Monaco. Han skilde sig från sin hustru, som var mor till hans tre barn, och levde ett utsvävande kärleksliv som han inte hemlighöll. Han hade en kärleksaffär med en skådespelerska som han senare gifte sig med.

Doyen köpte ett vinhus och sålde champagne under sitt eget varumärke "Champagne Doyen". Han beskrivs som en intensiv och produktiv person. Han öppnade ett 20-tal kliniker, finansierade av hans personliga förmögenhet och

forskning. Eftersom han inte kunde ta del av offentliga medel, tog han ut extremt höga avgifter från sin rika kundkrets.

Han sov sällan en hel natt i sitt sovrum och om han sov några timmar, gjorde han det oftast på en soffa någonstans på sin klinik, som också fungerade som hans hem. Han kunde ta en dusch och sedan kalla ihop sin personal för att påbörja en operation, även om klockan var 3 på morgonen. Hans problem med sömnen gjorde att han plötsligt kunde somna under ett samtal och det har spekulerats i om han led av någon form av narkolepsi. Han var begåvad med en naturlig, naiv öppenhet men även med ett hett humör som kunde visa sig grymt mot de personer han föraktade. Han avlider 1917 vid 57 års ålder. ●

Referenser

Cohen J.H.M The Scandalous Dr Doyen, or the Solitary Tragedy of a Prodigy

Doyen E. Surgical therapeutics and operative technique vol 1 (English edition) London Baillière, Tindall and cox, 1917 <https://wellcomecollection.org/works/r65k7ztd>

Haridas R.P. Eugène -Louis Doyen's pharyngeal tubes. Anaesth intensive care 2014; 42:33-40

Laios K. et.al Eugène Louis Doyen (1859-1916) The reformer of French surgery. Surgical Innovation 2018 vol 25 (6) 645-647

Lindsköld M Att separera ett tvillingpar. Läkartidningen 19-20/2022

Lefebvre T. La Collection des films du Dr Doyen. In 1895. Revue d'histoire du ciné'ma. Nr 17 1994. 100-114

Powell, J.L. Powell's pearls: Eugène Louis Doyen, MD (1859-1916) Journal of pelvic medicine & surgery Vol 14 nr 1 Jan/feb. 2008.

The Orissatwin sisters Br Medical Journal 1893 June 3

The Scandalous Dr Doyen, or the Solitary Tragedy of a Prodigy — Medica — BIU Santé, Paris (parisdescartes.fr)

Wijdicks E.F.M. The legacy of Eugène-Louis Doyen: Pioneer in filming craniotomy. Neurocritical Care (2023) 39:724-727

Från Florence till Vägledning för vårdhygieniskt arbete

Vi har idag stor kunskap och erfarenhet om metoder för att förhindra smittspridning. De senaste århundradena har inneburit en stark utveckling på det vårdhygieniska området. Ett antal pionjärer har lett arbetet framåt, inte minst Florence Nightingale, men hur kan vi förbättra oss? Gör vi rätt saker? Gör vi saker på rätt sätt? Vilka hinder finns för fortsatt utveckling på området? Genom nya arbetssätt, där även det mänskliga beteendet beaktas, kan vi möjligtvis minska antalet vårdrelaterade infektioner.

Sverige på 1800-talet

Sverige var i början av 1800-talet ett jordbruksland. Industrialiseringen hade ännu inte kommit i gång. Folk bodde till största delen på landet och försörjde sig på jordbruk. Det var ett fattigt samhälle där man var beroende av en god skörd. Vid tider av missväxt kunde det leda till svält. Vid mitten av 1800-talet drabbades det svenska jordbruket av många dåliga skördar. Maten räckte inte till alla och folk var hungriga. Många valde då att flytta från Sverige för att få det bättre. Mellan 1850 och fram till första världskriget 1914 flyttade ungefär en miljon svenskar till USA. Det var mer än en femtedel av befolkningen. Men de som inte hade råd att flytta blev kvar i Sverige. Bostäderna var ofta små och trånga, och man bodde många tillsammans. Tillgången till rent vatten var begränsad. Allt detta gynnar både uppkomst och spridning av smittsamma sjukdomar. Under århundradena innan har olika pandemier härjat; Digerdöden 1350-talet, Epidemier med pest 1500–1700-talet, Kolera 1800-tal. I början av 1800-talet upptog infektionssjukdomarna >20% av den totala dödligheten. Under andra halvan av 1800-talet började befolkningen få det bättre, bättre bostäder, arbete, bättre



Susanne Wiklund

tillgång mat och rent vatten. Då startade industrialismen som gjorde att fler flyttade till städerna.

Utvecklingen inom vårdhygienens område de senaste århundradena

Under 1600-talet lyckades holländaren van Leuwenhoek konstruera ett egentillverkat, enkelt mikroskop. Med det till sin hjälp avbildade han bakterierna han såg i form av teckningar. Under 1800-talet tog utvecklingen inom mikrobiologin och vårdhygien fart – ett betydelsefullt århundrade inom området. Tre män fanns bland de som bidrog till framstegen på området. Robert Koch (1843 – 1910): han utvecklade den mikrobiologiska tekniken, ex. vid mjältbrand och tbc. Ignas Ziemmelweis (1818–1865) – ”handhygienens fader”. Hans försök gällande en god handdesinfektion med klorvatten hos läkarkandi-

dater/läkare inför förlossning bidrog till att mortaliteten hos mödrar i barnsängsfeber sjönk från 12,2% till 2,4% på Wiens Allgemeines Krankenhaus. Han motarbetades av välmeriterade kollegor och fick aldrig ett erkännande förrän efter sin död. Joseph Lister (1827–1912). Han benämns ibland som ”aseptikens fader”. Genom applicering av karbolsyra på patienter med komplicerade benbrott och amputationer lyckades han sänka mortaliteten vid amputation från 46% till 15%.

Den som kanske varit mest betydelsefull för vårdhygien och epidemiologin var en kvinna, Florence Nightingale. Hon var en brittisk sjuksköterska som är mest känd för sina insatser under Krimkriget 1854–1856.



Florence Nightingale

Innan hon startade sin gärning var förhållandena fruktansvärda på det fältsjukhus där de skadade soldaterna vårdades. Hon gjorde en lista på bristerna och satte upp en åtgärdsplan:

- Fönster öppnades för att släppa in luft och ljus
- Sjukhuset städades
- Nedlusade filter slängdes
- Överbeläggningar minskades
- Sängar måste stå på ett visst avstånd från varandra
- Omvårdnadsjournaler upprättades

Dödligheten sänktes på sjukhuset från 42,7% till 2,2% på ett halvår år 1855. Hon överförde sina slutsatser till sjukhusen i London, startade epidemiologisk övervakning och förbättrade hygien. Därutöver startade hon en sjuksköterskeskola.

Sverige på 1900-talet

Under 1900-talet förbättrades hälsan och livsvillkoren för befolkningen. I början av 1900-talet sågs en sänkning gällande dödligheten i infektionssjukdomar till 5% av den totala dödligheten. Under århundradet sågs flera pandemier; Spanska sjukan 1918–20, Asiaten 1957 och Hongkonginfluensan 1968–70. Det totala antalet dödsoffer på grund av Spanska sjukan i Sverige var sannolikt drygt 38 000.

1900-talet – ny kunskap leder till nya metoder

Under 1940-talet sker en sänkning av mortaliteten i infektionssjukdomar till 1% av den totala dödligheten. En av anledningarna var upptäckten av penicillinet som gjordes av Sir Alexander Fleming (1881–1955) år 1928. Han fick för upptäckten Nobelpriset 1945 tillsammans med Ernest Chain & Howard Florey. Penicillin används för att behandla bakteriella infektioner, men denna möjlighet att behandla infektioner ledde till en falsk säkerhet i vården. Man fokuserade allt mindre på smittförebyggande åtgärder, och det blev ett bryskt uppvaknande under 50-talet. Då fick man en pandemisk spridning av penicillinresistenta *S. aureus* ("sjukhus-sjukan") och då förstod man att man nationellt behövde ta ett större grepp om problematiken. I juni 1959 presenterade Medicinalstyrelsen en liten skrift på 15 sidor om hur man kunde förebygga vårdrelaterade infektioner. Den följdes senare av ett antal större kunskapsunderlag. Ett tillägg i Hälso- och sjukvårdslagen om kravet på En god hygienisk standard hos alla vårdgivare kom år 2006 och följdes ett år senare av *Föreskrift om Basal hygien inom hälso- och sjukvården m.m.* (rev. 2015).

Vid Akademiska sjukhuset i Uppsala anställdes Sveriges första hygiensjuksköterska Ulla Carlson (1925–2018). Hon var verksam vid sjukhuset mellan 1964 och 1990. 1968 startades en intresseförening för verksamma inom området och den fick senare namnet *Svensk Förening*

för Sterilisering och Vårdhygien. År 2000 bytte den namn till *Svensk Förening för Vårdhygien (SFVH)*. Föreningen har under årens lopp tagit fram en rad vägledande dokument inom det vårdhygieniska området.

Underlag för mätningar av vårdrelaterade infektioner (VRI) har fram tills för något år sedan ombesörjts av bl.a. Sveriges Kommuner och Regioner (SKR). En statistiskt säkerställd minskning av VRI har skett mellan 2013 och 2018 från 5,2 till 4,4 procent. Mellan en tredjedel och drygt hälften av VRI bör kunna förebyggas och bör därför bedömas som undvikbara. Trots detta får närmare 57 000 vuxna patienter på svenska sjukhus varje år VRI av varierande allvarlighetsgrad. I cirka 1 300 fall per år (3–4 fall varje dag) bidrar VRI till att patienten avlider. VRI leder till förlängda vårdtider, ökade kostnader för vården och patientlidande. Förutom SKR har det webbaserade *Infektionsverket* (Inera) införts i många regioner i Sverige. I stället för punktprevalensmätning är *Infektionsverket* ett verktyg för incidensmätning.

Under 2023 deltog Sverige i en europeisk punktprevalensmätning gällande vårdrelaterade infektioner och antibiotikaanvändning på akutsjukhus i Sverige. 54 akutsjukhus deltog. En av tio patienter hade VRI. En av tio patienter hade minst en pågående VRI. De vanligaste var nedre luftvägsinfektion eller pneumoni, urinvägsinfektion och postoperativa infektioner. Sverige hade den fjärde högsta förekomsten av vårdrelaterade infektioner i Europa, enligt en ny rapport från European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC).

Vägledning för vårdhygieniskt arbete

Nationell arbetsgrupp för vårdhygien (NAG vårdhygien) har utarbetat en vägledning för vårdhygien. Vägledningen visar hur svensk vård och omsorg kan uppfylla de krav som berör det vårdhygieniska området i de befintliga författningar som rör hälso- och sjukvården och i delar även omsorgen. Vägledning för vårdhygieniskt arbete bygger bland annat på Världshälsoorganisationens (WHO:s) åtgärder inom det vårdhygieniska området och Socialstyrelsens beskrivning av en god hygienisk standard.

Nya utmaningar

Nu återkommer de inledande frågorna:

Gör vi rätt saker? Gör vi saker på rätt sätt? Lär vi av andras erfarenheter? Förändras våra åtgärder med kunskap och erfarenheter? Vad kan vi göra bättre?

Under de senaste århundradena har kunskapen och erfarenheten på det vårdhygieniska området ökat betydligt. Numera finns experter även i Sverige. Vi har fina kunskapsunderlag, handlingsprogram och rutiner som kan vägleda oss. Vi har lagstiftning och myndigheter som ger ut regler om vilka rutiner som ska gälla. Vi har eldsjäljar ute i vårdverksamheten i form av hygienombud och hygienansvariga som gör ett betydelsefullt arbete i vardagen. Men trots detta når vi ändå inte alltid riktigt i hamn – vad kan det bero på?

En aspekt som behöver vävas in är det mänskliga beteendet – det som kan vara det svåraste av allt att alltid förstå. Platon sa att mänskligt beteende består av begär, känslor och kunskap. Vissa tror att bara vi bedriver undervisning så har vi löst det hela. Men vi behöver även beakta andra parametrar som attityder, olika kulturer, rädsla och språksvårigheter när vi försöker implementera vårdhygienisk kunskap. På Södersjukhuset bedrivs ett projekt där man försöker kartlägga varför en del av personalen inte "gör som vi säger". Genom självskattning har man kategoriserat svaren/citaten i olika teman som sedan utgör diskussionsunderlag på arbetsplatsträffar. ●

Skanna QR-koden för att komma till Vägledning för vårdhygieniskt arbete



Referenser

Ericson E, Ericson T, Kan B (red.). Klinisk mikrobiologi. Infektioner, immunologi, vårdhygien. Liber AB, 2018, femte upplagan.

Linköpings Universitet. Pandemier genom tiderna. Webpublicerad 5 juli 2020, forskning.se

Medicinalstyrelsens underdåniga berättelse för år 1900.
<http://landberga.se/medicinshistoria/Medicinalstyrelsen>

Melhus Å. Klinisk mikrobiologi för sjuksköterskor. Norstedts, 2010. ISBN 978-91-1-302283-3.

Nationellt system för kunskapsstyrning för vård och omsorg. Vägledning för vårdhygieniskt arbete. Webpublicerad 2022;
<https://kunskapsstyrningvard.se/download/18.790aa0dc1900c4939525f820/1718887260000/Vagledning-for-vardhygieniskt-arbete-2023-01-02.pdf>, rev. 2023-12-15.

SFS 2017:30. Hälso- och sjukvårdslag. Socialdepartementet, 2017-02-09. Socialstyrelsen. Att förebygga vårdrelaterade infektioner – ett kunskapsunderlag. Socialstyrelsen, 2007. Stockholm.

SOSFS 2015:10. Basal hygien i vård och omsorg. (rev. av 2007:19). Socialstyrelsen, 2015.

Sveriges kommuner och regioner. Vårdrelaterade infektioner. En kunskapssammanställning baserad på markörsbaserad journalgranskning jan 2013 – 2018. Sveriges Kommuner och Regioner, 2019-12-18. ISBN 978-91-7585-756-5.

Weston D. Vårdhygien för sjuksköterskor: med bakgrund i mikrobiologi och infektionssjukdomar. Studentlitteratur AB, 2013. ISBN 978-91-4-07269-2.

Fakta: Susanne Wiklund, Hygiensjuksköterska, Vårdhygien Stockholm, PhD, Adj. Lektor i Biovetenskap, HIS

Kontaktuppgift: Susanne Wiklund, susanne.wiklund@regionstockholm.se

Välkommen till den 11e konferensen för Chefer och ledare vid Sveriges operationsavdelningar

Riksföreningen för operationssjukvård och Nätverket för chefer vid Sveriges operationsavdelningar, CSO, arrangerar för 11e gången en chefskonferens med intressanta föredragshållare. Programmet startar på torsdag eftermiddag med en nätverkande middag som i år sammanfaller med RFop:s 60 års jubileum. Du kommer att ha möjlighet att besöka den medicintekniska utställningen som hålls på Waterfront i samband med Riksföreningen för operationssjukvårds Höstkongress.

Tid och plats: 28 -29 november 2024, Stockholm Waterfront Congress Centre

Konferensavgift: 4 975 kr ex. moms, avgiften inkluderar jubileumsmiddag och dryck, samt lunch och kaffe x 2.

Erbjudande 1

Du har möjlighet att anmäla dig som två dagars deltagare. Du deltar på Höstkongressen dag ett, den 28 november, samt Chefskonferensen, den 29 november, till ett reducerat pris, 6 875 kr ex moms, inkluderar lunch x 2 kaffe x 4 samt middag med dryck.

Erbjudande 2

Du kan även boka hotell via oss, Radisson Blu Waterfront Hotel, enkelrum för 2 345 kr ex moms.

Registrering: Registreringen är öppen torsdag den 28 november kl. 17.30 – 18.15 och kl. 07.30 – 08.00 på fredag den 29 november.

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

Sista anmälningsdag med garanterat deltagande är den 11 oktober, därefter i mån av plats. Anmälan är bindande. Platserna kan efter överenskommelse överlåtas åt annan person.

Anmäl er här



Katja
Vuori



Maria
Klahr Wikström



Anne-Marie
Herlehy



Mita
Danielsson



Lisa
Clefberg

1964-2024



Riksföreningen för
operationssjukvård



Nya möjligheter i striden mot infektioner

Chloraprep™ är den enda helt sterila huddesinfektion med 20mg/ml, 2%, klorhexidinglukonat (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, Klorhexidinglukonat 20 mg/ml Isopropylalkohol 0,70 ml/ml). ATC-kod: D08AC52. Ej förmån. Indikation: Detta läkemedel ska användas för desinficering av hud före invasiva medicinska ingrepp. Kutan användning. Chloraprep/ Chloraprep färgad kan användas på alla åldersgrupper och patientpopulationer. Chloraprep/Chloraprep färgad ska dock användas med försiktighet på nyfödda spädbarn, särskilt prematurt födda. Kontraindikationer: Känd överkänslighet för Chloraprep/ Chloraprep färgad eller något av läkemedlets hjälpämnen, särskilt för dem som tidigare uppvisat eventuella allergiska reaktioner mot klorhexidin. Varningar och försiktighet: Lösningen är brandfarlig. Använd inte i samband med diatermi eller andra tändkällor förrän huden är helt torr. Ta bort allt blött material, operationslakan eller skyddsrockar innan behandlingen fortsätter. Använd så liten mängd som möjligt och låt inte lösningen bli kvar i hudveck eller under patienten och inte heller droppa på lakan eller annat material som är i direktkontakt med patienten. Om ocklusivförband ska appliceras på områden som tidigare behandlats med Chloraprep/ Chloraprep färgad, måste försiktighet iaktas så att det inte finns något kvar av produkten innan förbandet appliceras. Endast för utvärtes bruk på intakt hud. Chloraprep/ Chloraprep färgad innehåller klorhexidin. Det är känt att klorhexidin inducerar överkänslighet, bland annat generaliserade allergiska reaktioner och anafylaktisk chock. Förekomsten av överkänslighet mot klorhexidin är inte känd, men enligt tillgänglig litteratur är detta sannolikt mycket sällsynt. Chloraprep/ Chloraprep färgad ska inte administreras till någon som eventuellt tidigare uppvisat en allergisk reaktion mot lösningar som innehåller klorhexidin. Lösningen verkar irriterande på ögon och slemhinnor, med risk för ögonskador som nedsatt syn och kemiska brännskador. Därför får den inte användas i närheten av dessa områden. Om lösningen kommer i kontakt med ögonen, måste de sköljas omedelbart och grundligt med vatten. Användning av klorhexidinlösningar, såväl alkohol- som vattenbaserade, för 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



Nationella vårdhygieniska operationsnätverket för hygiensjuksköterskor



Marlene van Doesburg

Här kommer en kort presentation av det nationella vårdhygieniska operationsnätverket för hygiensjuksköterskor. Ett nationellt vårdhygieniskt operationsnätverk för hygiensjuksköterskor startade under 2023. Syftet med nätverket är en ökad samsyn nationellt kring vårdhygieniska råd, rutiner och riktlinjer inom operationsområdet. Målet är att alla 21 regioner ska vara representerade. Nätverket håller fyra möten per år, varav tre digitala och ett fysiskt. En närmare dialog med RFop är ett av målen för att lyfta viktiga vårdhygieniska frågor och skapa en samsyn mellan RFop och Vårdhygien, så vi säger samma sak helt enkelt.

Alla representanter i nätverket har inte bakgrund som operationssjuksköterska men är ofta kontaktperson i sin förvaltning för bland annat operationsenheter och ger vårdhygieniska råd och rekommendationer.

Hygienforum är ett forum där vi möts och diskuterar gemensamma frågor. I

dag medverkar en hygiensjuksköterska i programrådet och några hygiensjuksköterskor deltar. Många gånger tar deltagare kontakt med sin lokala vårdhygieniska enhet efter Hygienforum med en fråga/reflektion som framkommit. Det är då värdefullt för oss alla om vi har samsyn och säger samma sak. Som en deltagare en gång reflekterade över "Varför har man olika rutiner när bakterierna ser likadana ut oavsett var i Sverige man befinner sig?"

I "Uppdukat" besvaras frågor, detta kommer fortsatt ske av Ann-Sofi Mattsson, hygiensjuksköterska Region Örebro län, men där det vårdhygieniska operationsnätverket tagit del av och kommenterat svar innan publicering.



Det vårdhygieniska operationsnätverket ger en möjlighet för frågor och diskussioner om bland annat standardiseringsarbeten från Svenska institutet för standarder, SIS. Representanter från Vårdhygien finns i bland andra TK-527 Renhet i operationsrum, TK-333 Operationstextilier och TK-349 Rengöring, desinfektion och sterilisering.

Vårdhygien har även deltagare i arbetsgrupper i andra nationella dokument ex. Bygghälsa och Vårdhygien BOV, Hög luftfuktighet – påverkan på sterilt gods och förslag till åtgärder, Mikrobiologisk provtagning av endoskopisk utrustning samt är författare och granskare till kapitel i Vårdhandboken gällande vårdhygieniska rutiner. Detta ger flera möjligheter att lyfta frågor och diskussionsämnen. Det vårdhygieniska operationsnätverket kan också vara en



Ann-Sofi Mattsson

remissinstans till Riksföreningen anser och rekommenderar för att ge reflektioner och kommentarer till texten utifrån den vårdhygieniska aspekten. Det vårdhygieniska operationsnätverket ser fram emot att samverka med RFop för en samsyn i de vårdhygieniska frågorna som berör operationsområdet. ●

Fakta: Marlene van Doesburg, Hygiensjuksköterska, Vårdhygien, Sahlgrenska Universitetssjukhuset

Ann-Sofi Mattsson, Hygiensjuksköterska, Smittskydd och Vårdhygien, Region Örebro län



MEDI PLAST

DHC PAD

KOMPLETT PAKET
FÖR PATIENTER I
TRENDLENBURG
POSITION

Artikelnummer:
605003

DHC Pad är utvecklad för att ge en säker positionering och minimera risken för att patienten glider under operation i Trendelenburg position. 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.medioplast.com.

Medioplast AB
PO Box 1004, SE-212 10 Malmö
Customer service: +46 40 671 23 00
medioplast.info@medioplast.com

medioplast.com



Fråga: På vår enhet har vi en rutin där alla patienter som ska genomgå implan-tatkirurgi ska duscha med Descutan två gånger innan operation. Vi har vid fler-talet tillfällen strukit patienter som inte genomfört denna dusch. Nu diskuterar några kirurger om vi kan förändra denna rutin till helkroppstvätt med vanlig tvål. Vad anser ni om det? Vi ser inga tydliga svar i vårdhandboken. Kirurgerna efter-frågar evidens för att helkroppsdeseinfektion med klorhexidin minskar risken för postoperativa sårinfektioner men vi har svårt att hitta detta. Har ni möjlig-het att hjälpa oss med detta?

Svar: Detta är en ofta omdiskuterad ru-tin, avsaknad av evidens är troligtvis en anledning. Syftet med duschen är att hu-den ska vara ren för att steriliseringen som sker på operationsavdelningen ska vara så effektiv som möjlig. Tidigare har traditionen varit 2–3 duschar med bakteriedödande tvål. Under senare år har rutinen med helkroppstvätt innehållande bakteriedödande tvål ifrågasatts då man inte kunnat visa att det minskar risken för postoperativa infektioner bland annat i Cochranerapporter. Att duschen med Klorhexidintvål minskar mängden bakterier på patientens ytliga hudflora finns det evidens för men vad det innebär vet man inte.

November 2016 presenterade Världs-hälsoorganisationen (WHO) en global rekommendation för förebyggande av operationsrelaterade infektioner. Efter-som det vetenskapliga underlaget för preoperativ dusch med bakteriedödande tvål är svagt och man inte visat att det ger mindre risk för infektionskomplika-tioner rekommenderar WHO att patien-ten badar eller duschar med vanlig tvål. Det finns idag, i Sverige, operationsen-heter där patienterna duschar med van-lig tvål inför ortopedkirurgiska ingrepp sedan flera år tillbaka. Dock kvarstår skrivningen i den nationella rekommendationen, Vårdhandboken: *Vid ingrepp där risken är stor för sårinfektion orsakad av patientens egna hudbakterier, eller då en sårinfektion ger svåra konsekvenser, kan helkroppsdeseinfektion med desinfekterande tvål (exempelvis tvål med klorhexidin 4%) ordineras.* Historiskt sett har detta gällt för all implanatkirurgi. Det pågår ett ar-

bete med ett nationellt kunskapsunder-lag från NAG Vårdhygien: *Vägledning för desinfektion i vården*, där ett avsnitt kom-mer beröra huddeseinfektion och kanske får vi där en tydligare rekommendation att ta hänsyn till i riskbedömning för preoperativ helkroppsdeseinfektion.

Verksamheter kan efter riskbedöm-ning välja att inte utföra preoperativ helkroppsdeseinfektion och lokal rutin för preoperativ helkroppstvätt behöver då upprättas. I riskbedömningen rekom-menderas också att rutin för uppfölj-ning och registrering av postoperativa sårinfektioner ingår.

I uppdukat nr 4, 2024 kommer det att publiceras en artikel om preoperativ helkroppsdeseinfektion (klorhexidin eller inte i duschen)

Fråga: Jag undrar om det är okej att ha ballongmössa eller badmössan inne på operationsavdelningen. Den är ju inte tät överhuvudet.

Svar: I SS 8760164:2020 Sjukvårdstexti-lier – Operationstextilier – Specialarbets-dräkt i Flergångsutförande specificeras krav, beskrivs konstruktion och konfek-tion för specialarbetsdräkt i flergångs-utförande för operation. Dokumentet innehåller även instruktioner om hur specialarbetsdräkten är avsedd att användas av personal vid kirurgiska ingrepp där hög mikrobiologisk renhet på sal krävs. Dokumentet omfattar spe-cialarbetsdräkt för operation i flergångs-utförande och består av operationsblus, operationsbyxa och operationshuva med dok.

För specialarbetsdräkten, inklusive ope-rationshuva finns krav på mikrobiolo-giskrenhet och torr bakteriepenetration i SS-EN 13795 del 2 och det är samma krav för engångs som för flergångs. För övriga operationsmössor finns tyvärr ingen standard som anger krav på vare sig konfektion eller täthet för operationsmössan, än. En mönster-standard för operationsmössa (hätta och basker) och huva med dok är på gång, men kan idag inte säga när den publiceras och kan heller inte säga vilka krav som kommer finnas för täthet.

Idag finns bara nationella riktlinjer att mössan ska täcka allt hår så här blir det verksamhetsansvarig som beslutar om vilka operationsmössor som ska använ-das i verksamheten.

Fråga: På min arbetsplats förvaras ste-rila produkter i sin avdelningsförpack-ning i sterilförrådet. Vi har genomräck-ningsskåp i våra operationssalar. I dessa förvarar vi sterilt material, exempelvis sterila handskar, utanför sin avdelnings-förpackning. Vi har exempelvis 5 stycken handskar av en viss storlek i genom-räkningslådan och fyller på dagligen. Nu funderar vi på om detta är korrekt eller om produkterna ska förvaras i sin avdelningsförpackning även i genom-räkningslådan?

Svar: Grunden är att alla produkter ska förvaras i avdelningsförpackningen fram till användning. Tillverkaren har ju anpassat avdelningsförpackningen för produkten för att den ska hålla prestan-da inklusive renhetsgraden.

Det du beskriver kallar vi ibland för ett närförråd. I ett närförråd ska utrymmets inredning och den manuella hanteringen inte påverkar produktens egenskaper. Har man som ni få produkter, place-rar dem så de inte skadas mekaniskt, placerade på ett sådant sätt att den



Foto: Maria Muñoz

äldsta förpackningen används först och har kontroll över utgångsdatum samt att produkterna alltid hanteras med desinfekterade händer så kan det vara helt i sin ordning. Jag rekommenderar att ni kontaktar er lokala Vårdhygien för att tillsammans göra en riskbedömning och se över rutinen.

Fråga: Vi fyller på våra operationssalar med material flera gånger per dag. Sterilt material fylls på direkt på sin plats via ett genomräkningsskåp. Just nu packar vi rent material på en vagn som ställs utanför operationssalen, vagnen tas in på operationssalen och packas upp efter städning vid ett byte. Problemet är att vagnarna med rent material ibland får stå ganska länge utanför operationssalarna. Kan vi ha rent material på en vagn stående utanför operationssalarna tills bytet sker? I så fall, under hur lång tid kan vagnen stå där och bör materialet täckas över? Eller kan vi ta in rent material på sal och packa in i skåpen under pågående operation?

Svar: Som vanligt bli ett inte så tydligt svar...en riskbedömning bör göras....

Generellt kan man säga att materialet ska så långt det är möjligt tas direkt från förråd till operationsrum. Måste det stå i korridor i väntan finns flera faktorer att ta hänsyn till exempelvis:

- har korridoren en specificerad, kontrollerad renhetsgrad eller inte
- var i korridor står materialet
- är det mycket trafik runt vagnen eller står det skyddat
- vad pågår runt omkring, städning, transport av sängar etcetera

Att täcka över materialet i väntan på att placera det inne på operationsrummet kan vara en lösning för att skydda materialets renhet.

Att ta in och fylla på under pågående operation är i alla fall inte att rekommendera. Jag föreslår att ni kontaktar er lokala Vårdhygien för att tillsammans göra en riskbedömning och skapa en fungerande rutin. ●

Webbinarier – en nyhet!

RFop kommer från och med 2024 att erbjuda webinarier som vi genomför i samarbete med andra aktörer bland annat SIS. De kommer vara på fredagar med start kl.12.30 och vara 60 – 90 minuter långa och under 2024 är de kostnadsfria. De fyra som är planerade just nu kan du läsa om här, för datum och tider se, rfop.se



Rengöring, desinfektion och sterilisering



SPOR
Bruten septik



Operations- och sjukvårdstextilier



Mikrobiologisk renhet i operationsrum

Vill du förlänga livslängden på dina instrument?

Att skicka era instrument för service till STILLE är ett enkelt sätt att försäkra er om att instrumenten kan fortsätta användas med maximal livslängd samt säkerställa högsta precision och funktion.

STILLE service återställer era instrument till så nära nyskick som möjligt. Vi lägger stolthet i våra instruments kvalitet och livslängd och strävar därför efter minsta möjliga påverkan på instrumenten i samband med service. Saxar skall kunna slipas många gånger under sin livstid om det görs på korrekt sätt.

Kontakta oss gärna för mer information!



Upptäck vårt sortiment!

Skanna QR koden för att besöka vår hemsida



Surgical perfection. For life.



Avancerad specialistsjuksköterska

Yrkesrollen avancerad specialist-sjuksköterska har funnits i USA sedan mitten på 1960-talet, spreds till Kanada 1967 och introduceras i England 1983. Sedan några år tillbaka har Svensk sjuksköterskeförening och Vårdförbundet gemensamt arbetat för att införa denna yrkesroll i Sverige. Den policy de utformat följer rekommendationer från den internationella sjuksköterskeorganisationen, ICN. Organisationerna efterfrågar nu en statligt finansierad utbildning och en skyddad yrkestitel.

Utbildningsvägen till att bli en avancerad specialistsjuksköterska kräver först examen från en specialistutbildning och en master i omvårdnad omfattande 60 högskolepoäng. Därefter måste specialistsjuksköterskan genomgå ett särskilt statligt reglerat fortbildningsprogram. Detta program är verksamhetsanknutet och tas fram i samarbete med Socialstyrelsen, professionsföreningar och lärosäten. Yrkeserfarenhet som specialistsjuksköterska är ett krav för att kunna påbörja denna utbildning. Syftet är att specialistsjuksköterskan ska uppnå en fördjupad kompetens inom både omvårdnad och medicin. En vinst både för vårdgivare och patienter.

För närvarande leder karriärvägar efter en specialistexamen ofta till administrativa chefspositioner eller akademiska roller inom forskning eller pedagogiska uppdrag. Detta innebär i praktiken att många sjuksköterskor lämnar det patientnära arbetet. Introduktionen av avancerad specialistsjuksköterska skulle möjliggöra klinisk karriärutveckling. På så vis skulle vården kunna behålla högutbildade och kompetenta specialistsjuksköterskor nära patienterna.

Vad skiljer en avancerad specialistsjuksköterska från en specialistsjuksköterska?

En avancerad specialistsjuksköterska är en specialistsjuksköterska som



Maria Muñoz

genom fortsatt akademisk utbildning, har fördjupad kunskap i omvårdnad och en ökad medicinsk kunskap. Med ökade befogenheter kan en avancerad specialistsjuksköterska överbrygga såväl medicinska- som omvårdnadsbehov, vilket bidrar till en personcentrerad vård baserad på vetenskap, gedigen erfarenhet och hög kompetens. Vidare ger det även en större självständighet i yrkesrollen.

En avancerad specialistsjuksköterska implementerar nya omvårdnadsstrategier och evidensbaserade metoder för att kvalitetssäkra vården. Som en tydlig omvårdnadsledare och klinisk expert hanterar de grund- och specialistutbildade sjuksköterskor samt stödjer och konsulterar kollegor i deras professionella utveckling.

Hur skulle detta se ut för en operationssjuksköterska?

En avancerad specialistsjuksköterska inom operationssjukvård kan, med stöd av riktlinjer, bedöma, diagnostisera, ordinera, genomföra och utvärdera medicinsk behandling och omvårdnad utifrån patientens helhetssituation.

Uppdraget inkluderar även att planera och genomföra hälsofrämjande och förebyggande åtgärder. Exempelvis skulle hen kunna driva en egen specialistmottagning för patienter med hög risk för postoperativa komplikationer, utföra mindre ingrepp och agera som first assist under operationer.

Vad säger forskningen?

Den internationella forskningen visar starkt stöd för avancerade specialistsjuksköterskor, med resultat som indikerar högre vårdkvalitet och kontinuitet, kortare vårdförlopp och mer lättillgänglig vård. Dessutom är detta en kostnadseffektiv lösning för framtidens utmaningar inom hälso- och sjukvården. ●



Läs mer på rfop.se eller skanna QR-koden.

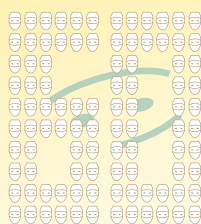


* 2024 Firar RFop 60 år! *

Det ska vi uppmärksamma
vid alla våra kongresser,
nätverksträffar och
konceptutbildningar.



1964-2024



Riksföreningen för
operationssjukvård

ANMÄL ER NU!

HÖSTKONGRESS • CHEFKONFERENS

STOCKHOLM WATERFRONT, 27-29 NOVEMBER 2024



Höstkongress



Chefkonferens



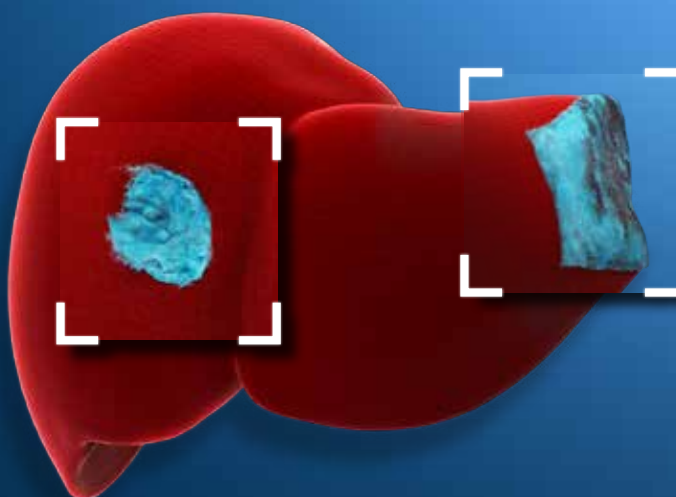
SKANNA KODEN OCH
ANMÄL ER HÄR!

Reshaping Hemostasis

INTRODUCING

ETHIZIA™

Hemostatic Sealing Patch



Johnson & Johnson
MedTech

ETHICON

Våld i Nära Relation & Din roll

Våld i nära relationer (VINR) är ett allvarligt samhälls- och folkhälsoproblem, globalt och nationellt. Denna artikel presenterar författarnas studie som undersökte operationssjuksköterskors erfarenheter, kunskap och inställning till sin roll i mötet med vuxna kvinnor utsatta för VINR. Studien visade att det finns betydande brister i kunskap, utbildning och riktlinjer för operationssjuksköterskors roll i att identifiera och hjälpa våldsutsatta kvinnor. Målet med denna artikel är att öka medvetenheten och kunskapen inom VINR. Författarna vill belysa att operationssjuksköterskor, med rätt utbildning och verktyg, kan ha en viktig roll i att bekämpa VINR och bidra till att hjälpa utsatta kvinnor.

Våld i nära relationer och studiens syfte

Under utbildningen till specialistsjuksköterska inom operationssjukvård insåg författarna att båda hade ett brinnande intresse för kvinnors rättigheter och ämnet VINR. Därmed väcktes intresset för att undersöka operationssjuksköterskors inställning till sin roll i mötet med kvinnor utsatta för VINR. I samtal med handledare på praktikplatser under utbildningen märkte författarna att det fanns en kunskapslucka i ämnet utifrån operationssjuksköterskans omvårdnadsroll. Rollen som operationssjuksköterskan spelade i omhändertagandet av den här patientgruppen var otydlig, eller ansågs inte tillhöra dennes arbetsuppgift enligt de rutiner som fanns på operationsavdelningarna. Studier visar att kvinnor som utsatts för VINR har en högre tendens att genomgå operativa ingrepp. Det innebär att operationssjuksköterskor kommer i kontakt med utsatta kvinnor i sin yrkesroll. För kvinnor utsatta för VINR är det avgörande att vårdpersonal, oavsett kompetensområde, har god kunskap om ämnet och rätt verktyg för att hantera dessa situationer. Detta för att hälso- och sjukvården ska kunna upptäcka, förhindra och bekämpa våld i nära relationer.

Studiedeltagarna

Studien riktades till verksamma operationssjuksköterskor i Sverige under våren 2024. Det var frivilligt att delta, studien bestod av 40 deltagare varav 38 var kvinnor och två män. Enkäten besvarades anonymt och delades via sociala medier för att nå målgruppen. Majoriteten av deltagarna var i åldersgruppen 36–55 år, med en stor andel som hade arbetat som operationssjuksköterskor i 6–15 år respektive 1–5 år. Respondenterna kom från olika verksamhetsområden, vilket bidrog till en bred representation av yrkeserfarenheter och arbetsmiljöer.

Utbildning och tydliga riktlinjer är nyckeln

I studiens resultat bekräftades att operationssjuksköterskor möter patienter utsatta för VINR i sin yrkesroll. Operationssjuksköterskor kan spela en avgörande roll i att identifiera våldsutsatta kvinnor genom att vara uppmärksam på tecken och symtom, som kan tyda på våldsutsatthet. Det kan vara återkommande skador, blåmärken i olika stadier av läkning eller ovanliga skador på kroppen. Därför ombads deltagarna bedöma hur mycket kunskap de hade för att identifiera och bedöma tecken eller symtom på VINR. Majoriteten av operationssjuksköterskorna i studien bedömde sin kunskapsnivå som antingen "måttlig" eller "lite". Utbildning inom VINR bör inkludera hur man känner igen tecken på våld och hur man ställer frågor på ett respektfullt och känsligt sätt. Den bör även innefatta hur man dokumenterar och rapporterar misstankar korrekt.

Dokumentation är en viktig del av operationssjuksköterskans arbete. Det innefattar även kunskap om hur dokumentation genomförs vid bekräftat eller misstänkt fall av VINR. Enligt deltagarna i studien, ansåg flertalet att det ingick i deras arbetsuppgifter att dokumentera i patientjournalen vid misstanke om VINR. Dock uppgav 33 av 40 deltagare att de inte visste hur eller var denna do-

kumentation skulle utföras. Detta tyder på att det finns ett utökat behovet av tydliga riktlinjer och utbildning för att hantera situationer där VINR uppmärksammas. Operationssjuksköterskor, som ofta har korta men intensiva möten med patienter, behöver specifik utbildning för att kunna använda sina observationer effektivt och agera vid behov. En av de stora utmaningarna som framkom i studien var bristande, eller avsaknad av riktlinjer och handlingsplaner för att hantera VINR på arbetsplatsen. Majoriteten av studiedeltagarna var osäkra på vart, eller om det fanns säkerhetsplaner, PM eller lokala riktlinjer för att hantera situationer med patienter misstänkt eller bekräftat utsatta för VINR. Detta kan leda till ökad osäkerhet för hur operationssjuksköterskor ska hantera situationer där VINR föreligger.

Våga fråga om våld

Citat från en studiedeltagare: "Tror att ju fler platser där det uppmärksammas kan underlätta för att personen till slut vågar berätta."

Operationssjuksköterskor behöver utbildning och kunskap i ämnet för att lyfta frågan om VINR och för att lämpligt bemöta denna patientgrupp. För att fråga om våldsutsatthet behöver vårdpersonal utbildning om vad de ska göra med svaret. Att bemöta uppgifter om våld kan vara svårt för många. Tidigare studier visar att vårdpersonal som har genomgått utbildning inom VINR, känner sig mer förberedda att bemöta uppgifter om våld och fråga om våldsutsatthet. Majoritet av deltagarna i denna studie kände sig otillräckligt förberedda inför att hantera situationer där VINR förekommer. Detta visar på att det finns ett stort utvecklings- och utbildningsbehov. En viktig aspekt som uppmärksammades var tidsbristen på arbetsplatsen. Flera operationssjuksköterskor i studien upplevde att de inte hade tillräckligt med tid för att lämpligt bemöta kvinnor utsatta för VINR, eller fråga om våldsutsatthet. Arbetsmiljön på en



Rebecka Assenhøj Attin och Louise Johnsson

operationsavdelning kan därför påverka operationssjuksköterskors förmåga att identifiera och hjälpa utsatta kvinnor. De åtgärder som operationssjuksköterskorna i störst utsträckning var eniga om, att det ingick i deras arbetsuppgifter var dokumentation och rapportering till avdelning vid misstanke om VINR. Att fråga om VINR är ett känsligt och tabubelagt ämne i samhället. Det finns en oro för att göra mer skada genom att ta upp ämnet på ett olämpligt sätt eller vid fel tillfälle. Det är viktigt att varje verksamhet som ställer frågor om VINR, är väl medvetna om att det föreligger en etisk aspekt att fråga om våld. Att det på de verksamheterna behöver finnas beredskap för att bemöta svaret. Att fråga om VINR minskar inte våldet i sig, men det ökar upptäckten. Det är av stor vikt att det finns fungerande rutiner och strategier för att bemöta våldet när det upptäcks, annars uteblir minskningen av våldet.

Ett viktigt arbete över de tvärprofessionella gränserna

Att bekämpa våld mot kvinnor i nära relationer är ett komplext men viktigt folkhälsoarbete. Eftersom VINR är ett utbrett folkhälsoproblem kommer operationssjuksköterskan regelbundet i kontakt med patientgruppen. Det finns således, enligt författarna, ett behov av en tydlig ansvarsroll för hur operationssjuksköterskan kan hjälpa till att identifiera och motverka VINR. Det behövs ökad kunskap och utbildning inom ämnet. För med rätt utbildning, tydliga riktlinjer och god omvårdnad kan operationssjuksköterskans arbete göra en betydande skillnad för att identifiera och hjälpa våldsutsatta kvinnor. Genom ett tvärprofessionellt samarbete mellan de olika vårdprofessionerna kan vården säkerställa att patienter får ett sammanhängande och effektivt stöd. Samt bidra till att skapa en tryggare och mer stödjande miljö för våldsutsatta

Fakta

Våld i nära relationer kännetecknas av att den som utsätts har en nära relation till förövaren. Detta försvårar möjligheten till motstånd och att lämna relationen. Våldet sker vanligtvis inomhus bakom stängda dörrar och ökar i allvar och intensitet ju längre relationen pågår. Våld i nära relationer kan drabba alla i samhället, oavsett kön, ålder eller samhällsklass. Våldet kan ta sig uttryck i form av psykiskt, fysiskt och sexuellt våld. Varje år dör ca 20 kvinnor i Sverige till följd av våld i nära relationer. Var femte kvinna och har någon gång utsatts för sexuellt våld. Våldet som kvinnor utsätts för är ofta grövre och mer systematiskt jämfört med det våld som män utsätts för. Våldet medför hälsoproblem, med fysiska och psykiska konsekvenser för den som utsätts. Det kan även leda till svåra sociala problem. Mäns våld mot kvinnor är ett jämställdhetsproblem, som hindrar våldsutsatta att åtnjuta sina mänskliga rättigheter och friheter.

kvinnor. Med etablerade rutiner där alla tar ansvar för att patienten får en trygg och säker hemkomst. Detta görs genom olika insatser, fördelade över alla kompetensområden.

Avslutningsvis vill författarna nämna att operationssjuksköterskans roll i att identifiera och motverka VINR inte bara kommer gynna patienterna, utan även utveckla och stärka operationssjuksköterskans professionella roll. Vårt arbete har betydelse, för även en kort stund kan göra stor skillnad. ●



Skanna QR-koden
och läs hela
uppsatsen

Framtidens operationssjukvård

Vårdens organisation, framtidens hälso- och sjukvård förutspås vara organiserad annorlunda mot idag. Ett förväntat scenario är en tydlig förskjutning mot nära vård med tre tydliga delar:

1. *Centraliserad, högspecialiserad vård*
2. *Samordningscentraler med aktörer som sköter logistik och distribution*
3. *Decentraliserad primär- och hemsjukvård. Mycket större fokus kommer att läggas på hälsofrämjande och prevention. Ett troligt scenario är att den mest högspecialiserade operationssjukvården kommer vara centraliserad till universitetskliniker, och övrig operationssjukvård kommer att bedrivas decentraliserat på mindre sjukhus och privata kliniker.*

Demografi och vårdens bemanning

Demografin förändras, andelen personer som är >80 år ökar med 50 % de närmaste 10 åren. Stora pensionsavgångar förväntas inom 5-10 år. Bemanningen av vården är nu och i framtiden en faktor som oroar. Antalet personer 20-66 år, det vill säga de i arbetsför ålder, är idag drygt 6,1 miljoner. Fram till 2031 beräknas gruppen att öka med drygt 4%, vilket är en mindre ökning jämfört med föregående tioårsperiod då gruppen ökade med drygt 6%. Av befolkningsökningen i arbetsför ålder kommer endast 20% vara i åldrarna 25-60 år. En stor andel av gruppen kommer att utgöras av unga med kort arbetslivserfarenhet, som förväntas studera, bilda familj etc. och inte kunna arbeta full tid. En annan stor andel av gruppen kommer vara äldre, som på grund av sin ålder successivt kommer att arbeta deltid inför sin pension.

Enligt Statistiska Centralbyråns prognos kommer det att finnas en brist på mer än 10 000 specialistsjuksköterskor i samtliga inriktningar 2035. Den största bristen inom specialistsjuksköterskor är och kommer att vara inom inriktningarna anestesi, intensivvård, operation, psykiatri samt distriktsjukvård. Inom dessa grupper beräknas efterfrågan öka med 25% fram till år 2035.

Vilka resurser kommer behövas?

Fram tills nu har den nationella diskussionen handlat om hur mer resurser ska kunna tillföras sjukvården. Men nu har det också börjat diskuteras att vi behöver skilja på resursbrist och bristande användning av resurser. Att bara tillföra mer resurser är troligen inte

Framtidens operationssjuksköterska tränar på KTC



Foto: Sofia Erestam

den bästa lösningen – vi måste använda våra resurser bättre och göra kloka kliniska val. Av den vård som utförs idag medför 20-30% ingen patientnytta (lågvärdevård). Att låta bli att göra det som inte ger önskad effekt/är skadligt kan frigöra resurser som ger större nytta till patienterna. Det innebär att fasa ut lågvärdevård, exempelvis vårdinsatser som är ineffektiva, behandlingar som har en dålig risk-nyttabalans eller åtgärder som inte stöds av tillräcklig evidens. Inom operationssjukvård kan en omvärdering komma att ske om vissa kirurgiska ingrepp, bara för att vi kan utföra ingreppet medför det största nytta för patienten?

Den medicinska utvecklingen går fort framåt med en förväntan att precisionsmedicin kommer att förändra operationsindikationer, och därmed förändrade operationsbehov. Även utvecklingen av nya läkemedel som inte är precisionsinriktade kommer kunna påverka patienternas behov av operationer. Även screeningprogram och vaccinationsprogram (ex HPV) har potential att påverka operationsindikationer i framtiden. Mot bakgrund av den snabba utvecklingen går det inte att med exakthet säga vilka ingrepp som kommer att göras och de framtida resursbehoven inom operationssjukvård. Förändringarna kommer ställa krav på anpassning och följsamhet avseende utbildning och operationssjuksköterskans framtida yrkesroll.

Resursoptimering?

En diskussion som är relaterad till resursbehoven inom operationssjukvård är vilka ingrepp som behöver hela operationsteamets kompetens och måste utföras i ett operationsrum, och vilka

ingrepp som kan utföras säkert utanför operationsrummet med eventuell annan kompetens. När är operations-sjuksköterskans kompetens oundgänglig? Om mindre ingrepp sker utanför operationsrummet, vilka kunskaper och färdigheter behövs för att vården ska vara säker? I dessa diskussioner behöver vi som professionsföreträdare delta för att försäkra patients rätt till säker vård, utifrån vår specifika kompetens.

Avslutningsvis förutser vi förändringar inom operationssjukvården. Genom att vara aktiva i diskussioner och tillföra vår unika specialistkompetens medverkar vi till att operationssjukvården är fortsatt patientsäker. Det är viktigt att vi säkerställer att de förändringar som görs inte påverkar arbetsmiljön negativt och minskar attraktionskraften för yrket. ●

Källor

Kairos Future AB (2019). Hälso- och sjukvårdens kompetensförsörjning i framtiden. En scenarioanalys fram emot 2040. <https://www.kairosfuture.com/se/publikationer/rapporter/kompetensforsorjning-inom-varden/>

SCB, befolkningsuppgifter per den 31 december 2023. <https://skr.se/skr/ekonomijuridik/ekonomi/prognoserplaneringbudget/folk-mangdsiffror.1362.html>

SKR, 2022. *Välfärdens kompetensförsörjning* <https://skr.se/download/18.1eb2584e1850542abfaac29/1670940688212/Valfardens-kompetensforsorjning.pdf>

Socialstyrelsen, 2022. *Bedömning av tillgång och efterfrågan på legitimerad personal i hälso- och sjukvård samt tandvård.*

<https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2022-2-7759.pdf>

Svenska Läkaresällskapet, <https://www.sls.se/kkv/>

UKÄ Rapport: 2019:23 Framtidens behov av högskoleutbildade. Behovet av bristyrken inom offentlig sektor. <https://gamla.uka.se/download/18.3fcfbadfi6dfa1b80b93f93/1572863119373/rapport-2019-11-05-framtidens-behov-av-h%C3%B6gskoleutbildade.pdf>

Fakta

I slutet av 2023 startade RFop projektet Säkerställande av Framtidens Hållbara Operations-sjukvård. Syftet med projektet är bl.a att genomföra en omfattande kartläggning av operations-sjukvården för att förstå den nuvarande situationen och utifrån detta ta fram åtgärder som kan säkerställa en patientsäker och hållbar operationssjukvård. Inom projektets ramar utvecklas ett riskbedömningsinstrument, detta ska fungera som ett stöd i diskussioner när verksamheter planerar eller funderar på att byta ut operationssjuksköterskans kompetens helt eller delvis.



KONFERENS

Framtidens operationsavdelning

Få inspiration och ny kunskap på branschens stora mötesplats!

15-16 oktober 2024 i Stockholm

SCANNA QR-KODEN
LÄS HELA PROGRAMMET

SIFU

Höstkongress 2024

Var med och fira att Riksföreningen för operationssjukvård fyller 60 år!

1964 samlades några operationssjuksköterskor i Stockholm och grundade det som kom att bli Riksföreningen för operationssjukvård (RFop). Under de gångna 60 åren har RFop varit en aktiv kraft inom operationssjuksköterskornas professionsfrågor.

RFop har skapat riktlinjer och rekommendationer för evidensbaserad vård och lärande, arrangerat konferenser, utbildningar och nätverkande för operationssjuksköterskor över hela Sverige, där alla medlemmars engagemang tillsammans drivit utvecklingen framåt. RFop har varit en stark kraft och kämpe för att bevaka och utveckla operationssjuksköterskans profession, både då, nu och i framtiden!

Häng med på årets jubileumskongress, som kommer att vara en resa genom opera-

tionssjukvårdens historia, till dagens vård och ett avslut med inblick i de spännande utmaningar som väntar oss i framtiden. En del av programmet kommer att vara våra samarbetspartners i den medicintekniska utställningen, där du som deltagare får möjlighet att ta del av nya medicintekniska innovationer och produkter, få kunskap och information från produktspecialister.

Exklusivt i år!

För de 150 första tvådagars anmälda deltagarna erbjuder vi exklusiva, kostnads-

fria, utbildningsseminarier under onsdag den 27 november. I samarbete med RFop:s huvudsponsorer har vi i år glädjen att kunna erbjuda er som anmäler er till ett tvådagars deltagande att komma redan på onsdagen och delta i utbildningsseminarier, det är fyra pass, med sex olika seminarier per pass att välja mellan.

Dagen slutar med ett välkomstmingel med enklare förtäring - Get together.

Läs mer och anmäl er på www.rfop.se

Presentation av onsdagens utbildningsseminarier

Stapling-, diatermi-, sutur-, knyt- och hemostasutbildning Medtronic

Nya och digitala hjälpmedel för service och lagerhantering av kirurgiska instrument

Hur ser måendet ut på era instrumentgaller? Hur kan man säkerställa en effektiv service & lagerhantering? Hur kan man lösa dom nya MDR kraven/direktiven med hjälp av instrumentservice?

B. Braun Medical AB

Skydda patienten och skydda vår planet – För en hållbar framtid!

Om hälsosektorn vore ett land skulle det vara den 5:e största utsläpparen i världen. Vi behöver minska de kirurgiska komplikationerna och samtidigt minska miljöutsläppen. Välkommen till Ethicons workshop där vi visar hur vi tillsammans KAN minska båda. Prova på vår produktutveckling och testa de senaste innovationerna. Välkomna!

Johnson&Johnson

En Systematisk Jämförande litteraturöversikt av Engångs- vs. Återanvändbara Textilier inom Hälso- och sjukvård

Inom hälso- och sjukvården kan valet mellan engångs- och återanvändbara textilier ha betydande konsekvenser för både miljömässig hållbarhet och patientutfall. Två systematiska litteraturöversikter genomfördes för att utforska dessa aspekter och få en tydligare bild vad det finns för stöd för respektive produkt med avseende på miljöpåverkan och postoperativa infektioner. Denna presentation syftar till att främja en balanserad och tankeväckande dialog om den komplexa samverkan mellan hälso- och sjukvårdspraxis, miljöansvar och patientsäkerhet

Jessica Bah Rösman, PhD, Surgical Medical Affairs Manager,
Mölnlycke Health Care

Mikrobiologisk renhet i operationsrummet - förebygg luftburen smitta. Vad kan jag själv påverka?

Halton Health

Lyftfri patientförflyttning med Pink Pad Air-Assist

Ta del av en säker lösning för lyftfri patientförflyttning – förebygg arbetsrelaterade skador genom enklare förflyttning av patient oavsett storlek eller BMI.

Steripolar AB

Applikator-tekniken för hudinfektion!

Lär er hur och varför applikator-tekniken är bättre än tidigare metod i striden mot infektioner. Vår hud är den största källan till risk för infektion – låt oss göra allt vi kan!

BD

Sårdränage

Sårdränage kombinerar en effektiv och säker teknik med en användarvänlig design för att bidra till optimal dränering av såravskav, vilket minskar risken för komplikationer och främjar snabbare läkning.

Magnus Kjelsberg, överläkare, specialist inom plastisk- och allmänkirurgi,
Medioplast AB

En resa från Rundstång till färdigt instrument

Följ hur vi väljer rätt sorts rundstång till olika typer av instrument, från smedjan tills instrumentet slutligen ligger på vårt lager och väntar på att få användas ute på sjukhusen

Stille AB

Medtronic

B. BRAUN
SHARING EXPERTISE

Johnson & Johnson
MEDTECH

Mölnlycke®

Halton
HEALTH

Steripolar
Taking care further

BD

MEDI PLAST

STILLE

STILLE
Surgical perfection for life

Preliminärt program

Onsdag 27 november

- 10.00 RFop förmöten
- 12.30 Registrering
- 13.30 Pass 1 Exklusiva utbildningsseminarier
- 14.25 Pass 2 Exklusiva utbildningsseminarier
- 15.10 Fika
- 15.30 Pass 3 Exklusiva utbildningsseminarier
- 16.25 Pass 4 Exklusiva utbildningsseminarier
- 17.00 Registrering och posterutställning
- 17.30 Välkomst mingel med enkel förtäring - Get together

Torsdag 28 november

- 08.30 Registrering och kaffebuffé
- 09.30 Välkommen
- Inledningstalare**
Acko Ankarberg Johansson, Sjukvårdsminister
Oili Dahl, ordförande Svensk Sjuksköterskeförening
Anne Marie Herlehy, AORN
Petrus Laestadius, SwedishMedTech
- 11.30 **Utställning och lunch**
- 13.00 **Rebellkirurgen - Stor Kirurgi med små medel**
Erik Erichsen
- Att bygga en sjukvård som klarar kris och katastrofer**
Andreas Wladis
- Att som operationssjuksköterska arbetat i utsatta områden**
Yvonne Törnqvist
- 14.30 **Utställning och kaffe**
- 15.30 **Utvecklingen av operationshandsken - Från fårtarm till dubbla engångshandskar med punktionsindikering**
Ann Folin
- Knuthållartång Rapp – en myt eller sanning?**
Lasse Salomonsson
- Hon var ingen Florence Nightingale - människan bakom myten**
Åsa Moberg
- 17.00 **Slut dag 1**
- 18.30 **Jubileumsmiddag**

Fredag 29 november

- 07.30 Registrering
- 08.00 **Varför viktigt med tidig kirurgi vid brännskador?**
Fredrik Huss
- Stor obstetrisk blödning, vad gör man?**
Ove Karlsson
- Olika behandlingsmetoder vid skott- och explosionsskador**
Andreas Älgå
- 09.00 **Utställning och kaffe**
- 09.45 **Projektet, framtidens operationssjukvård och kompetens**
Anna Nordström
- Från en fråga i operationssalen till docentur**
Karin Falk Brynhildsen
- Missad omvårdnad**
Anki Von Fogelsang och Eva Torbjörnsson
- CFU/partiklar och arbetsflöde**
Ida linnea Böregård
- Infektioner efter ryggkirurgi- hur stort är problemet och vad kan vi göra åt det?**
Annette Erichsen
- 11.45 **Utställning och lunch**
- 12.45 **Hur ser morgondagens kirurgi ut?**
Dorin Popa
- Framtid ortopedi**
Helen Andersson Molina och Olof Sköldenberg
- Kirurgi på den ofödde**
Lars Hagander
- 14.15 Fika
- 14.30 **Avslutningsföreläsning**
- Att bygga broar för att hjälpa andra är något - alla kan göra, bara vi vågar**
Jonas Hagström
- 16.00 **Slut**

1964-2024



Riksföreningen för
operationssjukvård

Program

Operationssjuksköterskans erfarenhet från att delta vid Organdonation

- Vilka utmaningar finns det och hur hanteras de?

Organdonation är ett kirurgiskt ingrepp som inte görs så ofta. Under 2022 genomfördes 206 organdonationer i Sverige. Organdonation och följande transplantation är kirurgiska ingrepp som utförs med syfte att öka överlevnad och livskvalitet hos patienter som har obotlig organsvikt.

Operationssjuksköterskan ombesörjer perioperativ omvårdnad och bevakar donatorns rättigheter och värdighet under organdonationen. Operationssjuksköterskor som vårdar en organdonator på operationsavdelningen upplever sitt arbete som mentalt och psykiskt utmanande. Ofta infaller donationsoperationen nattetid när operationssjuksköterskorna arbetar ensamma och inte kan få stöd av kollegor. Operationsrummet är vanligtvis associerad till livräddande kirurgi men under organdonation ställs operationssjuksköterskan inför döden. Den avlidne donatorn har ett slående hjärta och blodcirkulation vilket kan upplevas som förvirrande för operationssjuksköterskan då hen upplevs som levande. Under organdonationen medverkar flera olika operationsteam. Att arbeta med nya team kan vara utmanande för operationssjuksköterskan samt att assistera och prioritera olika behov av okända kirurger. Att assistera vid en organdonation kan vara en traumatisk upplevelse för operationssjuksköterskor såsom ökad stress eller känslomässig ångest som kan vara relaterat till donatorns ålder, låg erfarenhet av det kirurgiska ingreppet och yrkesrelaterade utmaningar.

Operationssjuksköterskan strävar efter att uppfylla donatorns önskan om dona-



Linda Andersson

tion med bevarad respekt för hen. Dock saknas kunskap om operationssjuksköterskornas erfarenheter av att assistera vid organdonation och hur de hanterar utmaningarna vid denna kirurgi. Således var syftet med denna studie att utforska svenska operationssjuksköterskors utmaningar vid vård av donator under organdonation.

Design, metod och urval

I denna studie användes Grundad teori (Grounded Theory) som metod och 10 intervjuer genomfördes med operationssjuksköterskor.

Resultat

Vid analysen identifierades: *Optimum Organ procurement* som huvudkategori

med fyra underkategorier: **Brace oneself** (förbereda sig själv), **Facilitate** (Underlätta för sig själv), **Procurement** (Organisationen) och **Completion** (Avslut) vilka illustreras i figurerna 1 och 2.

Det som band ihop kategorierna och som var "limmet" mellan dom var engagemanget som operationssjuksköterskorna hade genom hela donationsprocessen och kirurgen.

"Det viktigaste för mig är att allt är med värdighet och att du respekterar människan. Du är en del av något tragiskt och samtidigt något så fantastiskt" (operationssjuksköterska 47år)

Brace oneself

Kategorin inkluderade flera olika strategier för operationssjuksköterskan

med komponenter som: förbereda och organisera sina instrument, säkerställa en utmärkt instrumentering, använda checklistor och bibehålla en klar och rak kommunikation med alla medarbetarna på operationssalen.

Operationssjuksköterskor upplevde en känslomässig påfrestning av att assistera på organdonation. För att skydda sig själv använde de strategin att inte ta reda på fakta om donatorns bakgrund. Operationssjuksköterskorna upplevde att tidigare medverkan vid organdonationer hade upprört dom känslomässigt och för att skydda sig ansåg de att det är bättre att inget veta om donatorn.

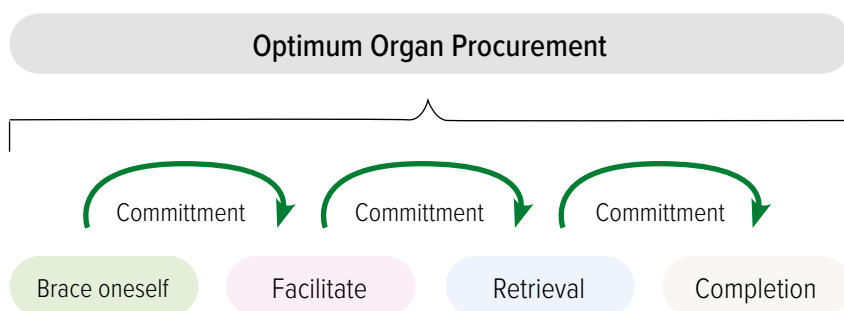
Ett förberedande möte innan organdonationen med arbetslaget ansågs

vara bra. Kirurgerna kunde framföra sina specifika önskemål och gå igenom hur hela donationen skulle gå till väga. Personlig förberedelse innebar att höja den existentiella medvetenheten om spänningarna mellan liv och död samt ge en stund för reflektion.

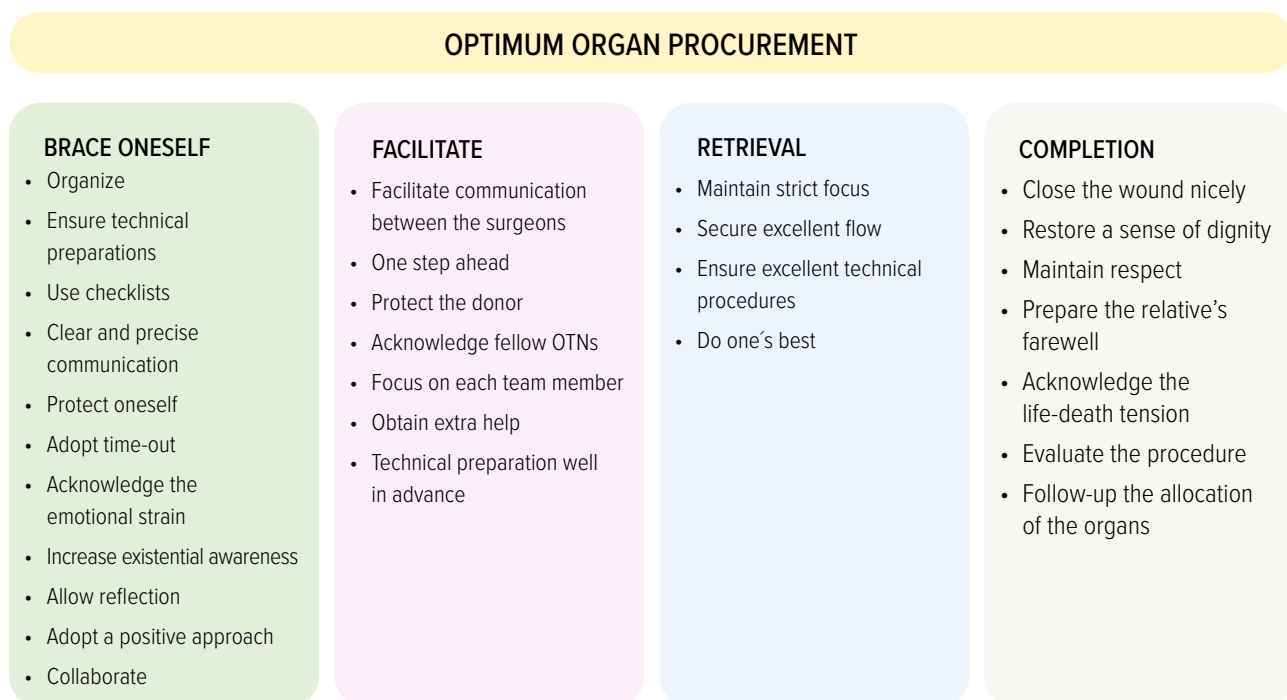
"Det är hans/hennes önskan att donera och du spelar en betydelsefull roll i denna situation. Du bestämmer, och är ansvarig för att allt fungerar. Det är ett fantastiskt jobb" (operationssjuksköterska 56år)

Facilitate

Denna kategori innebar att operationssjuksköterskan delar sin kunskap med resten av arbetslaget på operationssalen och att göra alla förberedelserna så klara som möjligt för att främja ett optimalt organuttag. Förmågan att vara proaktive



Figur 1. Optimum organ Procurement



Figur 2. Kategorier och underkategorier av Grounded Theory

ingav en känsla att operationssjuksköterskorna gjorde ett bra jobb och minskade stress.

Nyckelfaktorn här var att skydda donatorn från handlingar som kunde kränka hans värdighet. Det var även viktigt att bekräfta andra operationssjuksköterskor som kom till sjukhuset med sitt kirurgteam samt stödet de gav varandra och speciellt nyanställda operations-sjuksköterskor.

Operationssjuksköterskorna främjar användandet av checklistor samt en klar och tydlig kommunikation mellan alla yrkeskategorierna på operationssalen då detta ger trygghet och ökar allas självssäkerhet under donationen. Informanterna betonade att förberedelserna av instrument baserad på kirurgernas önskemål var mycket viktigt.

Operationssjuksköterskan känner sig lugn och säker när hon är väl förberedd för donationsoperationen.
"att vara väl förberedd ger en känsla av lugn. Om du är nervös över allt som kan hända, då behöver du åtminstone inte vara nervös över att ha fel instrument"
(operationssjuksköterska 43år)

Retrieval

Detta är den fas under kirurgin där organen tas ut och är den mest aktiva fasen under hela organdonationen. Denna intensiva fas innebär effektiv kommunikation och att hålla extrem fokus för operationssjuksköterskan. Här bör operationssjuksköterskan hela tiden vara steget före kirurgen för att kunna förutspå vad som sker i nästa steg och på så sätt garantera ett utmärkt flöde.

En optimal organdonation kräver att alla gör sitt bästa vilket inkluderar att ibland ta ett steg tillbaka så att andra kollegor kan ge patientnära vård, ta kontroll när det blir högljutt och handleda kollegor på operationsrummet. Dessa handlingar kan leda till att operationssjuksköterskor känner en yrkesmässig stolthet.
"Det är detta du lever för, att hjälpa så många som möjligt... du får göra det som är bäst för patienten. Jag har denna enorma stolthet för mitt yrke"
(operationssjuksköterska 54år)

Completion

Kategorin innebär att avsluta donationsoperationen och alla aktiviteter

för att främja ett värdigt sista farväl för anhöriga. Under denna sista fas är den initiala intentionen att försluta såret fint och återfå känslan av värdighet som blivit äventyrad under den intensiva och hektiska intraoperativa fasen.

Här var det viktigt att erkänna liv-död som en del av processen samt att samla hela teamet som deltagit i organdonation för att utvärdera hela processen. Operationssjuksköterskorna gjorde en personlig utvärdering av sina egna handlingar. Uppföljningen av de transplanterade organen utgjorde ett avslut av hela organdonationen från ett personligt, professionellt och organisatoriskt perspektiv. Syftet med att tillvarata så många organ som möjligt var uppnått och donatorns samt anhörigas sista vilja var uppfylld.

"du känner att du har bidragit med något bra, du känner dig tillfreds i hela kroppen"
(operationssjuksköterska 54år)

Diskussion

Så vitt vi vet är detta en av få vetenskapliga studier som gjorts för att utveckla en Grundad teori för att beskriva operationssjuksköterskors erfarenheter i att delta vid organdonation.

Liknande studie visar att operations-sjuksköterskor som deltagit vid organdonationer har upplevt psykosocial oro och gömt sig bakom en mask. Detta framkom inte i vår studie, i stället kände de flesta deltagarna sig stolta över att delta i organdonation och fokuserade på att uppfylla donatorns vilja. Det som var mest angeläget i den intraoperativa fasen av organdonation är "Optimum organ procurement" som sammanfattar en process av att: Förbereda sig, Underlätta för sig själv, Organdonationen och Avslutet. En strävan efter att göra en så bra organdonation som möjligt var uppenbart under intervjuerna och engagemanget (jmf. eng. commitment) kopplade samman de olika faserna under donationen.

Organdonationer är komplexa och operationssjuksköterskor uppgav att de hanterade komplexiteten genom förberedelser såsom att vara mentalt förberedd och ha en plan för donatorn under donationen. Planering och förberedelse av utrustning baserades både på donatorns och kirurgens behov för att kunna uppnå en smidig process. Deltagarna

lyfte fram vikten av att upprätthålla samma rutiner och patientvård som för alla patienter. Att vara proaktiv är en viktig strategi för att hantera komplexiteten i den perioperativa miljön.

I Australien rapporterade operations-sjuksköterskor en maktlöshet när de deltog i operationer som inte var avsedda att rädda patientens liv. I vår studie nämnde ingen liknande erfarenhet, snarare uttryckte de starka positiva känslor mot organdonation. De var motiverade och uppmuntrade av möjligheterna som organdonationer erbjuder.

En organdonation kan vara känslomässigt krävande och deltagarna uppskattade pausen och debriefingen efter operationens slut där de kunde dela med sig av sina tankar, känslor, och utvärdera sin egen prestation. Det sista avslutet skedde när operationssjuksköterskor fick ta emot tackbrev från transplantationskoordinatör och resultatet av organdonationen. Operationssjuksköterskorna kände sig då hedrade och tillfreds med upplevelsen av att vara en del av organdonationsprocessen.

Implikationer för Operations-sjuksköterskor

Beskrivningen av den sociala process som är involverad vid organdonation ger stöd för en riktad utbildningsaktivitet för operationssjuksköterskor. De olika kategorierna kan vägleda ett teambaserat tillvägagångssätt för förberedelser vid organdonationer. Teorin kan också hjälpa att fastställa perioperativa riktlinjer associerade till organdonation så som reflektion och debriefing efter en donation. Att tillhandahålla utbildning för operationssjuksköterskor som deltar i organdonationer kan sannolikt öka deras kunskap om den viktiga roll som operationssjuksköterskan har under en donation. ●

Fakta: Linda Andersson, CNOR, MSc
Malmö Universitet och medförfattare Anna Forsberg, RN, Professor Lunds Universitet

Vi söker dig som vill jobba med föreningsarbete

Riksföreningen för operationssjukvård (RFop) bedriver sitt föreningsarbete genom olika aktiva arbetsgrupper.

Vi har bland annat Vetenskapliga rådet, Kvalitetsrådet, Läraråd, Chefråd, SPOR, Programråd Hygienforum, Programråd Höstkongress, Utbildning och evenemangsråd och Redaktionen Uppdukat.

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

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

Just nu söker vi fler till:

- Chefrådet
- Redaktionen
- Distriktsamordnare

Vill du veta mer?

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



Enklaste sättet att få ner CFU- nivåerna till 5? Den här och ett eluttag.

BAMSE är ett mobilt recirkulationsaggregat som rensar luften mycket effektivt. Våra mätningar visar regelbundet nivåer under 5 CFU/m³. Aggregatet fungerar lika bra i operationssalen som i uppdukningsrummet eller sterilenheten. Och det krävs ingen tidsödande installation. Det är bara att stoppa kontakten i närmaste uttag.

Vill du veta mer om fördelarna med BAMSE och se de senaste mätresultaten, ring Robin Zetterlund på 0705-89 63 32 eller skriv till robin.zetterlund@halton.com



Halton

Engångsprodukternas era är över

Dom är enklare att använda. Det är säkrare för patienten. Eller kort och gott, de är bättre. Tre vanliga argument för att rättfärdiga användningen av engångsprodukter i sjukvården, något som ökat dramatiskt över de senaste 30 åren. Men det verkar snarare vara personliga preferenser som drivit på denna förändring då det i många fall saknas evidens som visar på huruvida engångs instrument är bättre än motsvarande flergångsalternativ. Faktum är att engångsinstrument många gånger inte bara visat sig vara är dyrare utan även sämre för klimatet.¹

Vår tids största hälsoutmaning

Klimatförändringarna är 2000-talets största hälsoutmaning och orsakar hundratusentals dödsfall varje år genom att bidra till ett allt varmare klimat och mer frekventa extremväder.² Därtill avlider över 7 miljoner människor årligen till följd av luftföroreningar, vilket är nära kopplat till utsläppen av växthusgaser. Sjukvården står för ungefär 5% av de globala utsläppen av växthusgaser,³ vilket skulle motsvara den femte största utsläpparen i världen om sjukvårdssektorn vore ett land. Sjukvården arbetar hälsofrämjande och i och med de allt dyrare konsekvenserna av klimatförändringarna så organiserar sig nu allt fler aktörer inom vården för att man ska ligga i framkant när det gäller att minska utsläppen av växthusgaser.³

Av utsläppen så är drygt 70 procent indirekta utsläpp, alltså utsläpp som uppstår vid produktion och transport av de produkter och tjänster som sjukvården köper in. Den resterande delen är direkta utsläpp som sker på plats på sjukhusen från till exempel egen elproduktion och användning av anestesigaser, eller vid produktion av den el som sjukhusen köper in. Hälften av alla utsläpp, oavsett om de är direkta eller indirekta, kommer från energiförbrukning. (Se Figur 1)

Hur kan vi veta vad som leder till minskade utsläpp?

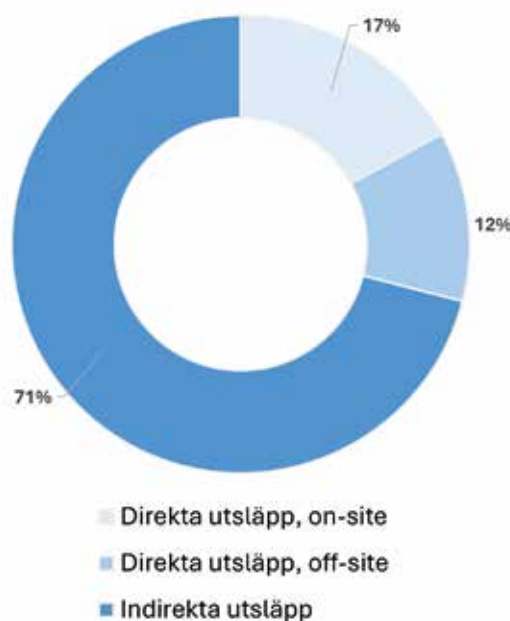
Man kan uppskatta klimatpåverkan med hjälp av en metod som kallas livscykelanalys (LCA). Det är en metod som blivit allt vanligare att använda för att estimerar och jämföra klimatpåverkan från produkter och interventioner inom sjukvården. LCA används också för att identifiera hot spots, det vill säga vad som bidrar mest till en produkt eller interventions påverkan på klimatet.

När man gör en LCA så inkluderar man påverkan från alla faser av en produkt eller interventions livscykel i analysen. Det vill säga allt från råvarumaterialutvinning, produktion och transporter, till de processer som krävs för att använda en produkt eller genomföra en intervention, samt hur avfallshantering sker i slutet av livscykeln. Enkelt sagt så gör man en inventering av alla de naturresurser som krävs för att producera och



Linn Hemberg

använda en produkt eller intervention. Sedan summerar man den påverkan som varje enskild fas har för att få fram den totala klimatpåverkan från produkten eller interventionen.⁴ LCA kan också användas för att estimerar även andra typer



Figur 1. Andel direkta och indirekta utsläpp från sjukvården.³ On-site = utsläpp som produceras direkt på sjukhuset. Off-site = utsläpp som produceras vid framförallt elproduktionen av den el sjukvården köper in.

av miljöpåverkan, bland annat utsläpp av ekotoxiska ämnen, luftföroreningar och påverkan på ozonlagret. (Se Figur 2)

90% minskad klimatpåverkan

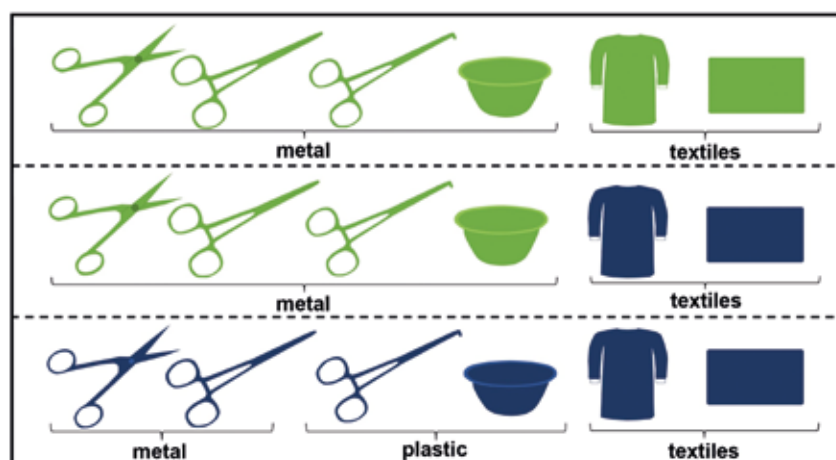
Att byta ut engångsinstrument och engångstextilier mot motsvarande flergångsalternativ kan minska påverkan på klimatet med upp till 90%. Det visar resultatet av en studie som vi publicerade förra året,⁵ i vilken vi jämförde engångs och flergångsprodukter i CVK-set. I studien inkluderade vi följande föremål: sax, nålförare, peang, B6-skål, skyddsrock och op-duk. Föremål som är vanliga att använda vid många olika typer av ingrepp. Med hjälp av en livscykelanalys jämförde tre olika set (se Figur 3), ett med enbart flergångsprodukter, ett med flergångsinstrument och engångstextilier och ett med bara engångsprodukter.

Att byta ut textilierna från engångs till flergångsalternativ hade störst påverkan på resultatet då produktionen av engångstextiler stod för 75-85% av den totala klimatpåverkan från seten som använde engångstextiler.⁵ Att byta ut engångsinstrumenten i plast mot flergångsalternativen i metall innebar också en minskad klimatpåverkan även om skillnaden var mindre jämfört med bytet av textilier. I en tysk studie från 2013⁶ där man jämförde engångs och flergångssaxar fann man liknande resultat som i vår studie, alltså att flergångssaxar i metall hade en lägre påverkan på klimatet än engångssaxar. Resultatet i vår studie stämmer även överens med resultaten i en studie från 2012⁷ då man jämförde engångs och flergångsalternativ av op-textilier där man kom fram till att man kan minska klimatpåverkan genom ett byte till flergångstextilier.

I en australiensisk studie från 2018, som också jämförde engångs och flergångsinstrument för CVK-inläggningar så var resultatet dock det motsatta, då hade flergångsinstrumenten en högre klimatpåverkan.⁸ Anledningen till detta är att man i Australien till stor del använder sig av fossila energikällor vilket driver upp påverkan från steriliseringsprocessen av flergångsinstrument. Den här skillnaden i resultat är ett bra exempel på att man inte bör läsa resultatet av en LCA utan att förstå i vilken kontext som analysen genomförs. Man behöver alltså fråga sig om samma förutsättning-



Figur 2. Illustration som visar på flödesvägar mellan de olika faserna och biosfären i en livscykelanalys.



Figur 3. Tre CVK-set i en livscykelanalys som jämförde engång och flergångsprodukter inkluderande saxar, nålförare, peang, B6-skål, skyddsrock och op-duk. Grön = flergångsprodukter. Blå = engångsprodukter.⁵

ar gäller vid sin egen hemmaklinik som vid den eller de kliniker som en LCA grundar sig på.

För att sammanfatta. I Sverige, där vi redan fasat ut majoriteten av fossila energiresurser så har återanvändning av produkter stor potential att minska sjukvårdens klimatpåverkan. Jag har nämnt ett par exempel som visar på klimatfördelarna av att använda flergångsprodukter. Andelen litteraturen som

visar på detta är stor och antalet LCA studier från sjukvården har de senaste åren ökat explosionsartat. Allt fler röster höjs för en effektivare resursanvändning inom vården. Engångsprodukter ska såklart användas om det finns evidens som visar dess fördelar med hänsyn till patientsäkerhet, men på det stora hela är engångsprodukternas era över. ●

Kontaktuppgifter:
linn.hemberg@med.lu.se

Referenser

1. Siu J., Hill AG. och MacCormick AD. (2017). Systematic review of reusable versus disposable laparoscopic instruments: costs and safety. ANZ journal of surgery. 87(1–2):28–33. <https://doi.org/10.1111/ans.13856> P
2. WHO. Quantitative risk assessment of the effect of climate change on selected causes of death, 2030s and 2050s. Geneva: World Health Organization; 2014 [Citerad 2024-07-23]. Tillgänglig via: <https://www.who.int/publications/item/9789241507691>
3. Karliner et al. (2019). Health care's climate footprint report. Health care without harm, Arup. [Citerad 2024-07-23]. <https://noharm-global.org/documents/health-care-climate-footprint-report>
4. Hauschild MZ. Introduction to LCA Methodology. In: Hauschild MZ, Rosenbaum RK, Irving Olsen S, editors. Life Cycle Assessment Theory and Practice. Cham: Springer; 2018. p. 59–66.
5. Hemberg L., Wessberg N., Leire C. och Bentzer P. (2023). Environmental impact of single-use and reusable items in central venous catheter insertion kits: a life cycle assessment. Intensive Care Med 49, 662–664. <https://doi.org/10.1007/s00134-023-07078-9>
6. Ibbotson S., Dettmer T., Kara S. och Herrmann C. (2013). Eco-efficiency of disposable and reusable surgical instruments—A scissors case. International Journal of Life Cycle Assessment. 18(5):1137–48
7. Overcash MA. (2012). comparison of reusable and disposable perioperative textiles: sustainability state-of-the-art 2012. Anesth Analg. 114(5):1055–66. <https://doi.org/10.1213/ANE.0b013e31824d9cc3> PMID: 22492184
8. McGain F., McAlister S., McGavin A. och Story D. (2012) A Life Cycle Assessment of Reusable and Single-Use Central Venous Catheter Insertion Kits. Anesthesia & Analgesia 114(5):1073–1080

Fakta: Linn Hemberg, Doktorand vid Institutionen för Kliniska Vetenskaper, Lund & Forskarskolan Agenda 2030, Lunds universitet.

Redaktionen på Uppdukat söker engagerade skribenter som vill bidra med artiklar till tidningen.

Brinner du för ett specifikt ämne inom operationssjukvård och har förmågan att förmedla det på ett inspirerande sätt? Då är detta uppdrag något för dig.

Antal texter: Du kommer skriva fyra texter per år.

Deadline: Varje text har en utsatt deadline som måste följas.

Fokusområde: Vi söker skribenter som kan specialisera sig inom ett särskilt ämne eller område och producera välskrivna artiklar. Exempel på fokusområde kan vara "miljö" eller något av våra fasta teman i tidningen, till exempel "Porträttet".

Ditt uppdrag är således ett frilansuppdrag vilket innebär att du till största delen arbetar självständigt och du kommer inte att ingå i Uppdukat-redaktionen. För att underlätta ditt arbete finns skrivmallar och ramar att tillgå.

Hör av dig till rfop@rfop.se för mer information.



Sociala medier

Få de senaste nyheterna genom att följa oss på våra sociala medier – Instagram, Facebook samt nylanserade LinkedIn och YouTube. För att enkelt ansluta dig, skanna QR-koderna med din mobilkamera och klicka på länken som dyker upp. Tack för att du följer och fortsatt gilla, kommentera och dela våra inlägg.



INSTAGRAM



FACEBOOK



LINKEDIN



YOUTUBE

Fortsätt vara medlem i Riksföreningen för operationssjukvård

Sveriges professionsförening för operationssjuksköterskor och en sektion inom Svensk sjuksköterskeförening!

Som medlem i RFop får du bland annat;

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

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

Kostnad/kalenderår

Swisha till QR-koden nedan



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



Hur positionerar du din patient?

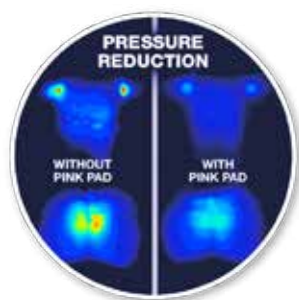
Pink Pad – den enda kliniskt bevisade positioneringslösningen som minimerar risken för tryck- och nervskador

- Tids- och kostnadseffektiv
- Punkt- och tryckavlastande
- Förhindrar glidning ur position
- Bevarar patientens hud torr och varm

Läs mer om Pink Pad



pinkpad.se



När ledarskapet brister – så påverkar dåligt ledarskap arbetsmiljön

Inom operationssjukvården är bra ledarskap avgörande för att säkerställa en god och säker vård. Operationspersonalen arbetar under hög fysisk och psykisk belastning, och i en sådan miljö kan dåligt ledarskap få allvarliga konsekvenser både för patienter och personal. När chefer inte lever upp till sitt ansvar kan det skapa en arbetsmiljö som är både skadlig och demoraliserande.

Arbetsmiljön ska vara en självklar del av ledarskapet, styrningen av verksamheten och integreras som en naturlig del i det dagliga arbetet. Ett systematiskt arbetsmiljöarbete är grundläggande för att skapa en hälsofrämjande miljö. Det innebär att vi måste prioritera arbetsmiljön på samma sätt som vi gör med produktion, ekonomi och kvalitet. Proaktivt arbetsmiljöarbete, både i stabila och föränderliga tider, är nödvändigt. När ledningen är stökig och oorganiserad sprids oro i arbetsgrupperna, och medarbetarna känner av de otrygga ledarna. Tillit och öppenhet är nyckelfaktorer, ledare måste våga prata och jobba tillsammans med sina medarbetare för att hitta en väg framåt.

En chef måste kunna hantera obekväma samtal och fatta svåra beslut. En kompetent chef är empatisk, lyssnar noggrant och kommunicerar tydligt när känsliga ämnen tas upp. Att kunna stå fast vid svåra beslut, samtidigt som man visar förståelse och respekt för de inblandade, är avgörande för att bygga förtroende och leda med integritet.

En dålig arbetsmiljö kännetecknas ofta av en rad negativa faktorer som påverkar både medarbetarnas välmående och deras insatser. Långa arbetspass utan tillräcklig vila, höga arbetskrav utan motsvarande resurser och en känsla av att inte bli uppskattad är bara några av de problem som kan uppstå. När dessa

faktorer kombineras, skapar det en miljö där stressnivåerna är höga och utbrändhet är vanligt. En toxisk arbetsmiljö är ofta en produkt av dåligt ledarskap. Chefer som inte aktivt arbetar för att främja en positiv arbetskultur bidrar ofta till en miljö där mobbning, trakasserier och konflikter kan frodas. Konfliktradda chefer undviker ofta att ta tag i problem vilket leder till att negativa

beteenden tillåts fortsätta och eskalera. Ryktesspridning, skitsnack i korridoren och klagomål mellan medarbetare blir vanligt förekommande när kommunikationen brister och tilliten är låg. När medarbetare inte känner sig trygga eller respekterade på sin arbetsplats, påverkar det deras mentala hälsa och arbetsmoral. Detta kan i sin tur leda till att medarbetare inte vågar rapportera



I huvudet på en chef

Foto: by:Lindahl

problem eller misstag, vilket skapar en tystnadskultur som ytterligare förvärrar situationen. Dessutom kan en negativ arbetskultur sprida sig snabbt, vilket gör det svårare att rekrytera och behålla kompetent personal.

Ett av de största problemen under ett dysfunktionellt ledarskap är bristen på tydlig och effektiv kommunikation. När en chef misslyckas med transparens och att kommunicera tydligt, skapas förvirring och osäkerhet. Medarbetare känner sig ofta överväldigade och desorienterade, vilket kan leda till allvarliga misstag i patientvården. Denna brist på kommunikation kan också leda till att medarbetare inte känner sig delaktiga i beslut som rör deras arbete, vilket minskar deras engagemang och motivation. Bristfälligt eller svagt ledarskap leder också till minskad motivationen bland medarbetarna. När chefer inte visar uppskattning eller inte ger erkännande för hårt arbete, känner sig medarbetare undervärderade. Denna känsla av att inte bli uppskattad, kombinerat med en redan krävande arbetsmiljö, ökar stressnivåerna. Medarbetare som känner sig

undervärderade är också mer benägna att söka sig till andra arbetsplatser, vilket ökar personalomsättningen och ytterligare belastar de kvarvarande medarbetarna. En bra arbetsmiljö gör arbetsgivaren attraktiv, vilket underlättar rekrytering, hjälper till att behålla personal och tar hand om medarbetarna över tid. För att uppnå detta måste arbetsmiljöarbetet inkluderas i den dagliga verksamheten. Ledningen måste inse att en god arbetsmiljö inte bara är bra för medarbetarna, utan också för patienterna som får bättre vård av en motiverad och välmående personalstyrka.

Ett effektivt ledarskap innebär att säkerställa att medarbetare har en balans mellan krav och resurser för att utföra sitt jobb. En chef som inte kan hantera budgetar effektivt eller inte kämpar för att tillhandahålla nödvändiga resurser, lämnar sina medarbetare i en svår situation. Brist på material, underbemanning och otillräcklig utbildning är vanliga problem i en sådan miljö. Resultatet blir att medarbetare känner sig överarbetade och oförmögna att utföra sitt arbete på ett säkert sätt.

I slutändan påverkar dåligt ledarskap inte bara medarbetarna utan också patienterna. När medarbetare är stressade, demoraliserade eller överarbetade, är det patienterna som lider. Misstag i patientvården ökar och vårdkvaliteten försämras. Detta kan leda till längre återhämtningstider för patienterna och i värsta fall till allvarliga komplikationer, vårdskador eller dödsfall.

Ett starkt och effektivt ledarskap är avgörande för att säkerställa en positiv och produktiv arbetsmiljö inom operationssjukvården. Chefer måste vara medvetna om den enorma påverkan deras ledarskap har på arbetsmiljön och på medarbetarnas välbefinnande. Genom att främja tydlig kommunikation, uppskattning, tillhandahålla nödvändiga resurser och stöd, samt aktivt arbeta för en positiv arbetskultur, kan chefer bidra till att skapa en bättre arbetsmiljö. I slutändan är det medarbetarna och patienterna som tjänar på detta, vilket leder till bättre vård och ett mer hållbart arbetsliv för alla inblandade. ●

KEBOMED



- Brett sortiment av staplingsinstrument av bästa kvalitet från **Panther Healthcare**
- Flexibla engångs choledokoskop, uretäroskop och cystoskop från **Seegen**, med enastående bildkvalitet som möjliggör noggranna diagnoser och behandlingar
- Operativt engångs hysteroskop från **LiNA Medical** för att snabbt och enkelt kunna genomföra undersökningar och behandlingar.



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

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



Hygienforum

Stockholm 23-24 maj 2024

Torsdag 23 maj startade med en liten historisk expose från Florence Nightingale till våra dagar, ett historiskt perspektiv på hur smittförebyggande arbete utvecklats i Sverige och internationellt. Florence såg till att fönster öppnades, sjukhuset städades, nerlusade filter kastades, överbeläggningar minskade, ökade avståndet mellan patientsängarna och med dessa enkla medel gick dödligheten ner från 42,7% till 2,2% på ett halvår 1855. Kunde hon då borde vi kunna nu.

Karin Åberg diskuterade kring Instrumentvård, dvs hur vi sköter, eller bör sköta våra instrument och diskuterade kring frågorna:

*- Gör vi rätt saker? Gör vi på rätt sätt?
Lär vi av andras erfarenheter? Förändras våra åtgärder av kunskaper och erfarenhet? Vad kan vi göra bättre?*

Sture Gustavsson, Carl Christiansen och Eva Ek presenterade en intressant

studie om Utformning av högteknologiska vårdmiljöer. Ett måste att läsa för all som planerar att bygga nytt, bygga om eller uppdatera/renovera sjukhuslokaler. Rapporten är utgiven på CVA, Centrum för vårdens arkitektur, Chalmers tekniska högskola.

Lise-Lott Larsson presenterade en studie från Karolinska sjukhuset i Huddinge, BAMS. Där man med ett instrument mäter hur fysisk aktivitet dvs hur vi rör oss på operationssalen påverkar distribution av biopartiklar. Realtidsmätning ger möjlighet till kontinuerlig övervakning av luftrenhet och påverkar disciplinen i operationsalen blev slutsatsen. Gunilla Björöling talade om förståelse för det material i medicintekniska produkter som förs in i kroppen påverkar den person som lever med den i form av infektioner och andra komplikationer. Något som inte alltid är tydligt för oss som arbetar i vården eller i företagen som tillverkar dem. En ögonöppnare för oss som lyssnade. Pelle

Gustafson från Lof avslutade dagen med att följa upp temat Hur säkerställa renhet i vårdens lokaler? Han framhöll vikten av samarbete och kunskaper om verksamheternas funktionskrav. Detta måste också samordnas med krav på brandskydd och skalskydd. Samordning och ordentligt förarbete.

Fredagen 24 maj

STRAMA Annika Hahlin från Strama pratade om ett globalt problem med stor spridning. Sverige högst antal vårdrelaterade inf i EU men lågt resistens index. En utmaning att nå Eus mål minskning av bakteriella infektioner. Mycket av arbetet kring dess frågor försvåras av nuvarande världsläge. Vid krig och katastrofer stiger infektionsfrekvensen pga. ohygieniska förhållanden. Catinka Ullman talade om klädernas betydelse för mikrobiologisk renhet i samverkan med ett flertal andra parametrar som god ventilation, planlösningar, rutiner. Tänk renhet hela vägen –Kläder är inte bara tyget



Karin Åberg



Lise-Lott Larsson



Annika Hahlin



täthet (=filter) utan även design, antal tvättar, aktivitetsnivå vid använd spelar roll och Vad gör vi på rasten? Mycket tänkvärt.

Sen blev vi uppdaterade på hur operationer av ledproteser har ökat och risker med att samband med dessa använda mycket antibiotika av Staffan Tevell, överläkare vid infektionskliniken i Karlstad. Prevention är bästa fokus. Viktigt att göra rätt från början. Sen hade vi dialoger med varandra i smågrupper kring fika. Jätteroligt att prata med nya bekanta från andra orter i vårt avlånga land om stort och smått.

Dagarna avslutades av en "besatt" kvinna, läkaren och författaren Bea Uusma som berättade inlevelsefullt om sitt brinnande intresse för Andréé expeditionen och den misslyckade ballongfärden. En värdig avslutning på två innehållsrika och som vanligt med fantastiska utställare som informerade och svarde på alla våra frågor.

Extra roligt tycker jag personligen det var att alla professionerna som samarbetar i en operationssal fanns med både som deltagare, föreläsare och utställare. ●





Nätverksträffar

Jönköping 12 mars 2024

Text: Anna Nilsson
DS, Jönköping

Tidigare i år, den 12 mars, anordnades en nätverksträff för distrikt Jönköping. 21 operationssjuksköterskor och sex sponsorer deltog. Representer från Medioplast, Mölnlycke, Johnson&Johnson MedTech, Medtronic, BD och Kebomed fanns på plats för att bidra med en lärörlek och engagerande kväll. Kvällen inleddes med en tipspromenad som hedrade Riksföreningen för operationssjuksvård. Tre glada vinnare belönades med Yatzy-spel och choklad. Sponsorererna anordnade en utställning där de fick femton minuter var att presentera sina företag och produkter, vilket gav värdefull insikt i de senaste innovationerna inom operationssjuksvård.

Under fikapausen fördes givande samtal runt borden, där bland annat användningen av Chloraprep och Klorhexidinsprit diskuterades. Preoperativ huddesinfektion med Klorhexidinsprit är en väletablerad rutin som är svår att ändra på och mycket av diskussionerna handlade om handhavandet och förvaringen. I Jönköping används Chloraprep vid kärloperationer och vissa anala ingrepp.

Diskussionerna fortsatte om huruvida preoperativ huddesinfektion med Hibiscrub bör utföras eller inte. Studier visar att användandet av Hibiscrub före preoperativ huddesinfektion på operationssal är verkningslös och endast ger en ren hud. Det är dock viktigt att skölja av rikligt med vatten efter användandet av Hibiscrub, eftersom det annars kan påverka den efterföljande huddesinfektionen med Klorhexidinsprit eller Chloraprep.

Ansvarsfördelningen för vilken preoperativ huddesinfektion som används diskuterades också, men vi kom inte fram till något slutgiltigt svar. Är det operationssjuksköterskan, operatören eller verksamhetschefen som bär ansvaret?

Ytterligare ämnen som togs upp var positioneringar och tillbehör i samband med att vi ska byta operationsbord i Jönköping. Merivaara är det företag som kommer att installera sina bord hos oss. Staples och suturer diskuterades också, särskilt användningen av Harmonic Focus Ultracision där rökutsläpp saknas. Enligt företaget är röken inte farlig, men bruksanvisningen rekommenderar god ventilation. All rök kan vara cancergen. Om några kollegor ute i landet har tips på utsläpp till Harmonic Focus tar vi tacksamt emot dessa.



Jönköping

Ett stort tack riktas till alla som deltog och bidrog till en trevlig kväll. Ett särskilt tack till Jenny Hedström, som kommer att efterträda mig som distriktssamordnare vid årsskiftet.

Västernorrland 31 maj 2024

Text: Emelie Emanuelz
DS, Västernorrland)

Den 31 maj anordnades en nätverksträff i Sundsvall. Operationssjuksköterskor från Sollefteå operation samt Specialistläkarhuset i Sundsvall närvarade, medan Örnsköldsviks operation tyvärr inte kunde närvara. Totalt deltog 18 operationssjuksköterskor. Dagen inleddes med en gemensam frukost följt av en genomgång i traumarummet på Sundsvalls sjukhus om "operationssjuksköterskans roll på traumarummet". Narkossjuksköterskan Andreas höll i genomgången och jag presenterade materialet i vår traumavagn. Genomgång var mycket intressant och välbehövlig, med värdefulla reflektioner från operationssjuksköterskorna. Diskussionerna berörde hur trauma hanteras på de olika sjukhusen och de materialen som används.

Därefter hölls en uppskattad föreläsning om förband och omläggningsmaterial av företaget Mölnlycke. De presenterade de förband vi använder, uppdateringar av dessa samt alternativa material som skulle kunna fungera bättre. Bland annat diskuterades vilket förband som ska användas under gips och fördelarna med silikonförband.

Fem av RFops sponsorer (Steripolar, Kebomed, Johnson & Johnson MedTech, Stille och Medtronic) hade en miniutställning där de visade upp kommande och befintliga produkter. Operationssjuksköterskorna delades upp i två grupper, där den ena halvan besökte utställningen medan den andra deltog i föreläsningen om DCD (Donation after Cardiac Death) och benbankens funktion. Efter halva tiden bytte grupperna aktivitet. Deltagarna uppskattade



Västernorrland

möjligheten att direkt interagera med produktspecialister och få praktiska demonstrationer.

Efter en välbehövlig lunch, organiserad av Riksföreningen för operationssjukvård, fortsatte eftermiddagen med ett föreningsmöte. Under mötet gick vi genom Riksföreningen för operationssjukvårds hemsida (rfop.se) och visade bland annat hur man söker stipendier samt hittar viktig information. Medlemmarna påmindes om att uppdatera sina e-post och hemadresser i medlemsregistret för att underlätta utskick av medlemsavgifter från vår medlemsansvarig, Anne-Marie Nilsson. Vi tipsade även om att lyssna på Riksföreningen för operationssjukvårds egen podcast "Din operation!", som tar upp olika relevanta ämnen.

Jag föreslog också att vi i Västernorrland skulle skapa en gemensam kommunikationsgrupp för att lättare kunna nå varandra vid upplysningar eller frågor. Till sist uppmanade jag alla att anmäla sig till jubileumskongress som hålls vecka 48. Jag ser fram emot att träffa er på Höstkongressen.

De två senaste träffarna som jag har varit med och anordnat har varit mycket uppskattade av operationssjukvårdsskorna. Som distriktsamordnare kommer göra mitt yttersta för att arrangera dessa nätverksträffar årligen och värna om den fina sammanhållningen mellan sjukhusen i Västernorrland. Håll utkik efter annonsering av datum inför nästa nätverksträff. Ett team är viktigt - vi är starkare tillsammans. ●

Nya medlemmar

Vi välkomnar 34 nya medlemmar till föreningen!

Text: AnneMarie Nilsson, medlemsansvarig i Riksföreningen för operationssjukvård.

Jag hoppas ni alla medlemmar har/haft en skön sommar och njutit av er ledighet. Vi har haft ett bra tillskott under året av nya medlemmar men det är synd att det fortfarande är många som tidigare varit medlem, från 2020-2023 som inte betalat in årets avgift. Vad det beror på vet vi inte. Påminn gärna dina kolleger på arbetsplatsen att återigen bli medlem. Ju fler vi är desto starkare blir vi som professions förening.

Det saknas fortfarande många mejladresser i medlemsregistret. Mejla till annemarie.nilsson@rfop.se så kan jag uppdatera registret. Flyttar ni eller byter efternamn, mejla även det så att ni får Uppdukat och andra utskick.

I år är det ett stort jubileumsår då RFop firar 60 år. Det avslutas med att Höstkongressen blir en jubileumskongress, 27-29 november. Nytt för i år är att du som är medlem och som går både torsdag och fredag, får möjlighet att delta på våra sponsorerers exklusiva, kostnadsfria, utbildningsseminarier onsdagen den 27 november. Passa på att ta del av ett unikt utbildningstillfälle! Platserna är begränsade så det gäller att vara ute i god tid, så anmäl er snarast så ni är säkra på att få plats!

Ha en fin höst och hoppas att vi ses på Höstkongressen 2024!

Nya medlemmar

Elisabeth Ahlfors, Trelleborg
Alexander Alm, Malmö
Ulrika Andersson, Norrahammar
Veronica Andersson, Trelleborg
Viktoria Biel, Yngsjö
Kimberly Bojarska, Göteborg
Linnea Boman, Mora
Veronika Blomberg, Umeå
Ann Burvall, Tyresö
Carina Bååth, Forshaga
Kaoutar Egléus, Limhamn
Johanna Ellman, Lund
Linda Ellman, Skellefteå
Frida Fogelkvist, Linköping
Flora Jalkelöv, Tyresö
Liza Koch, Malmö
Malin Karlsson, Trälövsläge
Emma Leijon, Uppsala
Liisa Liimatainen, Vällingby
Hanna Markhag, Surte
Elin Partoft, Lund
Ann Kathrin Nilssen, Billdal
Anna Nilsson, Linköping
Sofia Nilsson, Lerum
Helena Pettersson, Jönköping
Angelli Quinth, Uddevalla
Valeria Quiroz, Norrköping
Johanna Rosengren, Örebro
Amanda Ryberg-Welander, Malmö
Ellen Sandelin, Göteborg
Emelie Sävland, Sundsvall
Andrea de Torres, Vänge
Johan Täng, Skövde
Agneta Westerudd, Stockholm.

Bli medlem i RFop

Som medlem i Riksföreningen för operationssjukvård får du:

- Vår medlemstidning Uppdukat fyra gånger/år.
- Delta på vår Höstkongress till ett reducerat pris.
- Inbjudan till att delta på nätverksträffar som anordnas av föreningens distriktsamordnare.
- Ett automatiskt medlemskap i NORNA och EORNA
- Möjlighet att söka föreningens stipendier

**Betala medlemsavgiften till: plusgirokonto 70 80 08 - 8
alternativt Swish 123 357 86 48, ange ditt namn och din adress.**

Läs mer på
rfop.se





EORNA Board Meeting

Valencia, maj 2024

Vi har deltagit i europeiskt styrelsemöte som denna gång hölls i Valencia, Spanien, dagarna före den elfte EORNA-kongressen. Vi har regelbundet två styrelsemöten, det ena mötet, på våren, då träffas vi någonstans i Europa. Det andra mötet som hålls på hösten, är numera virtuellt. Mellan styrelsemötena träffas Executive Committee, dvs. ordförande Jaana Perttunen, vice ordförande Olafur Guðbjörn Skúlason, sekreterare Aina Hauge och kassaförvaltare Manuel Valente för att planera verksamheten tillsammans med alla ordföranden i de olika arbetsgrupperna. Förutom detta har EORNAs olika arbetsgrupper virtuella möten under året med varierad frekvens, beroende på vad gruppen arbetar med för tillfället.

Det finns sju olika arbetsgrupper (kommittéer) som arbetar med att driva EORNAs kärnfrågor framåt. Arbetsgrupperna är Organisational Committee (Org.C), Committee for Perioperative Nursing Care Issues (PNC), Educational Committee (EC), External Development Affairs Committee (EDAC), Communication Committee (CC), Scientific Committee of EORNA Congress (SC)

och EORNA Congress Organizational Committee (OC).

Vid vårens styrelsemöte deltog representanter från de flesta av medlemsländerna, många välkända kollegor men också en hel del "observers" som deltog för att vid nästa styrelsemöte bli ordinarie representant för sin nationella förening. En del av det som diskuterades under dagarna var budgetgenomgång – numera är ekonomin i EORNA god tack vare sponsorer som KIT Group hjälpt till att teckna samarbetsavtal med. Vi hade även en lång diskussion kring konstitutionen och formuleringar i den, bl.a. om vilka som kan vara medlemmar i EORNA. Det här är en aktuell fråga eftersom diskussioner pågår i flera europeiska länder om huruvida andra yrkeskategorier än operations-sjuksköterskor kan utföra vårt arbete. Till slut enades vi om att föreningens namn, Operating Room Nurses Association, beskriver en organisation för sjuksköterskor och våra hjärtefrågor handlar om vår specifika profession. Därmed kan inga andra yrkesgrupper (t.ex. tekniker) bli medlemmar.

Spaniens representant Esther Espuñes uppdaterade även styrelsen omkring



Marie Afzelius och Sandra Kollberg

saker inför EORNA-kongressen som sen startade efter vårt möte. Vi hade även en viktig omröstning gällande vem som ska vara föreningens ordförande och vice ordförande de kommande två åren. Resultatet blev att nuvarande president, Jaana Perttunen, fortsätter som EORNA's president. Även Olafur Guðbjörn Skúlason, vår vice president, fortsätter som det i två år till. ●



Infektionsprevention – med hjälp av care bundle

Vad är ett care bundle?

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

WHO menar att 40–60% av VRI går att undvika genom att följa uppsatta standarder och rutiner. De postoperativa sårinfektionerna har inte minskat de senaste 10 åren. *Hur ser det ut på er klinik?* Är det dags att göra något nytt?

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

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

Utbildningens upplägg:

1. Digitalt uppstartsmöte 13 september kl.13.00
2. Utbildning i Stockholm den 20 september
3. Digitalt uppföljningsmöte, datum kommer senare

Program 20 september 2024

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

När/Var: 13 september 2024, på zoom • 20 september 2024, Sheraton Stockholm Hotel

Kostnad: Medlem 3 450 kr, Icke medlem 4 750 kr, ex moms, inklusive lunch och kaffe.

Anmälan: rfop.se/utbildning och evenemang

Målgrupp: Operationssjuksköterskor

Föreläsare: Bo Söderquist, Professor i medicin vid Örebro universitet och överläkare vid Infektionskliniken och Laboratoriemedicinska kliniken, Mikrobiologi, Universitetssjukhuset, Örebro.

Kian Chin, Senior bröstkirurg på Sahlgrenska US.

Vendela Scheer, med.dr, operationssjuksköterska, ortoped/ryggoperation, US Linköping

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

Johnson & Johnson MEDTECH



Föreläsare



Bo
Söderquist



Kian
Chin



Vendela
Scheer

Anmäl er här



Inbjudan

Hur vill du porträttera arbetet som operationssjuksköterska?

Riksföreningen för operationssjuksvård inbjuder samtliga operationssjuksköterskor i Sverige att delta i en fototävling. Syftet med tävlingen är att engagera och uppmuntra operationssjuksköterskor att visa sin verksamhet samt ge en inblick i hur operationsverksamheten ser ut i vardagen. Förutom äran att utses till årets bild så kommer bilden även pryda framsidan av Uppdukat nr 4, 2024.

Tävlingsanvisningar

Bilderna som skickas in till tävlingen behöver uppfylla nedanstående kriterier:

- bilden är tagen på din operationsavdelning
- deltagare på bilden är klädda i operationskläder: muddar på arbetsdräkten, blus utan mudd ska vara instoppad, hjälm
- upphovspersonen ansvarar för att samtliga personer på bilden ger samtycke till publicering

Deadline: 30 september 2024

Bilden ska vara högupplöst, obearbetad och skickad i jpg-format. Döp filen med ditt namn. Tävlingsbidragen mejlas till: rfop@rfop.se tillsammans med information om var bilden är tagen samt vem eller vilka som är med.

Genom att skicka in ditt bidrag till Riksföreningen för operationssjuksvård ger du ditt samtycke till att bilden sparas i RFop:s bildarkiv samt att RFop äger publiceringsrätten men med ditt namn som upphovsperson.

Så utses vinnaren

Redaktionen för Uppdukat utser vinnaren. Följande kriterier ligger till grund för bedömningen av bilden:

- relevant för operationssjuksköterskans profession
- bör förmedla viktiga aspekter av operationssjuksköterskans arbete

Välkommen att skicka in ditt bidrag!

Fototävling



I detta nummer vill vi presentera ett bidrag från kirurgoperation på Västmanlands Sjukhus Västerås

På bilden syns operationssjuksköterskan Kristina Lindberg som är studerandeansvarig för specialistsjuksköterskor inom operationssjuksvård operationskliniken Västmanlands Sjukhus Västerås.

Pernilla
AndréeJulia
ÖhmanLouise
Reuterhagen

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. Det finns en hel del lagar och regler som yrkesutövare i hälso- och sjukvården behöver känna till. Hur styr och påverkar regelverken vardagen i vården? Genom kunskap och användning av regelverken kan du bidra till en bättre och mer patientsäker vård!

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? Ni får en introduktion till MDR och vi tittar på krav som ställs på operationsverksamheten och det ansvar som chefen på en operationsavdelning har. Efter dagen har ni ökad kunskap kring vad CE-märket faktiskt innebär. Vi tittar även på viktiga, och nya, aspekter som UDI, spårbarhet och riskklassificering.

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? Ser ni upphandling som en integrerad del i arbetet på er avdelning? Genom att använda upphandling som ett verktyg för utveckling får ni mer engagerade medarbetare!

Program

08.30	Kaffebuffé
09.00	Inledning och välkommen, Kristina Lockner och Pernilla Andrée
09.20	Lagar och regler som styr verksamheten, Julia Öhman
10.45	MDR – vad behöver operationsverksamheten egentligen veta? Pernilla Andrée
12.00	Lunch
13.15	Upphandling i praktiken med gruppdiskussioner, Louise Reuterhagen
15.30	Sammanfattar dagen
15.45	Slut för dagen

När: 18 oktober 2024 • **Var:** Sheraton Stockholm Hotel

Kostnad: Medlem 3 450 kr, Icke medlem 4 750 kr, ex moms, inklusive lunch och kaffe.

Anmälan: rfop.se/utbildning och evenemang



Föreläsare: **Pernilla Andrée**, sakkunnig inom det medicintekniska regelverket.

Louise Reuterhagen, sakkunnig upphandling med erfarenhet från rollen som upphandlare på Region Stockholm. **Julia Öhman**, jurist med erfarenhet från samverkan och upphandling.

Kursen är utvecklad och drivs i samarbete mellan Riksföreningen för operationssjukvård (RFop) och Swedish Medtech.

Anmäl er här



Inbjudan



Nya kollegor

Lunds universitet

Examen 31 maj 2024

Kurs- och inriktningsansvarig lärare:
Anna Nordström

Bakre raden: Cornelia Rubbmark, Felicia Svensson, Louise Johnsson, Annelie Persson, Rebecka Assenhøj Attin, Johanna Flodberg Eriksson, Anna Lundborg.
Mitterstaraden: Karin Kempinsky, Andreas Zacho, Ganimete Muli, Karolina Sjöström, Sofie Pålsson, Viktoria Biel, Arbnora Zeqiraj, Alexander Alm.

Främre raden: Martina Adler, Madeleine Petersen, Kaoutar El Kaoui Egléus, Emilia Andrejic Bengtsson, Fatima Dedic, Zara Westman, Tildhe Andersson, Josefin Olsson, Elmira Ekberg.



Lunds universitet

Göteborgs universitet

I början på sommaren tog 28 av våra studenter examen och är nu specialist-sjuksköterskor inom operationssjukvård,

Examinator: Annette Erichsen
Kursansvarig: Sofia Erestam

Taghi Akhlaghi, Stephanie Ask, Moa Aweys, Julia Drott, Bernina Eriksson, Erika Fredriksson, Stine Mathilde Fagerli, Hanna Hoftun, Sabina Jansson, Pernilla Löfdal, Majid Yousif Mohamed, Sif Poulsen, Vilma Ryd, Yasmina Saberian, Brynja Sigurdardottir, Linus Andersson Solum, Amanda Axelsson, Ayaan Bourriague, Amina Cucovic, JezylleJoy Evina Tiu, Elinor Frisk, Viktoria Havliceck, Elin Hult, Nabina Ishu Rai, Angelli Navarro Quinth, Ellen Sandelin, Elin Steffo Ehrenberg.



Göteborgs universitet

Traumautbildning Basic Trauma

Ett gott traumaomhändertagande kan påverka konsekvenserna av skador när de inträffar, där dödsfall orsakats av trauma kan förhindras med snabbare insatta eller mer effektiva åtgärder i primärt omhändertagande. Det har visat 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.

Syfte och målgrupp

Basic Trauma ger teoretiska baskunskaper om traumapatienten, skademekanismer. C/ABC vid traumaomhändertagandet etc. och vänder sig till operationssjuksköterskor som i sitt arbete kommer i kontakt med trauma- och akuta patienter och de som vill öka sin kompetens inom traumaområdet.

Program

08.30 Registrering, kaffe och smörgås

09.00 Välkomna! Introduktion

Traumapatienten, skademekanismer

Trauma omhändertagande A-E principen

Operationssjuksköterskans roll i Trauma teamet

Gruppdiskussioner

12.00 Lunch

12.45 Trauma kirurgi, operationssjuksköterskans roll på ett traumacenter

14.00 Kaffe

Omedelbar kirurgi

15.30 Avslutning

Var: Sheraton Stockholm Hotel

När: 25 oktober 2024, kl. 08.30-15.30

Kostnad: Medlem 3 450 kr • Icke medlem 4 750 kr, exkl. moms, inklusive lunch och kaffe.

Anmälan: rfop.se/utbildning och evenemang

Målgrupp: Operationssjuksköterskor.



Föreläsare: **Olga Carlquist**, specialistsjuksköterska inom operations- och ambulanssjukvård, TNCC-instruktör och traumakoordinator, Östersunds Sjukhus. **Jason Gahrén** och **Stina Hermansson** båda vårdledare och operationssjuksköterskor, Trauma- och Akutoperation, Karolinska Universitetssjukhuset, Solna. **Lasse Salomonsson**, RFop, styrgruppen Säker Traumavård.

Föreläsarna ovan skiftar mellan de olika utbildningstillfällen.

Föreläsare



Olga
Carlquist



Jason
Gahrén



Stina
Hermansson



Lasse
Salomonsson

Anmäl er här



Inbjudan



Olga
Carlquist



Jason
Gahrén



Stina
Hermansson



Lasse
Salomonsson

Föreläsare
Dag 1
presenteras
på rfop.se.

Anmäl er här



Fördjupning trauma, resursbrist och masskadesituationer

Utbildningen vänder sig till dig som arbetat några år som operationssjuksköterska och som har behov av fördjupade kunskaper i omhändertagande av traumapatienter. Utbildningen är en tvådagars utbildning där upplägget är en blandning mellan medicinska föreläsningar, praktiska övningar och simuleringsövningar i form av table-topövningar av masskadesituationer.

Du kommer genom dag tvås övningar få fördjupade kunskaper i din specifika roll som operationssjuksköterska vid händelser med många skadade utifrån frågor som logistik, triagering och instrumenttillgång. Table-topövning är en skrivbordsövning där man utgår ifrån diskussionsfrågor och olika scenario för att fatta beslut och hantera situationen utifrån olika krissituationer.

Förkunskaper

Basic trauma eller kännedom om A-E konceptet

Program

Dag 1

- 08.30 Kaffe
- 09.00 Start, välkomna och introduktion till dagen
 - Kirurgi vid begränsade resurser utifrån globala erfarenheter
 - Skadepanorama och skademekanismer vid explosioner
- 12.00 Lunch
- 13.00
 - Den äldre traumapatienten
 - Ökad kunskap om traumapatienter med olika fysiologiska förutsättningar från barnet den baraitiska eller gravida patienten
 - Händelser med många skadade (Masskadehändelser)
 - Perioperativ omvårdnad, positionering, drapering, preoperativ huddesinfektion
- 17.15 Slut för dagen
- 18.30 Gemensam middag

Dag 2 övningsdag

- 08.00 Samling
 - Triagering vid masskadesituationer- Fysiologiskt- anatomiskt
 - Introduktion med förutsättningar inför table-topövning
 - Table-topövning av resursplanering på operation vid masskade situation utifrån ett storstads och glesbygdsperspektiv
- 12.00 Lunch
- 13.00
 - Föreläsning table-topövning
 - Gemensam genomgång och reflektioner från övning
 - Kommunikation, debriefing
- 16.00 Avslutning.



När: 21-22 november 2024 • Var: Sheraton Stockholm Hotel

Kostnad: Medlem 6 650 kr • Icke medlem 7 650 kr, ex moms, inklusive lunch x 2, kaffe x 2, middag .

Anmälan: rfop.se/utbildning och evenemang • Målgrupp: Operationssjuksköterskor

Föreläsare: **Olga Carlquist**, specialistsjuksköterska inom operations- och ambulanssjukvård, TNCC-instruktör och traumakoordinator, Östersunds Sjukhus. **Jason Gahrén** och **Stina Hermansson** båda vårdledare och operationssjuksköterskor, Trauma- och Akutoperation, Karolinska Universitets-sjukhuset, Solna. **Lasse Salomonsson**, RFop, styrgruppen Säker Traumavård.

Föreläsarna ovan skiftar mellan de olika utbildningstillfällen.

Inbjudan



RFop kalendarium

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

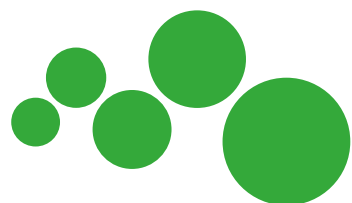
Alla utbildningar och evenemang som RFop bedriver ska stärka och utveckla ledarrollen inom den perioperativa omvårdnaden samt främja utvecklingen av densamma. Vi arrangerar årliga utbildningar i form av bland annat Hygienforum, Höstkongressen och Chefkonferens. Dessa hålls i syfte att synliggöra aktuell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

2024 12-13 September Nätverksträff för chefer	2024 20 September Infektions- prevention Steg 1	2024 27 September Operations- och sjuk- vårdstextilier Webbinarium	2024 18 Oktober MDR Juridik & Upphandling	2024 25 Oktober Trauma Utbildning Basic Trauma	2024 15 November Mikrobiologisk renhet i operationsrum Webbinarium
2024 21-22 November Trauma Utbildning Fördjupning	2024 27-29 November 60-års jubileum Höstkongress 2024	2024 29 November Chefkonferens 2024	2025 13-14 Mars Nätverksträff för chefer	2025 22-23 Maj Hygienforum 2025	2025 11-12 September Nätverksträff för chefer
2025 27-28 November Höstkongress 2025	2025 28 November Chefkonferens 2025	2026 12-13 Mars Chefnätverk	2026 21-22 Maj Hygienforum 2026	2026 26-27 November Höstkongress 2026	2026 26-27 November Chefkonferens 2026

POSTTIDNING B

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



Mölnlycke®



BD

MEDI PLAST



B|BRAUN
SHARING EXPERTISE

KEBOMED

Medtronic

Steripolar
Taking care further

STILLE
Surgical perfection. For life.

Halton
HEALTH

Johnson & Johnson MEDTECH