

Uppdukat

Nr 1 februari 2022 årgång 34



Smidigt, men ändå bättre!¹

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



Förskrivningsinformation: Chloraprep/Chloraprep färgad (Kutan lösning, Klorhexidylglukonat 20 mg/ml Isopropylalkohol 0,70 ml/ml), ATC-kod: D08AC52, Ej förmån. Indikation: Detta läkemedel ska användas för desinficering av hud före invasiva medicinska ingrepp. Kutan användning. Chloraprep/Chloraprep färgad kan användas på alla åldersgrupper och patientpopulationer. Chloraprep/Chloraprep färgad ska dock användas med försiktighet på nyfödda spädbarn, särskilt prematurt födda. Kontraindikationer: Känd överkänslighet för Chloraprep/Chloraprep färgad eller något av läkemedlets hjälpämnen, särskilt för dem som tidigare uppvisat eventuella allergiska reaktioner mot klorhexidin. Varningar och försiktighet: Lösningen är brandfarlig. Använd inte i samband med diatermi eller andra tändkällor förrän huden är helt torr. Ta bort allt blött material, operationslakan eller skyddsrockar innan behandlingen fortsätter. Använd så liten mängd som möjligt och låt inte lösningen bli kvar i hudveck eller under patienten och inte heller droppa på lakan eller annat material som är i direktkontakt med patienten. Om ocklusivförband ska appliceras på områden som tidigare behandlats med Chloraprep/Chloraprep färgad, måste försiktighet iakttas så att det inte finns något kvar av produkten innan förbandet appliceras. Endast för utvärtes bruk på intakt hud. Chloraprep/Chloraprep färgad innehåller klorhexidin. Det är känt att klorhexidin inducerar överkänslighet, bland annat generaliserade allergiska reaktioner och anafylaktisk chock. Förekomsten av överkänslighet mot klorhexidin är inte känd, men enligt tillgänglig litteratur är detta sannolikt mycket sällsynt. Chloraprep/Chloraprep färgad ska inte administreras till någon som eventuellt tidigare uppvisat en allergisk reaktion mot lösningar som innehåller klorhexidin. Lösningen verkar irriterande på ögon och slemhinnor, med risk för ögonskador som nedsatt syn och kemiska brännskador. Därför får den inte användas i närheten av dessa områden. Om lösningen kommer i kontakt med ögonen, måste de sköljas omedelbart och grundligt med vatten. Användning av klorhexidinlösningar, såväl alkohol- som vattenbaserade, för hudinfektion före invasiva ingrepp har satts i samband med kemiska brännskador hos nyfödda. Tillgängliga fallrapporter och publicerad litteratur tyder på att risken för hudskada tycks vara störst hos prematura spädbarn, särskilt de som är födda före graviditetsvecka 32 och hos alla prematura spädbarn under deras två första levnadsveckor. Får ej användas på 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 produktresuméer: 2019-08-20. För ytterligare information se www.fass.se

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

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

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



Utgivare

Riksföreningen för operationssjukvård ISSN 1101-5624.

Upplaga

2200 exemplar. Tidningen utkommer med fyra nummer per år, till alla medlemmar i riksföreningen och övriga prenumeranter.

Prenumeration

Prenumerationskostnad är 350 kr per kalenderår. Sätt in pengarna på postgironummer 70 80 08 - 8 adresserat till: Riksföreningen för operationssjukvård. Ange namn och adress på inbetalningsblanketten och märk med Uppdukat. Adress och/eller namnändring görs till: Elisabeth Liljeblad prenumeration@rfop.se

Prenumeration via agentur 450 kr per kalenderår

Omslagsbild

Höstkongressen 2021

Foto

Peo Sjöberg

Annonser

annonsansvarig@rfop.se

Redaktion

Kristina Lockner
Yvonne Törnqvist
Jennifer Båskman
Marina Emanuelsson

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

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
Nattviksgatan 6, Härnösand

Tryckeri: Gävle Offset AB

Innehåll

Uppdukat nr 1 2022 årgång 34

REDAKTIONENS ORD

Ordförande...sid 4

HISTORIA

Alfred Hegar...sid 6

HYGIEN

Droppsmitta eller inte...sid 10

GÄSTKRÖNIKA

Respektera
specialistsjuksköterskan...sid 12

HYGIENFRÅGAN

Ann-Sofi Mattsson svarar...sid 13

PÅ VÅR OPERATIONSÄVDELNING

Vi flyttar för att bygga nytt ...sid 14

PATIENTSÄKERHET

MDR - hur har det gått?...sid 17

REDAKTIONEN TIPSAR

Nyligen genomförd disputation
Maria Qvistgaard ...sid 18

POPULÄRVETENSKAP

Operationssjuksköterskor mot
trycksår och nervskador ...sid 24

KOMPETENS

Karriär för en
operationssjuksköterska...sid 26

KOMPETENS

Traumautbildning...sid 28

REPORTAGE

Vägen tillbaka...sid 30

REPORTAGE

Höstkongressen 2021...sid 32

BOKTIPS

Omvårdnad på avancerad nivå. Kärnkompetenser inom sjuksköterskans
specialistområde...sid 36

FÖRENINGSNYTT

RFop...sid 38

sid 14



sid 30



sid 32



Foto: Peo Sjöberg



Februari 2022 och restriktionerna som har vi haft i nästan två år är släppta, vi är säkert många som både gläds och kanske oroas lite. Underbemanning, "brist" på specialistsjuksköterskor som kommit i fokus under pandemin kommer kvarstå även efter, då vi vet att mycket av det fanns även innan pandemin. Jag citerar vår gästkrönikör, Camilla Fröjd, Regionerna misslyckas inte bara med att rekrytera och behålla specialistsjuksköterskor, de misslyckas även med att nyttja befintlig kompetens fullt ut. Läs hela hennes krönika på sidan 12. För att föreslå uppgiftsväxling och att ersätta specialistsjuksköterskor med annan kompetens har varit något som funnits med i svensk hälso- och sjukvård länge dock har läget ej blivit bättre utan snarare ställts på sin spets under pandemin. Vi följer utvecklingen och ur ett patientsäkerhetsperspektiv agerar vi som förening när vi har möjlighet.

Årets första nummer av Uppdukat innehåller självklart många artiklar under kända temaområden fast utifrån dialog med er läsare har vi utvecklat ett, Min operationsavdelning, som från och med detta nummer går under, På vår operationsavdelning och tanken är att rikta fokus mer till tips och samt utvecklings- och förbättringsarbete som pågår runt om i landet på våra operationsavdelningar, först ut är Örnsköldsviks operationsavdelning, sidan 14. På sidan

30 börjar en ny följetång, vi kommer att få följa med Maria Björk Svensson som varit borta från jobbet som operations-sjuksköterska i flera år men nu bestämt sig för att göra comeback med allt vad det innebär. Vi kommer att få en inblick hur det är att reaktivera sig som operationssjuksköterska då Maria kommer att skriva i alla nummer under 2022.

Vi ser fram emot ett händelserikt föreningsår, vi börjar med nätverksträff för chefer, traumautbildning Nivå 1 och avslutar våren med Hygienforum 21 - 22 april! Det första Hygienforumet på två år och i år kommer programmet till viss del att gå i pandemins spår, Skador vid vård av covid-19 patienter och Hur man praktiskt jobbar med vårdhygien på en Covid-IVA, är två av föreläsningarna du kan få ta del av. För mer information och hela programmet, titta in på rfop.se, du ska även ha fått en inbjudan hem till din postlåda.

Nyheter!

Vi kommer under året att starta igång ytterligare en podd, denna gång en professionspodd, det vill säga en podd av operationssjuksköterskor för operationssjuksköterskor. Vi hoppas ha allt på plats och att du ska kunna lyssna till premiärsnittet innan sommaren. Podden, Din operation! den som har personer som ska genomgå kirurgi eller är nyfiken på operation i allmänhet kommer att fortsätta som tidigare.

Nya utbildningar, då vi har bra erfarenheter från traumautbildningen har vi funderat om det är fler utbildningar som vi som förening kan stå som arrangör av? Där vi ser att vi kan fylla en lucka, bidra till nationell likriktning och som stärker vår profession. Och vi kommer att börja planera endagars utbildningar med följande teman: MDR, Upphandling, Ledarskap, Hybridsal, Infektionsprevention mfl. Det kommer att komma mer innehåll presentation förhoppningsvis redan i nr 2 av Uppdukat. Tanken är att vi ska ge ett basinnehåll, väcka intresse och vara en del i att skapa tydlighet i dessa ämnen.

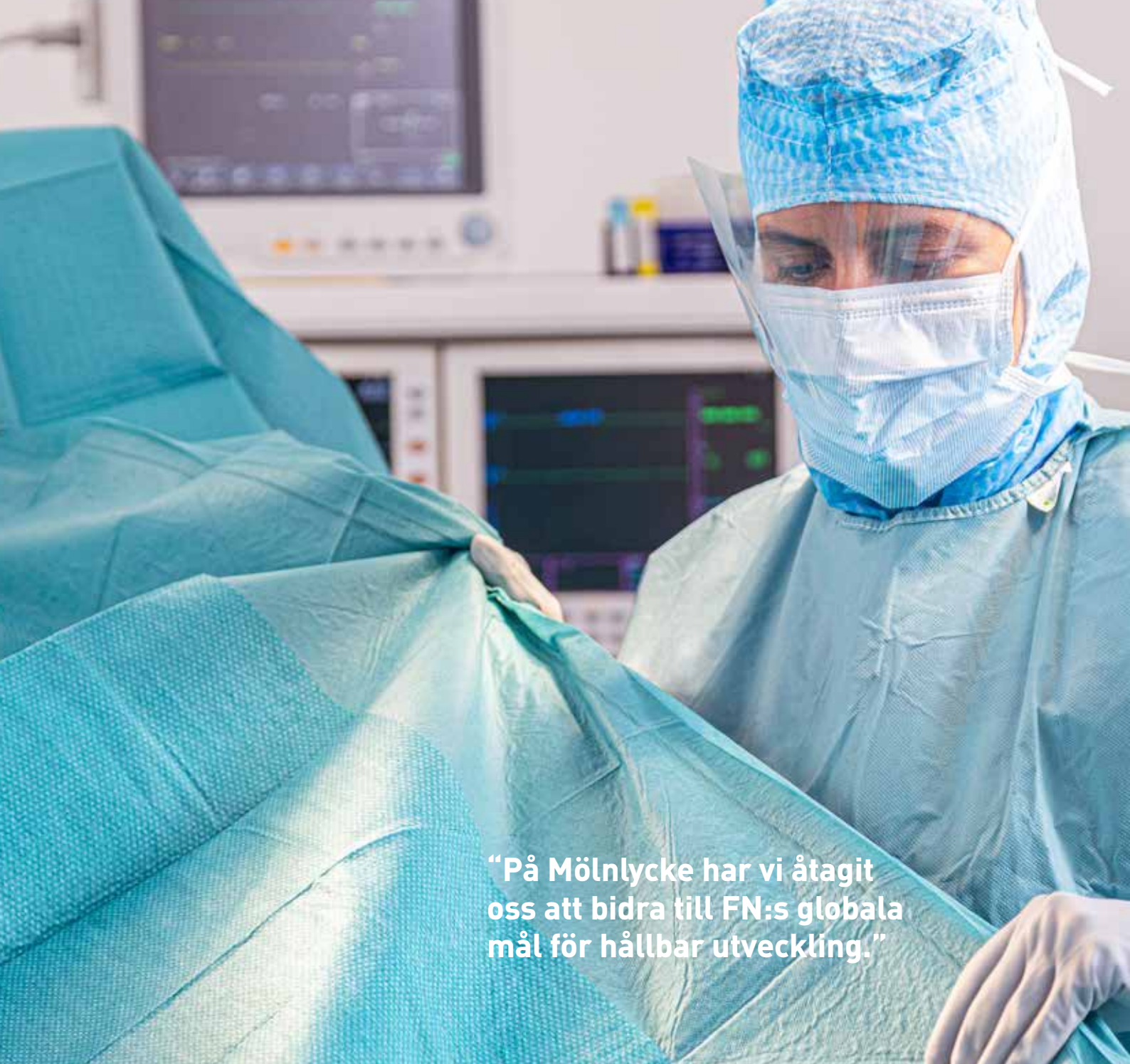
Webbinarium/webbseminarium, vi har ej bestämt vad vi ska kalla dem, däremot vet vi vad vi vill med dem. Det här ska vara 1 - 2 timmars föreläsningar, seminarier och eller dialogmöten. Till exempel när kvalitetsrådet ska släppa en ny Riksföreningen anser och rekommenderar, så kommer de i samband med det att bjuda in till ett Webbinarium/webbseminarium för att ge en bakgrund, fylligare information samt kunna svara på frågor. Chefrådet kommer två gånger att hålla nätverksträffar digitalt som ett lunchmöte, SPOR rådet kommer även de att bjuda in till digitalt möte. Detta ska ej ersätta våra kongresser eller andra utbildningar utan ses som ytterligare en möjlighet att hålla sig uppdaterad av vad vi från RFop kan bidra med för operationssjukvårdens utveckling.

Har du något ämne du tycker vi borde titta närmare på och eventuellt sätta ihop en utbildningsdag kring? Hör av dig till oss, rfop@rfop.se. ●

Kallelse till Årsmöte 2022

Den 21 maj kl.10.00 - 12.00 håller Riksföreningen för operations-sjukvård, årsmöte. Vår förenings viktigaste aktivitet. De två senaste åren har vi haft våra årsmöten digitalt och det tänker vi fortsätta med, åtminstone i år. Ett digitalt årsmöte en lördag förmiddag möjliggör för fler medlemmar att delta, vi hoppas ni är många som är intresserade av att ta del av vad vi gjort och vad vi planerar att göra framöver. Vi kommer inom kort öppna anmälan för deltagande i årsmötet på rfop.se, så boka in tiden i din kalender redan idag och håll utkik på instagram, fb och hemsidan när anmälan öppnar.





“På Mölnlycke har vi åtagit oss att bidra till FN:s globala mål för hållbar utveckling.”

BARRIER hållbara draperingar

- ISCC massbalanscertifiering för en rad olika operationslakan.
- Livscykelanalys finns för ett representativt operationslakan.
- Vi planerar att öka användningen av förnybar råvara i vårt sortiment av operationslakan.
- Vi erbjuder draperingar som innehåller biobaserad råvara.
- Vi erbjuder FSC™ märkning på våra avdelnings- och transportkartonger för ett urval av hållbara artikelnummer.



Skanna koden och läs mer om våra hållbara draperingar, ISCC-certifiering och FSC.

Läs mer på www.molnlycke.se

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

FSC är ett varumärke som tillhör The Forest Stewardship Council A.C.



Alfred Hegar

Alfred Hegar (1830–1914) En av sin tids mest inflytelserika gynekologer. Ernst Ludwig Alfred Hegar föddes 1830 i den tyska staden Darmstadt-Bessungen där han växte upp i en stor syskonskara. Hans far Johan August Hegar var läkare, hans mor Karolina avled kort efter att det nionde barnets födelse. Hegar började sin karriär som allmänläkare och militärläkare i hemstaden men kom att hänga sig till förlossningslära och gynekologi.

1858 gifter sig Alfred med Eva Merck, vars far drev släkten Merck's apotek i Darmstadt vilka började tillverka och utveckla läkemedel och lyckades framställa Morfin ur opium, företaget ligger till grund för Merck, ett idag världslädande läkemedelsföretag.

Hegar tillträdde 1864 som professor i Gynekologi och obstetrik vid Universitetet i Freiburg. En position han kom att inneha de kommande 40 åren fram till sin pensionering vid en ålder av 74 år. Han publicerade ett stort antal läroböcker och avhandlingar, han hade

en ledande roll och stor betydelse för utvecklingen av gynekologin under perioden 1850–1920 där hans studier om kvinnokroppen och nya metoder inom kirurgisk gynekologi blev avgörande. Fram till mitten av 1800 talet hade gynekologin en negativ plats inom medicinen, där mödravården och förlossningar mestadels sköttes av barnmorskor vilket var något Hegar ville förändra, vilket också blev hans livsverk. Under denna tidsperiod fanns ett stort intresse från läkarkåren att utforska kvinnokroppen de kvinnliga könsorganen, framför allt med stort fokus på livmodern och en ny medicinsk specialitet, gynekologin växer fram.

Under perioden 1850–1900 hävdade både psykiatriker och läkare att kvinnor kunde bli vansinniga till följd av problem med sina könsorgan och då främst äggstockarnas påverkan och att bästa boten för detta underlivsvansinne ansågs vara gynekologiska operationer. Även livmoderns läge och då framför allt en bakåttjälpning av livmodern ansågs kunna orsaka en mängd olika besvär.

Det blev vanligt med ovariektomier också omnämnd som "Batteys operation" vilket innebar att friska äggstockar opererades bort för att bota åkommor så som nervösa besvär, ryggvärk eller migrän. Ovariektomierna hade hög dödlighet. Men dödligheten sänktes under slutet av 1870-talet, från 50% till 11% en förklaring till det var anestesiens inträde och den ökande användningen av den, eller som forskaren Moscucci uttryckt det *"moraliskt, psykologiskt och tekniskt var det mindre problematiskt att operera på sövda patienter som låg stilla och tysta"*.

Första svenska ovariektomin

Den första svenska ovariektomin utfördes 1856 av Carl Gustav Santesson, professor vid Karolinska institutet och den som kommit att kallats den svenska kirurgins fader. Patienten avled efter några dagar. Hegars standpunkt var att ingreppet skulle utföras med försiktighet och efter noggrann anamnes och inte utföras på friska reproduktiva organ. Han ansåg att det behövdes samarbete mellan den tidens psykologer och gynekologer för att undersöka kopplingen mellan kvinnors mentala sjukdomar och sjukdomar i sexualorganen. Den franske neurologen Jean Marin Charcot (1825–1893) som forskade på nervösa sjukdomar kunde visa på att hysterin var lika vanligt eller även vanligare hos vanliga män, och att den även förekom hos barn vilket då måste innebära att hysterin inte kunde ha något samband med de kvinnliga könsorganen eller livmoderns anatomiska läge. Men det lät dröja innan gynekologer tog till sig av dessa nya rön.

1864 inrättades den första svenska professuren i gynekologi och obstetrik



I anslutning till fastigheten som tidigare inrymde Hegarkliniken finns en minnesplakett med följande förklaring till namnbytet uppsatt. "Uppkallad efter läkaren Alfred Hegar, en viktig representant för socialdarwinismen. Namnbytet ägde rum på grundval av hans godkännande och spridning av en negativ lära om genetisk hälsa baserad på rashygien"

vid Karolinska institutet, något år senare inrättades motsvarande professurer även vid Lund och Uppsala. Initialt var samtliga gynekologer män, först 1870 öppnade svenska universitet upp för kvinnliga studenter. Sveriges första kvinnliga läkare Karolina Widerström tar sin examen 1888 hon specialiserar sig på kvinnomedicin och gynekologi och öppnar en gynekologisk mottagning i Stockholm, mottagningen blev enormt populär med köande kvinnor ända ut i trapphuset som ville träffa den kvinnliga läkaren. Sjukhusmiljön med den gynekologiska och senare även den obstetriska kirurgin var riskabel och det var vanligt att patienterna drabbades av sepsis, peritonit och död, en annan aspekt av smitta vid denna tid var barnsängsfeber, en farsot som krävde mängder av kvinnoliv.

Pionjär inom aseptik och hygien

Hegar var pionjär inom aseptik och hygien och var tidig anhängare av Lister och Semmelweis idéer, där infektionsprofylax inom obstetrik och gynekologi var speciellt viktiga för honom. Han var en av de första läkarna att undervisa om aseptiska och antiseptiska principer enligt Semmelweis lära och införde att de strikt skulle tillämpas vid universitetskliniken i Freiburg. 1882 utkommer Hegar med en bok om Ignaz Philipp Semmelweis, där han utvecklar resonemanget kring smitta och smittämnen utifrån Semmelweis grundteorier. Han jämför Semmelweis med en martyr som aldrig fick det erkännande han förtjänat under sin livstid.

Som chef vid kvinnokliniken uppfattades Hegar som sträng och krävande med höga krav på sina assistenter och studenter. Han var morgonpig och började den första operationen redan runt kl. 04.30 på morgonen för sen efter det starta en klinisk föreläsning kl. 08.00. Han arbetade till sent på kvällarna med att vårda och undersöka patienter som var inlagda vid kliniken. Tillsammans med sonen Karl, även han läkare skapade Alfred Hegar en gynekologisk privatklinik skild från universitetssjukhuset. Här kunde far och son Hegar vårda och operera patienter personligen i en hemlik miljö. Hegarkliniken öppnades 1912 och Alfred Hegar's goda rykte och skicklighet gjorde kliniken populär. Kliniken var verksam fram till 1993 och den siste som drev kliniken var Udo Hegar, ett barnbarnsbarn till Alfred Hegar.



Nålförare Mayo-Hegar, smäckrare i käftarna jmf med bild enbart Hegar. Bild med tillåtelse Stille AB



Nålförare Hegar. Bild med tillåtelse Still AB

Utöver medicinska meriter och forskning han engagerad i samhällsstudier med koppling till reproduktion. Hegar var en förespråkare för rashygieniska idéer vilka hade sitt ursprung i Charles Darwin's forskning om arternas ursprung. Upptäckten av arvsanlagen vid slutet av 1800-talet väckte stort intresse bland läkare, biologer och naturvetare vilket startade en eugenisk rörelse. Eugenik eller rasbiologi är läran om att förbättra människans ärftliga egenskaper genom selektiv avel. Den eugeniska rörelsen var inte en enhetlig rörelse utan hade anhängare från renodlade rasister till andra som förespråkade andra åtgärder i förbättring av människosläktet, exempelvis information om nackdelar med kusingifte eller legalisering av preventivmedel. 1905 grundades det tyska sällskapet för rasbiologi där Hegar tillsammans med andra samtida läkare väljs in som hedersmedlemmar.

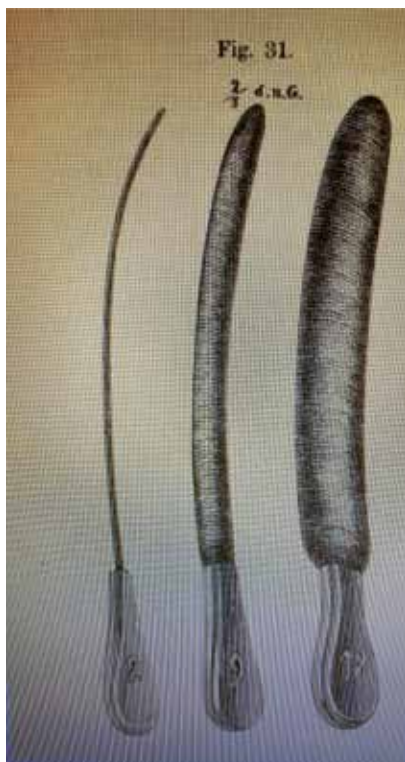
Den sexuella driften

Hegar skriver 1894 boken *"Den sexuella driften"* som redan 1895 ges ut i en svensk översättning. Här ger han uttryck för sina åsikter kring det som han själv kallar *"hela kvinnofrågan"* boken handlar om fortplantning med koppling till hälsa och sociala frågor. Hans syn på sexualitet och sexualdrift där han be-

skriver skillnader mellan kön, raser och sociala grupper är idag rätt underhållande och lite svårt att förstå att detta ansågs vara vetenskap och sanningar vid denna tid. I boken beskriver Hegar att män har större begär för parning än kvinnor och att kvinnor av naturen saknar stor böjelse för fysisk kärlek. Han beskriver följande angående sexualdrift och skillnader mellan olika raser:

Bekant är negerens stora benägenhet för parning som torde stå i sammanhang med denna människors starka kroppsliga utveckling. Äfven många österländska folk lära utmärka sig genom sexuella lidelser. Vi veta vidare, att fabriksarbetare äro särskildt disponerade för könsnjutning...

Hegar trodde inte det gick åstadkommande rasförbättrande åtgärder genom lagstiftning, framgången är istället utbildning och upplysningen av hans rasförbättrande idéer är att fabriksarbetare och andra belastande grupper i samhället ska undervisas i och själv förstå sina genetiska begränsningar för att på så sätt begränsa sitt barnalstrande. 1931 fick han en gata i staden Freiburg uppkallad efter sig. Men namnet Adolf Hegar plockades bort 2018 och gatan döptes om till Hilde Mangold Strasse efter en tysk embryolog. Namnbytet



Metallstift för cervixdilatation av modell Hegar, tidig modell 1881



Hegar stift i modern tid.

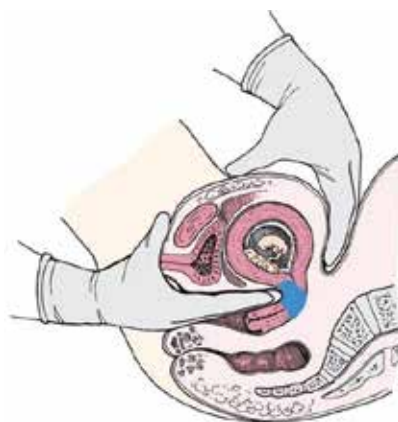
skedde efter rekommendation från en expertgrupp med uppdrag att granska stadens Freiburgs gatunamn. I sin rapport skriver man:

Alfred Hegars obestridliga meriter inom gynekologi och obstetrik går hand i hand med ett samtida sätt att tänka som är missantropiskt och kvinnofientligt men också med motivering om rasistiska och rashygiensak idéer.

Hegar fortsatte sin vetenskapliga forskning långt efter sin kliniska pensionering, där han bland annat forskade kring behandling av cancer med hjälp av röntgen. 1874 publicerade Hegar tillsammans med kollegan Kaltenbach en lärobok i kirurgisk gynekologi, boken blev ett föregångsverk inom gynekologi och obstetrik då den var en av de första inom sitt ämnesområde och innefattande kirurgiska principer. Boken blev spridd världen över. Den första svenska läroboken i gynekologi utgavs först 1901 dvs 27 år efter Hegars lärobok. Hans arbete med undervisning, utveckling av olika operationstekniker och forskning inom gynekologin räknas som enastående insatser och hans namn känns igen även i dagens gynekologi.

Hegar's tecken

Hegar's tecken beskrivs först i publikationen "Ett nytt och säkert diagnostiskt tecken på graviditet under de första månaderna" från 1884 skriven av en kollega till Hegar, C Reinl. Hegar var den som först lärde ut tecknet och därför den som fått ge namn åt det. Tecknet på graviditet var att via palpatorisk undersökning av uterus konstatera graviditet. Vid graviditet sker uppluckring av livmoderns ismus vilket kan kännas vid palpation. Uppluckringen känns som en ökad rörlighet mellan cervix och corpus och kan kännas under tidig graviditet mellan vecka 6–12. I dag finns en rad andra diagnostiska möjligheter att konstatera graviditet. Hegar stift, 12–14 cm långa, koniska, lätt kurverade me-



Hegar's tecken/Hegar's sign, klinisk undersökning för fastställande av graviditet under första trimestern

tallstavar som finns i olika grovlekar och som härstammar från Hegar och som nu finns i olika modifieringar ex Mayo-Hegar. Stiften användes initialt för att uppnå snabb och skonsam utvidgning av livmoderhalskanalen. Stiften beskrevs redan 1861. ●

Referenser

Hegar A. Kaltenbach R. *Die Operative Gynäkologie*. Verlag von Ferdinand Enke, Stuttgart, 1881.

Hegar. A. *Den sexuella driften - En social-medicinsk studie*, Stockholm 1895, Hälsovännens förlag.

Komagamine. T. Kokubun, N. Hirata, K. Battey's operation as a treatment for hysteria: a review of a series of cases in the nineteenth century. *History of Psychiatry* 2020.Vol. 31(1) 55-66.

Alfred Hegar (1830–1914) Ein Name wurde zum Begriff. *Der Gynäkologe* 2004;37:176–178.

Köper, G. Der Gynäkologe Alfred Hegar (1830–1914) -Leben und werk. 2018. Universität Regensburg. <https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:bvb:355-epub-367120>.

Nilsson, U. *Kampen om kvinnan -Professionalisering och konstruktioner av kön i svensk gynekologi 1860–1925. Doktorsavhandling för filosofie doktorsexamen i idé- och lärdomshistoria framlagd vid Uppsala universitet* 2003.

Schampo, M.A. Test, Signs, and indications of pregnancy. *Journal of Pelvic surgery*. 2001.vol 7, no.3, 133–135
Wells, T.S. Hegar, A. Batty, R. *Catsrat-tion in mental and nervous diseases. The American Journal of the medical sciences. Philadelphia*. 1886. Oct.

TOGETHER WE CAN IMPROVE PATIENT OUTCOMES



LigaSure™ L-Hook Vessel-sealing Technology

- Precise Valleylab™ monopolar dissection.
- Atraumatic grasping.
- Cold cutting.
- Maryland-style blunt dissection.



EEA™ circular stapler with Tri-Staple™ technology



INDERMIL® flexifuze™* topical tissue adhesive is a sterile, liquid topical tissue adhesive designed for your patient's comfort.



EXPECT MORE DESIGN Dextile™ anatomical mesh



IMPORTANT: Please refer to the package insert for complete instructions, contraindications, warnings and precautions.

© 2021 Medtronic. All rights reserved. Medtronic, Medtronic logo and Further, Together are trademarks of Medtronic.™* Third party brands are trademarks of their respective owners. All other brands are trademarks of a Medtronic company.

21-weu-si-products-ad-a4-for-nordics-5449873

Medtronic
Further, Together

Droppsmitta eller inte

Med coronapandemin kom också debatten i gång om droppburensmitta eller luftburensmitta. Vad är vad, är det olika eller kan det rent av vara samma. Tydligt är att begreppsförvirringen är stor och beroende på vem som frågar och vem som svarar kan det ge upphov till fler frågor än svar. Fysiker och sjukvården har idag inte samma definitioner på begreppen, dropp-aerosol och luftburet och det har skapat förvirring och debatter när Sars-cov-2 dök upp och alla oavsett expertområde skulle förtydliga hur det förhöll sig med smittvägarna.

Förenklat kan man säga att inom fysiken är en droppe en droppe oavsett storlek. Det är en samling vätska som hålls samman av sin ytspänning. Aerosol är partiklar i fast eller flytande fas mindre än 100 µm i en gas. Dessa partiklar kan exempelvis bestå av sot, avgaspartiklar, damm, cellfragment, bakterier, virus, mögel mm. Partiklarna kan färdas i luften kortare eller längre tid, över kortare eller längre avstånd beroende på flera olika faktorer som exempelvis temperatur, luftfuktighet, ventilation, UV-strålning mm.mm.

För sjukvården är en droppsmitta smitta som sprids via droppar som är ganska

stora, större än 5µm. Dessa sprids inom ett begränsat område då dropparna relativt snabbt faller till marken. Aerosoler är mindre droppar, mindre än 5µm, som fortfarande sprids inom en begränsad yta men som vi kan andas in. Luftburen smitta innebär smitta via inandning över längre avstånd. För sjukvården har begreppen också grundats på vilken nivå av skyddsåtgärder som krävs och inte enbart på smittvägen. Sannolikheten att smittas samt konsekvensen vid en eventuell infektion tas i beaktande för att bestämma vilken nivå av skyddsåtgärder som krävs. Mycket allvarliga eller mycket smittsamma sjukdomar som tuberkulos, mässling och SARS/MERS har en hög skyddsnivå och räknas till luftburen smitta. Influensa och rhinovirus har en lägre nivå och räknas till droppsmitta fast smittvägarna är liknande. Sars-cov-2 utmanade den här indelningen genom att den är gränsfall både vad gäller smittsamhet och konsekvensen för den som infekterats.

Det förs idag diskussioner och forskning pågår där både sjukvården och fysiker är delaktiga för att i framtiden få en mer fysikalisk förklaring till hur smittämnen sprids. Tidigare invanda begrepp och idéer omprövas och debatteras och det är mycket möjligt att en del av termi-



Ann-Sofi Mattsson

Foto: Peo Sjöberg

nologin kommer att ändras framöver. En kunskapsöversikt från Göteborgsuniversitet, Arbets- och miljömedicin: *Luftvägsvirus vid arbetsplatser. Smittvägar, riskfaktorer och skyddsåtgärder*, 2021, Jakob Löndahl, Malin Alsved, Sara Thuresson, Avdelningen för Ergonomi och Aerosolteknologi, LTH, Lunds universitet och Carl-Johan Fraenkel, Infektionsmedicin och vårdhygien vid Skånes universitetssjukhus, SUS, samt Infektionsmedicin, Lunds universitet. Syftar till att ge kunskap om luftvägsvirus ur ett praktiskt arbetsplatsperspektiv. Den riktar sig till exempel till företagshälsovård, skyddsombud och arbetsgivare som inte har möjlighet att sätta sig in i den mycket omfattande vetenskapliga litteraturen. Eftersom området är alltför brett för att täckas in med en systematisk kunskapsöversikt, har därför dokumentet istället formen av en s k narrativ kunskapsöversikt. Den beskriver såväl smittvägar som skyddsfaktorer. Fokus är på riskbedömning utifrån spridning av luftvägsvirus på arbetsplatser. Denna kunskapsöversikt rekommenderas att läsa för att få en grund till ämnet som man sedan kan bygga vidare på efterhand som vetenskapen fördjupas. ●



Fakta: Hygiensjuksköterska Ann-Sofi Mattsson, Region Örebro län



Anpassad terapi Kliniskt beprövad



Hjälp att reducera risken för DVT
(Djupa Ventromboser) med
Kendall SCD™ 700 sekventiellt
kompression system.



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

Respektera specialistsjuksköterskan

Tänk positivt! Se glaset som halvfyllt! Kvällstidningarna är periodvis fulla av aforismer som ska hjälpa oss att bli gladare och må bättre. Och det kanske fungerar i någon mån, men applicerat på vår roll och status i vården räcker positivt tänkande inte så långt. Och ändå tror jag att vi måste försöka se det positiva i någon mån, för att hålla ut och hålla hoppet om en bättre vård och bättre villkor uppe.

Pandemin har fördjupat en redan befintlig kris i hälso- och sjukvården. Regionerna talar om vårdplatsbrist och att beta av vårdköer. Professionen larmar om en sjukvård som varken är patientsäker eller håller rimlig kvalitet. Regionerna talar om uppgiftsväxling: att ersätta specialistsjuksköterskor med läkarstudenter och undersköterskor. De talar däremot inte om en annan sorts uppgiftsväxling: att låta specialistsjuksköterskor göra det som hör till professionen och dess utbildning och istället ta bort arbetsuppgifter för vilka det inte krävs en specialistutbildning. Varför är det viktigare att hellre ersätta specialistsjuksköterskor med andra yrkesgrupper än att förtydliga rollerna för befintliga specialistsjuksköterskor så att vår kompetens nyttjas fullt ut? När ska Sveriges journalistkår identifiera scoopet att regionerna dagligen slarvar bort befintlig kompetens? När ska Agenda eller Kalla fakta granska regionernas resursslöseri med specialistsjuksköterskeprofessionen och hur regionerna därmed är orsaken till att patienter inte får den vård de behöver, och har rätt till?

Regionerna misslyckas inte bara med att rekrytera och behålla specialistsjuksköterskor, de misslyckas även med att nyttja befintlig kompetens fullt ut. Det handlar inte om att vi behöver springa fortare eller jobba hårdare. Det handlar om att vi ska göra det vi är utbildade för, med en rimlig bemanning och med möjlighet till fortbildning och utveckling. Varje operationssjuksköterska som väljer att ta jobb i Norge för "där får man



Camilla Fröjd

läsa in sig på kommande patient i stället för att tvätta golv" är en oersättlig förlust. Omvårdnadsarbetet måste organiseras så att specialistsjuksköterskor får använda hela sin kompetens i en tydlig och väldefinierad roll i teamet, även om det innebär att olika yrkesgrupper inte längre delar lika på vissa arbetsuppgifter. Att arbeta i team innebär inte att arbetsuppgifter ska fördelas rättvist, det handlar om att varje yrkesgrupp gör det för vilken den är utbildad. Alla yrkesgrupper behövs i teamet, alla arbetsuppgifter är nödvändiga- men specialistsjuksköterskor ska göra sitt jobb. Det finns tillräckligt mycket forskning som visar att sjuksköterskor lämnar vården för att de inte får använda hela sin kompetens och det är respektlöst mot professionen och slöseri med skattemedel att inte tillgodose att specialistsjuksköterskor får använda hela sin kompetens. Det är hög tid nu att lägga ansvaret för vårdplatsbrist och bristande patientsäkerhet där den hör hemma, nämligen hos arbetsgivaren, och sluta dölja ansvaret i termer av "sjuksköterskebrist" eller "vårdplatsbrist".

12 maj

International Council of Nurses har avisat temat för årets internationella sjuksköterskedag 12 maj: "Nurses: A Voice to Lead – Invest in nursing and respect rights to secure global health". Fokus ligger på nödvändigheten i att skydda,

stödja och investera i sjuksköterskeprofessionen för att kunna säkerställa människors rätt till vård och hälsa. Pandemin har blottlagt konsekvenserna av ett mångårigt sparande på professionen och omvårdnaden i hela världen, vi ser konsekvenserna av det också i Sverige. Nu måste regionerna agera annorlunda. Vägen framåt är egentligen både enkel och självklar. Respektera sjuksköterskeprofessionen. Respektera specialistsjuksköterskan. Respektera våra kunskaper och värdesätt dem. Ersätt oss inte med annan kompetens-låt oss få använda vår kompetens fullt ut istället. Ifrågasätt oss inte- utgå från att vår profession är oersättlig och värdefull i vården. Sluta spara på oss som ska utföra vården, skapa en rimlig bemanning med utrymme för fortbildning och utveckling istället. Var bästa arbetsgivaren så kommer såväl sjuksköterskor som specialistsjuksköterskor att stanna.

Låt oss undvika att gå i fällan att förklara för andra vad omvårdnad är, vad operationssjuksköterskan gör och betydelsen av det. Vi som vet, vi vet. Det räcker så. Andra kan lägga tid och kraft på sådant istället. För det är ett slags härskarteknik, att ifrågasätta en hel profession på det viset. Låt oss i stället vila trygga i vår egen professionella identitet och hellre lägga kraft på att argumentera för hur vi ska använda vår kompetens, vilken bemanning som är patientsäker, vilken fortbildning och vilka utvecklingsmöjligheter vi behöver för att ge god och säker vård.

Låt oss hålla ihop och stärka varandra i att se värdet i vår profession, vårt yrkeskunnande, vår gärning, vår roll och betydelse i vården. Det äger vi. Det kan ingen ta ifrån oss. Låt oss tänka positivt kring vår profession, älska det yrke vi valt och vara stolta specialistsjuksköterskor. Att vi är kritiska mot våra arbetsgivare ryms samtidigt som vår stolthet över yrket. Utan specialistsjuksköterskor har vi ingen sjukvård! Var rädd om oss! ●



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

Fråga: Preoperativa hudförberedelser för patienter med psoriasis, vad är för rutiner som gäller med duschar och kan man använda Descutan?

Svar: Det är samma preoperativa rutin för alla patienter: *Före operationen ska patienten tvätta hela kroppen med hudrengöringsmedel. Vid ingrepp där risken är stor för sårinfektion orsakad av patientens egna hudbakterier, eller då en sårinfektion ger svåra konsekvenser, rekommenderas helkroppsdessinfektion med desinfekterande tvål.* Jag har inte kännedom om att Klorhexidin som finns i Descutan skulle vara kontraindicerat vid psoriasis. Men det är aldrig fel att göra en individuell riskbedömning, som då bör göras i samråd med patientens behandlande läkare. Frågar man sedan rutin bör detta dokumenteras i patientens journal.

Fråga: Fråga från Tandsköterska/operationstandsköterska. Vi har en frågeställning gällande tyghandskar under operationshandskar. En tandköterska önskar

tyghandskar under sina operationshandskar. När hon har operationshandskar på sig och blir varm och svettig blir händerna helt röda av eksem. Finns det några sterilförpackade tyghandskar? Är det ok att använda ej sterila tyghandske under operationshandske?

Svar: Hej, nej det är aldrig okej att använda en osteril handske under operationshandsken. Jag känner inte till att det finns sterila tyghandskar på marknaden idag. Mitt råd är att din kollega kontakter hudläkare för att få hjälp med en utredning om problemet beror på överkänslighet mot innehållet i handskena eller något annat.

Fråga: Hej, jag har en fråga angående operationsdukar. Vilka rekommendationer finns angående hantering av dessa? Jag jobbar på ortopedi och vi har ofta fyra bord med instrument och när blodiga dukar skall till kastet behöver vi kasta iväg dem över borden. Dukarna är ofta riktigt mycket blodiga vid protesoperationer. Ibland när de kastas iväg missar man kastet och de hamnar på golvet, blod stänker omkring. Dessutom anser jag att blod kan stänka omkring när en blodig

duk behöver kastas iväg över borden. Jag anser att vi skulle behöva ha sterila lådor där dukarna placeras 5 i varje. Detta för att undvika kontaminering av operationsalen när dukarna kastas omkring. Jag arbetar som hygienansvarig och har tagit upp det här som ett hygienproblem på avdelningen. Vad anser RFop?

Svar: Det låter på din beskrivning som ett orimligt arbetssätt av flera anledningar. Att kasta iväg saker på en operationssal är inte optimalt, är det dessutom blod eller andra kroppsvätskor gör det saken än värre. Som du skriver blir det stänk och det blir för er svårstädat. Låter både otrevligt, ohygieniskt och svårjobb. Det finns sterila uppsamlingskärl. Men om verksamheten anser det blir för stor kostnad bör ni i vilket fall se över ert arbetssätt så ni inte behöver kasta iväg blodfyllda kompresser. Kan man placera kastet närmre? Hur har andra ortopedavdelningar löst det?

Fakta: Hygiensjuksköterska Ann-Sofi Mattsson, Region Örebro län

Nu finns alla hygienfrågorna som publicerats i Uppdukat att läsa på vår hemsida: www.rfop.se

Hygienforum byter lokal

Stockholm Waterfront Congress Center

21 - 22 april 2022

Anmäl er på:

<http://www.rfop.se/utbildning-och-evenemang/hygienforum/>

Sista anmälningssdag är den 18 mars 2022, därefter i mån av plats.





Vi flyttar för att bygga nytt

Jag heter Mari Sjödin och är sektionsledare för kirurgi på operationsavdelningen på Örnsköldsviks sjukhus. Örnsköldsviks sjukhus är ett av tre i region Västernorrland de andra två är Sundsvall och Sollefteå. Vår operationsverksamhet har sex salar och är delad i tre olika verksamheter. Intill vår operationsavdelning finns en sal för ögonoperationer, men som är en helt egen verksamhet. Av min avdelnings sex salar används oftast två till ortopedi, men vi har även mycket allmänkirurgi, gynekologi/obstetrik, urologi och öron. Öron har en bred verksamhet med hela länet som upptagningsområde. Vi har för övrigt upptagningsområde Örnsköldsvik och delvis Sollefteå, men sjukhuset har också en del utomlänspatienter. Sundsvall är länssjukhus vilket innebär att de bland annat har mer avancerad cancer- och kärlkirurgi. Sollefteå har minskat sin verksamhet mycket och har ingen akut kirurgi eller ortopedi längre och

ingen har väl missat diskussionen om nedläggningen av förlossningen sedan några år tillbaka.

Avdelning byggdes 1979 så den är gammal och välanvänd men fortfarande hyfsat funktionell. Nu är vi i startgruppen att bygga nytt och är i slutfasen av planeringsstadiet. Det ska byggas nytt på befintlig plats så det blir en rockad med ombyggnad/nybyggnad samtidigt som verksamheten ska upprätthållas. Förberedelser för att möjliggöra detta har börjats med att planera uppvakets flytt till en annan del av sjukhuset. Man flyttar också ögon till en annan flygelbyggnad och får efterhand även tillgång till de ytorna. Vi får också ta i anspråk det som hittills varit administrationslokaler som nu finns i en annan flygel, dit ska uppvaket flyttas och man ska bygga en glaskulvert över till den gamla/nya opavdelningen. Det hela beräknas vara klart runt 2025. Vi som personal har fått vara mycket delaktiga i hela processen.

Vi har en chef som är duktig på att engagera oss och se till att vi får vara med och tycka till och bestämma. En operationssjuksköterska är huvudansvarig och har grupper från anestesi, operation, uppvaket till sin hjälp/förfogande under hela byggprocessen. Grupperna har haft olika fokusområden och några har även haft fokus på förrådslokaler. Våra personalutrymmen ligger idag en våning nedanför avdelningen och kommer att ligga kvar där. De lokalerna ingår inte i renoveringen, men kommer att fräschas upp framöver. Eventuellt behöver man dra ner verksamheten till tre salar under en period, men det är tänkt att vi ska försöka ha kvar så mycket som möjligt av befintlig verksamhet under ombyggnationen. Det är inte planerat med ny verksamhet i samband med ombyggnaden. Ombyggnaden görs för att få större och bättre fungerande salar för dagens utrustningskrävande vård och bättre, mer strukturerad plats för utrustning som nu står lagrade runt om. Vi kommer bland annat få en bättre och större akutsal för bättre omhändertagande av patienter t ex akut kejsarsnitt med tvillingar.

Hos oss

Vi är 15 operationssjuksköterskor och 7 undersköterskor. Vi arbetar dagtid först och främst men har förlossning och akut kirurgi så viss jourverksamhet också. I snitt har vi ett jourpass i veckan och ett jourlag som består av två anestesisjuksköterskor och antingen en operationsjuksköterska och en undersköterska eller två operationssjuksköterskor. Ett jourpass startar kl. 13.30 med arbetstid till kl. 24.00 sen är det jourtid till morgonen, förutom på helger då vi har 24 timmars pass. Vi har egna små rum med egen toa/dusch och där kan vi sova om det är lugnt. Det är ofta roligt att ha jour även om det stundtals är mycket att göra. Men har man inte det äter vi gärna ihop och bjuder ibland in operatörerna. Mycket är lättare på små enheter, korta beslutsvägar möjliggör



snabba beslut och även att umgås runt arbetet enkelt. Man lär sig också vad operatörerna vill, hur de arbetar vilket gör det lätt att assistera. Dom är inte så många, så man lär sig ganska snart vad de gillar för instrument etc. Ett exempel är att när jag var på Trauma basic kursen och de pratade om hur man borde vara organiserade och arbeta så kände jag det är vi redan. De som gjorde vår Traumarevision gjorde ett bra jobb. Det är uppstyrt och fixat och det är lätt i en liten organisation att implementera nya rutiner.

Vi har idag flergångsdräkter för implantatkirurgi till alla och all personal bär hjälm och dock inte alltid anestesi på icke ortopediingrepp. Vi har inte haft så stor personalomsättning så det är lätt att påverka de som inte vill. Har man alltid hjälm är man aldrig fel då blir det lättare att göra rätt.

Vi operationssjuksköterskor går sällan med till uppvaket efter operation. Uppvaket ligger i direkt anslutning till oss så det är inte svårt att kommunicera om det behövs. Vi går med om det är något utöver det vanliga, men inte som rutin. Preop förberedelser är inarbetade på vårdavdelningarna och samarbetet med dom fungerar bra, det är också något som ofta är enklare på små enheter.

Dagkirurgiska patienter ringer vi alltid till dagen innan och frågar om patienten fått brev hem med kallelsen och information om förberedelser och påminner om dusch, fasta och eventuella mediciner och annat som kan vara aktuellt inför deras operation.

Hockeystad

Ortopedi utgör en stor del vår verksamhet och även om Örnsköldsvik är en stor hockeystad belastar de inte vår verksamhet i någon större grad. Däremot tar vi alla frakturer från Sollefteå. Vi har mycket dagkirurgi och försöker att hitta arbetssätt som gör att patienterna kan gå hem samma dag. Vi har inte kärllpatienter eller neuro, de patienterna får åka till Sundsvall eller Umeå. Under pandemin har vi fått ett ökat inflöde av patienter. Vi ligger mitt i Höga Kusten som har fått en ökad ström av turister som har genererat en del utomlänspatienter för vår del. Den storslagna naturen har dragit folk och Skuleskogen har nog aldrig haft sådan turistströmning tidigare.

”Tänk hur en pandemi kan påverka operationsstatistiken”.

Vi har klarat oss ganska bra under pandemin även om avdelningarna och IVA haft ett hårt tryck tidvis. Andra vägen var tuffast då stängde vi ner några salar ett tag när anestesisjuksköterskorna och undersköterskorna förstärkte IVA och vårdavdelningarna. Vi tappade ju vårdplatser i och med att de slog ihop vårdavdelningar med anledning av covid-vården, vilket gjorde att antalet planerade operationer minskade. Vi operationssjuksköterskor är inte så många så då försökte man att inte använda oss i Covid vård, utan några jobbade på vårdavdelningar. Nu har vi en våg där de som drabbats är positiva men ”friska” och hemma. Under pandemin har vi också samarbetat med Umeå sjukhus som ligger närmare



oss än Sundsvall men inte i samma region. Många pendlar mellan Umeå och Örnsköldsvik, det är 11 mil emellan städerna och lätt att åka tåg, det tar ca en timme. Ingen personal har hittills slutat jobba hos oss på grund av Covid.

Sterilcentralen är en egen enhet som vi har ett bra och nära samarbete med. Den ligger fyra våningar ner och är kopplad till oss med en hiss. De är sex som arbetar där de flesta utbildade till steriltekniker. De arbetar dagtid måndag – onsdag kl. 07.00 – 19.00, torsdag och fredag till kl. 16.00 och de är lediga alla helger och klämdagar. De tider då de inte är bemannade åker vi ner och sköter disk och autoklivering om det behövs. Nu diskar vi alla instrument på avdelningen innan de skickas ner men det momentet försvinner då det inte kommer att finnas diskmaskiner på nya avdelningen. När ändringar sker hastigt i operationsprogrammet ordnar de nya instrument/utrustning snabbt och effektivt. Dom har bra förståelse för vår verksamhet och hjälper oss gärna.

Nya operationssjuksköterskor

Ibland har vi många studenter. Just nu har vi ju inga för att vi har fem nya operationssjuksköterskor som alla är ganska nyutbildade. En har börjat nu





i januari, två började för ett halvt år sedan, en kom för ett år sen och två eller tre började för ett och ett halvt år sen. Så vi har ett skifte i kompetensnivå som har märkts ganska tydligt. Vi har tidigare under en längre tid haft ganska konstant personal. Man har trivts och arbetat sina 45 år på samma op avd. (Sic!) Kollegan som var sektionsledare innan mej hade jobbat 47 år till exempel. När vi har studenter har vi oftast 1–2 anestesist och 1–2 operationssjuksköterskestudenter. Vi har tyvärr inga från grundutbildningens T4 men vi försöker få dom också. Vi är ju en stängd verksamhet så det är ju ett sätt att rekrytera/intressera för framtiden när vi får visa vad vi gör och hur kul det är. Också visa de studenter som kommer att jobba på vårdavdelning eller IVA med opererade patienter vad patienter går igenom under en operationen. På operationssidan har vi tidigare inte haft några inhyrningskollegor men runt 2017/2018 då pensionsavgångarna började och vi inte hann rekrytera fanns behovet. Idag har vi en, ibland två,

inhyrda. När vi har nyanställda operationssjuksköterskor försöker vi ha en van operations ssk som pass på sal, vi tycker de får ett bättre stöd vid introduktionen på det viset. Men det beror ju också på hur bemanningen ser ut den dagen och vilka operationer som skall genomföras.

Vi har utbildningsdagar tre gånger per termin som en utbildningsgrupp som är drivande och planerar dagarna håller i. De försöker få till det så att det berör hela teamet. Förmiddagen är gemensam och eftermiddagen yrkesspecifikt. Vid ett tillfälle ordnade de så vi fick testa att göra kirurgisk luftväg på gris. Vi är en anopiva klinik och både vår enhetschef och verksamhetschef är utbildade arbetsterapeuter och det fungerar bra. Vår chef är mycket mån om personalen. Hon började när pandemin kom så det har inte varit de lättaste två åren som start på ett nytt jobb. Hon har också narkosläkarna i sin personalgrupp. Det är klart att hon saknar en del kunskap om vår

verksamhet för att hon inte jobbat i den här miljön tidigare. Men hon försöker verkligen lära sig och lyssna på alla och vill att det ska bli så bra som möjligt för alla. Hon är lyhörd, har strukturerat upp utbildningsdagar och APT, och är bra på att hålla mötestider. Klart att det varit lite funderingar och diskussioner ibland, men det är få chefer som blir tillsatt utan diskussioner! Vi har ett väldigt bra teamarbete och alla yrkesgrupper hjälper varandra över "gränserna". Vi försöker verkligen att inte ha "vi och dom".

Topplacering på SPOR

Vi är stolta över att vi 2021 fick en topplacering på SPOR's lista för akut omhändertagande inom 2 timmar, väntetid till operation inom 90 dagar och collumfrakturer inom 24 timmar. Det ska bli spännande med en ny avdelning med panoramafönster med utsikt över Örnsköldsviks hamn! ●

Instagram @operationornskoldsvik

MDR – hur har det gått?

Från och med i maj 2021 började den nya lagstiftningen MDR (Medical Device Regulation) att gälla för alla implantat. Vad säger då avdelningarna om MDR? Än så länge har inte den nya regleringen hunnit påverka operationsavdelningarna märkbart.

På vissa ställen håller den steriltekniska avdelningen fortfarande på med kontroll av flöden och artiklar och flera avdelningar inventerar fortfarande sina artiklar. MDR är en medicinteknisk förordning (gäller i alla länder oberoende av nationell lagstiftning) som började gälla den 26 maj 2021 enligt beslut i Europaparlamentet 2017. MDR ersatte de tidigare förordningarna MDD/AIMD. För att kunna registreras i EU-databasen EUDAMED kommer alla medicinskt tekniska produkter märkas med ett

UDI (Unique Device Identification) en streck- eller QR-kod. Att märka de produkterna med UDI är tillverkarnas ansvar. För nu är det klass III produkter, implantat, som påverkas. Resterande CE-märkta produkter kommer engageras i ett senare skede.

Vi på Uppdukat kommer att följa utvecklingen under året hur man upplever implementeringen av MDR på de olika operationsavdelningarna fortsätta att rapportera i våra olika kanaler. Hur upplever ni det på er avdelning? Har vissa produkter försvunnit och nya tillkommit? Hör av er till oss på uppdukat@rfop.se

Utbildning

Under hösten kommer RFop:s första utbildning på området MDR, tillsammans med Swedish Medtech kommer vi



att ta fram en endagarsutbildning, håll utkik på hemsidan och Uppdukat efter mer information. ●

Kunskap in, bakterier ut.

CRC
medical

Ren luft snabbt!

CRC Air1 minskar risken för virus och bakteriespridning.

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

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

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



Nyligen genomförd disputation

Maria Qvistgaard

Redaktionen vill uppmärksamma Maria Qvistgaard, operationssjuksköterska och doktorand vid institutionen för hälso- och vårdvetenskap på Linnéuniversitet som disputerat sin avhandling *“Safeguarding from Surgical Site Infections: A mutual responsibility between the patient, caregiver and perioperative healthcare leaders”*. Disputationen hölls den 10:e december 2021 i IKEA salen, Linnéuniversitetet Växjö.

Fakta**Svensk titel**

Att skydda mot postoperativa sårinfektioner; ett gemensamt ansvar mellan patient, vårdgivare och chefer på enheter som utför kirurgi.

Opponent:

Docent Pelle Gustafson,
Patientförsäkringen LÖF

Betygsnämnd:

Professor Gudrun Rudolfsson,
Högskolan Väst

Docent Jan Fohlman,
Region Kronoberg

Docent Lena Nordgren,
Uppsala universitet

Ordförande:

Professor Marie Oscarsson,
Institutionen för hälso- och vårdvetenskap, Linnéuniversitetet

Huvudhandledare:

Docent Sofia Almerud Österberg,
Institutionen för hälso- och vårdvetenskap, Linnéuniversitetet

Examinator:

Professor Marie Oscarsson,
Institutionen för hälso- och vårdvetenskap, Linnéuniversitetet

Sammanfattning

Att skydda mot postoperativa sårinfektioner; ett gemensamt ansvar mellan patient, vårdgivare och chefer på enheter som utför kirurgi.

Bakgrund

I Sverige genomfördes 2019 en och en halv miljon kirurgiska ingrepp på offentliga och privata vårdinrättningar (Socialstyrelsen, 2019). Ingreppen är till största delen framgångsrika och leder till ökad hälsa för individen men risken för en postoperativ infektion kvarstår. En amerikansk studie (Seidelman et al., 2020) med prospektiv insamlade data från 32 olika sjukhus visar ingen trend för reducerad förekomst av postoperativa sårinfektioner mellan 2013–2018. Inte heller statistik från svenska sjukhus visar på en positiv trend (Sveriges Kommuner och Regioner, 2019). En postoperativ sårinfektion leder till ett lidande för patienten och kan i vissa fall minska livskvalitén. Postoperativa sårinfektioner innebär också en hög kostnad för samhället med ökad vårdbelastning och ökade sjukskrivningar etc. (Andersson et al., 2010). Organisationen för ekonomiskt samarbete och utveckling (OECD) menar att 15% av vårdens budget går till att behandla misstag som skett. Detta resulterar i att kostnaden för att betala för de misstag som sker påverkar möjligheten att finansiera utökad prevention (Slawomirski et al., 2017). Postoperativa sårinfektioner är i hög grad möjliga att förebygga om följsamhet till vårdåtgärder efterlevs (Schreiber et al., 2018). Det krävs flera angreppssätt när postoperativa sårinfektioner ska bekämpas. Förebyggande arbete måste implementeras på alla nivåer och vara högsta prioritet för både vårdgivare och chefer (Berrios-Torres et al., 2017). Att utveckla evidensbaserade vårdåtgärder för att minska antalet postoperativa sårinfektioner är en viktig del i att skydda patienter som behöver genomgå kirurgi.



Maria Qvistgaard

Syfte

Det övergripande syftet med avhandlingen var att beskriva och utforska risker och förebyggande åtgärder för postoperativa sårinfektioner. Avhandlingen består av fyra delstudier där följande syften var:

- I Att utforska associationer mellan reoperation efter total höftartroplastik orsakad av ledprotesinfektion och potentiella riskfaktorer.
- II Att jämföra bakteriell kontamination på agar plattor efter 15 timmar på uppdukade instrumentbord täckta med enkel eller dubbel övertäckning.
- III Att undersöka hur operationssjuksköterskor erfar intraoperativ prevention av postoperativa sårinfektioner.
- IV Att beskriva patienters erfarenhet av preoperativ huddesinfektion i hemmet före en planerad höftartroplastik.

Metod

Den första och andra studien i denna avhandling använder sig av kvantitativa metoder. Kvantitativ forskning har sina rötter i positivismen dvs att observationer ska bedömas av deras logiska struktur och ska kunna upprepas. Verkligheten ska beskrivas utan subjektiv bedömning. Studie tre och fyra använder sig av kvalitativa metoder. Humanvetenskapen till motsats från positivism söker förståelse och innebörd av komplicerade forskningsfrågor (Creswell, 2018). Båda traditionerna har sin plats i vårdvetenskapen och det är forskningsfrågan som bör leda forskaren mot lämplig metod (Polit, 2017). Studie 1 är en beskrivande och explorativ observationsstudie. Data är baserad på prospektivt insamlade registerdata från två svenska kvalitetsregister (SHPR och SPOR). Svenskt höftprotesregister (SHPR) startade 1979 och är ett nationellt register för höftproteskirurgi. En sammanslagning av flera ortopediska register har under 2021 blivit Svenskt ledprotesregister men när studien genomfördes hade sammanslagningen ännu inte genomförts. Täckningsgraden för SHPR är 100%. Svenskt perioperativt register startade som ett projekt 2011 och har sedan dess samlat in data om kirurgiska ingrepp som genomförs i Sverige. Första årsrapporten genomfördes 2015 och täckningsgraden har ökat från 30% till 98% 2020. Fullständighet av data däremot varierar kraftigt. Vissa variabler är kompletta medan andra har låg ifyllnadsgrad och kan ännu inte användas i forsknings-sammanhang.

Inklusionskriterier som användes vid för datauttag var följande; patienter över 18 år som genomgått planerad total höftartroplastik mellan 1 jan 2015–31 dec 2019 i Sverige. Patienter vars operationer orsakats av fraktur, trauma eller tumör exkluderades. Slutlig populationen var 35 056 fall. Alla patienter följdes från primäroperation till reoperation, död eller slutet på uppföljningstiden som var ett år. Beskrivande statistik genomfördes och presenterades som medelvärde med standardavvikelse eller procent. Kaplan-Meier genomfördes för att se incidensen av reoperationer över tid. Association mellan potentiella riskfaktorer och reoperation orsakade av infektion genomfördes med Cox regression. Ur modellen beräknades riskkvot med 95% konfidensintervall och P värde

<0.05 ansågs som statistiskt signifikant. Studie II är en experimentell och hypotestestande studie. Studien genomfördes i en och samma operationssal på ett sjukhus i södra Sverige. Operationssalen används vanligtvis för dagkirurgi och har en omblandad ventilation vilket bygger på utspädningsprincipen. En operationssjuksköterska som vid tidpunkten arbetade på enheten där experimenten utfördes samt en assisterande operationssjuksköterska genomförde alla experiment enligt ett forskningsprotokoll (se appendix för forskningsprotokoll). Tillsammans genomförde de 76 uppduknningar av sterila instrument. Efter avslutad uppdukning täcktes 36 av dem med enkel övertäckning och 36 med dubbel övertäckning. Som en kontroll lämnades ett bord utan någon övertäckning alls. Experimentet utan övertäckning genomfördes vid fyra olika tillfällen. Direkt efter experimentet transporterades agar plattorna till Mikrobiologisk avdelning där CFU räknades och klassificerades enligt art. Beskrivande statistik genomfördes och medelvärde per agar platta samt per bord räknades ut. Jämförande statistik genomfördes för att kontrollera skillnaden i renhet mellan enkel och dubbel övertäckning. Icke parametriskt Wilcoxon signed rank test användes. Testet valdes för att data var skevt samt att den inte var normalfördelad. Testet förutsätter att variabeln är ordinal.

Studie III är en beskrivande och utforskande studie. Det är en intervjustudie med 15 operationssjuksköterskor om hur de erfär fenomenet intraoperativ prevention av postoperativa sårinfektioner. Det var en man och 14 kvinnor som deltog och det speglar professionens könsfördelning. Intervjuerna genomfördes på sju olika sjukhus i södra Sverige. Informanternas erfarenhet varierade mellan två och 34 år. Intervjuerna genomfördes till största delen på informanternas arbetsplats och på arbetstid. Operationssjuksköterskorna var tillfälligt frikopplade från sitt ansvar på avdelningen och kunde i lugn och ro genomföra intervjuerna utan störnings från telefoner, larm etc. Intervjuerna pågick mellan 38–75 min och var fenomenorienterade. Det betyder att informanten kunde fritt tala om fenomenet utan tydliga gränser. Intervjuerna transkriberades i närtid efter att de genomförts. Analysen av data genomfördes med reflekterande livsvärldsforskning, en

ansats som kräver reflektion kring forskarens roll i datainsamlingsprocessen. Forskaren behöver vara medveten om sin förståelse och arbeta aktivt med att tygla den samt vara öppen mot fenomenet (Dahlberg, 2008). Analysförfarandet påbörjades med noggrann genomläsning av alla transkriberade intervjuer. Text som kunde relateras till fenomenet markerades. Meningsenheter identifierades ur den större textmassan. Nästa fas var utmanande och tidskrävande. Meningsenheterna analyserades, likheter och skillnader utkristalliserades och kluster växte fram genom reflektion och stöd av handledargruppen. Essensen är analysens slutprodukt. En beskrivning av fenomenet som det erfars av operationssjuksköterskor.

Studie IV är en beskrivande studie. Det är en intervjustudie med 14 patienter som genomgått preoperativ hud-desinfektion i hemmet inför planerad höftartroplastik. Inklusionskriterier var således patienter som gjort sina hudförberedelser i hemmet men även att de talade svenska eller engelska. Patienter som genomgått sin operation mindre än två dagar sedan exkluderades. Även patienter med svår eller medelsvår smärta exkluderades. Patienter med demensdiagnos eller uppfattades förvirrade postoperativt tillfrågades inte heller. Detta urval gjordes av en erfaren sjuksköterska som arbetade på avdelningen. Patienternas ålder var mellan 57 och 84 år. Nio var kvinnor och fem var män. Intervjuerna genomfördes på en ortopedisk vårdavdelning vid ett sjukhus i södra Sverige. Informanterna hade alla fått preoperativ information (muntligt och skriftligt) enligt lokala rutiner. De ombads duscha två gånger med klorhexidinsvamp 4% kvällen före operationsdag samt samma procedur på operationsdagens morgon. De fick också information om att byta sängkläder inför sista natten hemma. Slutligen så fick de information om att klä på sig rentvättade kläder efter att de genomfört sista dubbelduschen på operationsdagens morgon. Intervjuerna genomfördes på vårdavdelning, vid patientens säng, i närbeläget ett behandlingsrum eller i patienternas gemensamma TV-rum. De flesta intervjuerna genomfördes vid sängkanten. Intervjuerna startade med lite "kallprat" innan samtalet övergick till intervju. Intervjuerna pågick mellan 15–30 minuter från att första frågan om



hudförberedelserna ställdes. Intervjuerna transkriberades direkt efter att de genomförts. Data analyserades med manifest innehållsanalys (Graneheim & Lundman, 2004). Manifest innehållsanalys innebär att data sorteras textnära och analyseras utan tolkning. Meningsenheter hämtades ur transkripten och de kondenserades vilket innebär att texten kortas ner utan att förlora sitt innehåll. Varje kondenserad enhet får en kod som symboliserar dess innehåll. Koder som hör ihop färgmarkerades och skapade grupper. Grupperna analyserades sedan noggrant och därefter framkom huvudkategorier och subkategorier.

Resultat

Studie I

Medelålder för total höftartroplastik är 69,5 år. Kvinnor opereras något oftare för planerad total höftplastik än män. Drygt 60% av dem som opereras är bedömda som ASA-klass II och 22 % har en större sjuklighet och klassificeras ASA-klass III eller IV. Drygt 30% av dem som opereras är normalviktiga eller underviktiga. 42% är överviktiga och 27,5% har fetma av graden 1–3. Större delen av alla operationer (87%) genomfördes i ryggbedövning och resterande i generell anestesi. 85% av alla operationer genomfördes i operationssalar med LAF-tak och resterande i omblandad ventilation. Ungefär hälften av operationerna genomfördes med främre respektive bakre snittförling. Vid 60% av operationerna fixerades båda komponenterna med bencement och 25% genomfördes fixation utan bencement. Operationstid 90 min (cementerade komponenter)

och 77 min (ocementerade komponenter). Kaplan-Meier kurva visar att flest infektioner visar sig inom 75 dagar från operationsdagen. Regressionsmodellen visar att män har en ökad risk att få en protesrelaterad infektion efter total höftartroplastik jämfört med kvinnor. Hög ASA-klass medför också som förväntat en ökad risk. Övervikt visar ingen risk men fetma klass 1–3 visar på signifikant risk att drabbas av reoperation orsakad av infektion. Förlängd operationstid ökar risken med 6% per 10 minuters intervall. Bakre snittförling är associerat med mindre infektioner än det främre snittet. Variablerna ventilation, bencement eller rökare kontra icke rökare visade inga signifikanta resultat.

Studie II

Studie II jämför kontamination (CFU) på agar plattor efter 15 timmar på uppdukade instrumentbord med enkel respektive dubbel övertäckning. Efter 15 timmar i miljö utan operationsventilation visade sig att instrumentbord med dubbel övertäckning hade signifikant ($P=0.03$) mindre CFU per agar platta än dem med enkel övertäckning. Av alla agar plattor som hade någon form av övertäckning (432) var 319 av dem utan någon växt alls.

Studie III

Studie III undersöker innebörden av fenomenet intraoperativ prevention av postoperativa sårinfektioner som det erfars av operationssjuksköterskor. Essensen av fenomenet är beskrivet som en kamp mot ett osynligt hot vilket utgörs av mikroorganismer i operations-

miljön. Hotet är direkt men konsekvenserna (infektioner) kommer långt senare. Just att hotet är osynligt gör det svårare att motverka. Många situationer inom på en operationssal anses mer akut och hygienperspektivet nedprioriteras. Vidare anses intraoperativ prevention av postoperativa sårinfektioner vara beroende av ett gott samarbete i operationsteamet. En ärlig och öppen atmosfär ger trygghet att våga säga till när något känns fel. Många arbetstimmar tillsammans på operationssalen ger vanligtvis ett välfungerande samarbete. Förtroenden inom operationslaget skall inte underskattas i syfte att skydda patienten. Den hierarkiska tradition som finns kan fungera som en trygghet av vetenskapen om vem som bestämmer men den kan också begränsa kommunikationen mellan operationsteamets medlemmar eftersom den antar att allas åsikt inte har samma värde. Förebygga infektioner kräver både praktisk och teoretisk kunskap. Tekniskt utförande är viktigt men även att förstå bakgrunden till varför åtgärder genomförs. Förebyggande arbete på en enhet kräver aktiva chefer som sanktionerar de åtgärder som medarbetarna föreslår. För att implementera vårdåtgärder krävs utrymme och plattformar där dialog mellan teamets medlemmar kan ske.

Studie IV

Studie IV undersöker patienters erfarenhet att preoperative hudinfektion i hemmet inför en planerad höftartroplastik. Resultatet är grupperat i tre huvudkategorier; hinder och begränsningar, stöd från omgivningen samt patientens

egen styrka som resurs. Patienternas vilja att göra sina förberedelser på ett korrekt sätt visade sig tydligt under intervjuerna. Uppfinningsrikedomen var målande i flera beskrivningar. En man sa; jag hittade en borste med långt skaft och så satte jag dit svampen med tejp. Med den uppfinningen tvättade jag ryggen. Fysisk begränsning orsakad av deras artros beskrevs från de allra flesta. Stelhet och smärta var vanligt förekommande och några beskrev begränsad förmåga att utföra sin preoperativa dusch. Patienter uttryckte olika behov av stöd. Praktiskt stöd handlade om att hjälpa till med byte av sängkläder eller exempelvis få hjälp med att tvätta sig på ryggen. Annan typ av stöd var att få uppmuntran och bekräftelse i de förberedelser som utfördes. Flera av patienterna uttryckte trygghet i att de hade en angiven vårdkontakt att kontakta om det behövdes.

Slutsats

Denna avhandling bidrar med perspektiv på hur patienter behöver skyddas under pre- och intraoperativ vård, av

sig själva, chefer på operation men främst av vårdpersonal. Patienter som genomgår kirurgi är utsatta och sårbara och behöver bli omhändertagna av vårdpersonal som bidrar med trygghet och stabilitet. Att skydda mot postoperativa sårinfektioner är ett gemensamt ansvar mellan patient, vårdpersonal och chefer på enheter som utför kirurgi. Det finns inga enkla och snabba svar på den komplexa frågan om vem som är ansvarig eller hur prevention av SSI bör genomföras. Förebyggande arbete behöver ske gemensamt och på alla nivåer. Patienter ska ges förutsättningar att ta aktiva beslut och bli delaktiga i sin egen vård. Identifiera individuella behov hos patienten är en viktig faktor för att kunna bli optimalt förberedd för kirurgi. Behoven av både vård och information skiljer sig mellan patienter och måste därför individanpassas. Utöver en förberedd patient krävs en god operationsmiljö. En ren operationsmiljö kan till viss del kompensera för en bruten hudbarriär vilket alltid är en risk i samband med kirurgi. Kontamination av operationssåret kan leda till en postoperativ sårinfek-

tion. Varje operation behöver säkras och skyddas av en operationssjuksköterska och professionens kompetens är nödvändig för att bedriva förebyggande arbete av postoperativa sårinfektioner. Samarbetet i operationsteamet är en nyckelfaktor för att erbjuda trygghet och säker vård. Förtroendet mellan teamets medlemmar utvecklas genom respekt för varandras kunskaper och kompetens men även att arbeta sida vid sida under många operationer. Stabila operationsteam kan genomföra effektiva operationer utan att kompromissa med vårdkvalité. Chefer inom enheter för kirurgi har den utmanande uppgiften och ansvaret att skapa goda förutsättningar för att bedriva säker vård. Det innebär bland annat att skapa god arbetsmiljö och ge stöd åt medarbetarna att uppnå sin fulla potential.

Vi gratulerar Maria Qvistgaard till ett väl genomfört och viktigt arbete!

För mer information kontakta Maria Qvistgaard via epost:
maria.qvistgaard@lnu.se ●



Post Graduate-kurs för Specialistsjuksköterskor inom Operationssjukvård



Kursen bygger på operationssjuksköterskans profession och syftar till ökad kunskap och fördjupning inom generella, men även specifika temaområden. Föreläsare är disputerade och/eller specialister med kompetens inom det aktuella området. Krav innan kurstillfällena är förstudier inom aktuellt ämne. Instruktioner distribueras i god tid före utbildningstillfället.

Kursen hålls i Linköping (enstaka kurstillfällen sker på annan ort). Kurstillfällena förläggs som heldagar på fredagar (fyra under höstterminen och fyra under vårterminen).

Preliminär kursstart är i september 2022. Detaljerat program och information skickas innan kursstart.

Kursavgiften är 15 000 kr per deltagare (kaffe och lunch ingår). Resor och ev. litteratur ingår ej.

Välkommen med din anmälan via e-post till: postgraduateop@regionostergotland.se

Anmälan är öppen!

Sista anmälningssdag: 31 maj 2022

Kursansvariga:

Ida Markström ida.markstrom@regionostergotland.se

Tove Nyqvist tove.nyqvist@regionostergotland.se

Specialistsjuksköterskor inom operationssjukvård

HYGIENFORUM

Riksföreningen för operationssjukvård inbjuder till det 13:e Hygienforumet i Stockholm 21 – 22 april, 2022.

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

Hygienforum är ett tillfälle för reflektion, lärande och nätverkande i teamarbetet som behövs för att minska risken för vårdrelaterade infektioner inom operationssjukvården. Forumet är öppet för alla med intresse för vårdrelaterade hygienfrågor fast vänder sig främst till Dig som arbetar inom operationssjukvård och vårdhygien. Även i år kommer paneldebatten där Era specifika frågor tas upp och diskuteras.

Tid och Plats

Torsdag och fredag den 21 - 22 april, 2022 på Stockholm Waterfront Congress Centre.
Observera att det är nya lokaler i år!

Registrering

Torsdag den 21 april kl. 08.30 – 09.30.

Anmälan

Anmälan görs på Riksföreningen för operationssjukvårds www.rfop.se/utbildning-och-evenemang/hygienforum/. Sista anmälningsdag är den 18 mars 2022, därefter i mån av plats. Bekräftelse om deltagande skickas direkt till den e-postadress som anges i anmälan. Viktigt att korrekt e-postadress anges.

Anmälan är bindande. Platsen kan vid behov, efter överenskommelse, överlåtas åt annan person.

Deltagaravgift

Två dagar	4 850 kr.
En dag	2 950 kr.
Pensionär	1 500 kr, inkl moms.
Studerande	1 700 kr, inkl moms.

Avgiften inkluderar lunch, kaffe och mingel. Alla priser är exklusive moms. Deltagaravgiften faktureras i direkt anslutning till Din anmälan.

Boende

Deltagare bokar själv sitt boende.

Frågor

Angående anmälan och betalning kontakta:
rfkongress@mittkompetens.se



BESTÄLL NY RÖKUTSUG!



- Uppstart omedelbart
- Startar med högsta sugeffekt
- Låg ljudnivå



Testa miljövänliga rökutsugspennan, C-VAC Tornado



Beställ filter SmokeTrap 100 hos Instrumenta



Er befintliga rökutsug kan enkelt bytas ut mot den nya.



Informationsfilm

Välkomna att boka en kostnadsfri utprovning!

Operationssjuksköterskor mot trycksår och nervskador

I Sverige rapporteras det årligen om patienter som drabbats av postoperativa trycksår och nervskador, till följd av felaktig positionering och/eller utesluten repositionering. Dessa komplikationer orsakar patienten onödigt lidande och förlängda vårdtider samt orsakar väldigt höga kostnader för sjukvården. Trots tidigare forskning som redogör för hur dessa komplikationer kan förebyggas saknas det ännu forskning om hur operationssjuksköterskans kunskaper är inom ämnet. Syftet med denna studie var därmed att belysa operationssjuksköterskans kunskaper om positionering och repositionering för att förebygga postoperativa komplikationer, specifikt trycksår och nervskador.

Alla operationspositioneringar har risk att orsaka patienten komplikationer i form av exempelvis muskuloskeletal smärta, hudskador, smärta i leder samt trycksår, perifer nervskada med mera. Speciellt i kombination med långa operationer, riskfaktorer kopplade till patienten (t.ex. vikt, ålder, svaghet) och att patienten dessutom är satt i ett tillstånd där kroppens reflexer är helt eller delvis ur funktion. Vilket gör patienten oförmögen att repositionera sig själv eller känna obekväma tryck, smärta eller obehag. Om en operation pågår mer än fyra timmar ökar risken för trycksår med 33% för varje halvtimme som går. Med detta i åtanke och att ett flertal studier förespråkar att positionering av patienten bör ske om möjlighet finns innan anestesi startar.

Nervskador och Trycksår

Postoperativ nervskada är en skada som oftast drabbar de nedre och övre extremiteterna och orsakas av felpositionering på operationsbädden. Skadan vållas av vridning, klämning, sträckning



Amanda Mattisson

eller tryck och är vanligt förekommande på de långa och ytliga nerverna. Då nervskador kan vara varierande är också återhämtningen det. Allt från att nerven kommer i kläm och att nerven i princip är oskadad (neurapraxi) till att axonerna och stödjevävnaden har slitits isär och spontanläkningen är ogenomförbar (neurotmesis) det vill säga, en bestående nervskada och förlorad funktion av nerven. Oavsett hur stor skadan faktiskt konstateras vara, är det ett onödigt lidande för patienten. Smärtan kan vara brännande, strålade eller otydligt obehaglig smärta. Det är en fysisk och psykisk smärta som påverkar patientens livskvalité negativt genom att medföra begränsningar i vardagen.

Ett trycksår är en lokal skada i huden som orsakats av att cirkulationen i ett område av huden har förhindrats på grund av tryck. Det finns både inre och yttre faktorer som ökar risken att utveckla trycksår, inre såsom ålder och vikt, yttre så som ofördelaktig positionering och immobilitet, vilket bland annat

är aktuellt då patienten är under kirurgi. Studier har genomförts med fokus på trycksår i samband med operation som påvisar att trycksår kan framträda inom 72 timmar efter avslutad operation. En enkel förebyggande åtgärd gentemot trycksår är repositionering och att identifiera patienter i riskzon tidigt. Detta gör att patienterna kan slippa behöva känna ångest, smärta (inflammatorisk och neuropatisk) och fysisk begränsning.

Operationssjuksköterskans kunskapsområden idag

I operationssjuksköterskans kompetensbeskrivning står det att professionen tillsammans med övriga medarbetare ska arbeta för att positionera patienten på ett säkert sätt. Men eftersom patienten befinner sig i en utsatt situation är det viktigt att skydda dennes integritet. Även står det att operationssjuksköterskor skall skydda patientens kropp från infektioner och skador. Detta bland annat genom att regelbundet kontrollera patientens kropp med avsikt att förebygga exempelvis tryck- och nervskador. Det vill säga, tänka på hela människan och beakta riskerna förknippade med alla operationspositioneringar. Massera patienter som opereras under lång tid och ta initiativ till att repositionera patienten under operationens gång, att ändra patientens läge och då omfördela trycket från de utsatta områdena som just den positioneringen medför. Att vaddera utsatta områden är ett ofrånkomligt krav.

Metod

Studien genomfördes utifrån en egenutformad webbenkät som skickades ut till sju sjukhus i Sverige. En empirisk tvärsnittsstudie med kvantitativ ansats och deskriptiv design med analytiska inslag. Inklusionskriterierna var att deltagarna

skulle vara verksamma och operations-sjuksköterskor till yrket. Önskan var att få en så bred representation av Sveriges operationssjuksköterskor som möjligt, därför valdes tio sjukhus i Sverige slumpmässigt ut oberoende av storlek eller lokalisering. Sju av dessa valde att delta. Svaren analyserades senare med hjälp av analysprogrammet SPSS, ett program som redovisar resultaten både i text, tabeller och diagram.

Resultat och diskussion

Det huvudsakliga fyndet i studien anses vara en önskan hos operations-sjuksköterskorna, att få mer kunskaper inom repositionering och positionering för att kunna förebygga trycksår och nervskador. Detta då knappt hälften av deltagarna ansåg sig ha tillräckligt med kunskaper inom ämnet. Vidare redovisas resultatet under fem rubriker som framför operationssjuksköterskornas uppfattningar.

Kunskap och information

Resultatet i studien visade att 51,1% av deltagarna säger att de skulle önska sig mer kunskaper om postoperativa komplikationer orsakade av positionering och repositionering och hur dessa förebyggs. Vidare vid frågan om deltagarna får regelbunden information inom ämnet svarade 54% att det förekommer, men sällan. Andra studier visar att sjukvårdspersonal som får utbildning inom preventivt arbete är mer positivt inställda till att utföra dessa åtgärder samt att repositionering och korrekt positionering är av största vikt i det preventiva arbetet.

Repositionering

När det gäller själva utförandet av repositionering på patienter som opereras tre timmar eller mer, framkom det i studien att sammanlagt 84,6% av deltagarna genomför detta i varierande utsträckning. De vanligast förekommande repositioneringarna var benrörelse (46,7%) och massage (36,5%). Resterande 15,4% som inte utför detta riskerar enligt andra artiklar att utsätta patienten för onödiga framtida operationer och lidande. Exempelvis trycksår som blir svårsläkt och senare infektioner, undvikbar antibiotikabehandling, förlängd vårdtid. Flera studier styrker informationen om repositionering som en effektiv och viktig åtgärd när det gäller att förebygga både trycksår och

nervskador. Vilket förtydligar hur viktigt det är med ökade kunskaper hos operationssjuksköterskor inom ämnet för att minska negativa följder.

Undersökning inför och efter operation

Resultatet i studien visar att inför en operation som beräknas pågå mer än tre timmar kontrollerade inte operationssjuksköterskorna hudstatusen lika frekvent som efter operationen. Inför operationen kontrollerades alltid huden av 35,8% medan motsvarande siffra efteråt var 73,7%. Även besvarade 67,6% av deltagarna att det antingen inte fanns någon tid alls, eller att tiden var begränsad för kontroll av patientens hudstatus inför en operation. Andra artiklar informerar om att undersöka patientens hudstatus inför operationer bidrar till att trycksår tidigt upptäckas och kan förebyggas.

Med detta i åtanke visar resultatet i denna studie ändå att det var endast 27% som alltid undersökte patientens rörelsestatus inför operation, medan 14,6% aldrig genomför det.

Enligt tidigare forskning är nervskador är en direkt följd av felpositionering på operationsbordet bör operations-sjuksköterskan ha uppdaterad kunskap och kännedom inom ämnet och därmed kunna genomföra en korrekt positionering och minska postoperativa nervskador.

Samarbete och ansvar

Majoriteten i studiens resultat (52,6%) ansåg att samarbetet i operationsteamet fungerar bra i samband med perioperativ positionering. Däremot var det olika uppfattningar om vem som bär ansvaret för repositioneringen under operation. Övervägande antalet uppfattade att detta var operationssjuksköterskans (48,2%) eller anestesijunksköterskans (45,3%) uppgift. Resultatet visar att 46% av deltagarna ansåg inte att det inträffar missförstånd i teamet angående vem som ska genomföra repositioneringen under operationen. Däremot svarade mer än hälften av deltagarna det motsatta.

Kännetecknen i ett välfungerande teamarbete är bland annat förberedelser, struktur och att det finns en tydligt uttalad ledarroll och övriga roller i arbets-

laget. Ett arbetslag som inte fungerar utmärks istället av dålig kommunikation och undvikande av ansvarsskyldighet. Något som kan ses som ett samband mellan de delade uppfattningarna om vem som bär ansvar för att utföra repositionering under operation och den höga andel deltagare som upplevde att det inträffar missförstånd inom ämnet. Är arbetsuppgifterna inom teamet ottydliga finns det risk att ingen tar på sig ansvaret och åtgärden uteblir.

Rutiner och riktlinjer

Resultatet i studien visar att 45,3% av deltagarna ansåg att enhetens rutiner var uppdaterade, relevanta och aktuella. Däremot höll 21,2% inte med det påståendet. Detta trots att professionens kompetensbeskrivning tydligt informerar om den skyldighet man har att hålla sig uppdaterad. Operations-sjuksköterskan bör ha bildat en uppfattning om enhetens rutiner och följa dem, så att arbetsuppgifter inte missas att utföras. En checklista hade kunnat vara ett hjälpmedel för enheten, eller att det förtydligas i checklistan 2,0.

Slutsats

Sammanfattningsvis kan resultatet tolkas som att dagens operationssjuksköterskor är intresserade av och önskar att få mer kunskap om preventivt arbete mot postoperativa komplikationer, specifikt trycksår och nervskador. De upplever att de har vissa kunskaper inom ämnet men informerar även om att de inte får regelbunden information från sin arbetsplats. Detta kan vara en av anledningarna till att repositionering inte utförs i samma utsträckning som rekommenderats enligt tidigare forskning. Avdelningarna bör erbjuda mer information för att öka operationssjuksköterskans kompetens, då patienten är den som påverkas av operationssjuksköterskans befintliga kunskaper, både positivt och negativt. ●

Fakta: Amanda Mattisson, Leg. Operationssjuksköterska, Region Blekinge, Karlskrona.

Karriär för en operationssjuksköterska

Hur blir man forskare? I en serie på tre delar kommer Uppdukat att presentera möjligheterna till att göra karriär för en operationssjuksköterska. Vägarna är många men i den här serien kommer vi att fokusera på en väg med akademiska inslag.

Om vi ska utgå från att vi menar en forskare med akademisk bakgrund, det är nämligen ingen skyddad titel, så börjar det med att man söker en forskarutbildningsplats och en doktorandtjänst, oftast i ett svep. Att vara doktorand innebär nämligen att vara forskarstuderande. Att vara doktorand kan vara en något kluren position där man både är student och anställd, ibland utan att veta riktigt säkert vilket ben man ska stå på.

Del 1 Karriär: Att bli doktorand

I Sverige har vi tre universitetsnivåer vi kan studera på: grundläggande, avancerad och forskarnivå. För att kunna gå vidare till nästa nivå måste man ha plockat ut en examen på den tidigare nivån. På grundnivå har vi möjlighet att ta kandidatexamen (180 hp), på avancerad nivå kan vi ta magister- (60 hp) eller masterexamen (120 hp) och på forskarnivå kan vi antingen ta en licentiatexamen (120 hp) eller en doktorsexamen (240 hp). Att vara specialistsjuksköterska innebär att man har tagit en magisterexamen.

Nu börjar den flerdimensionella världen. På forskarnivå kallas studenterna för doktorander. Det som är annorlunda

med att vara doktorand än student på grund- eller avancerad nivå är att vi interagerat med forskarutbildningen genomför och är anställda i ett forskningsprojekt, beroende på uppdragsgivare kan anställningen ligga hos lärosätet eller en extern arbetsgivare. Man är alltså både student och anställd. Antingen söker vi med en egen projektplan på ett projekt som vi själva eller en uppdragsgivare efterfrågar eller så söker ett lärosäte en doktorand till ett specifikt projekt som forskare på skolan vill genomföra. I det första fallet letar man upp lämpliga handledare till doktoranden baserat på forskningsområde. I det andra fallet letar handledare efter en lämplig doktorand till befintligt projekt. Det är olika för olika skolor och forskningstraditioner.

Forskarutbildning för en doktorsexamen sträcker sig sedan i regel över fyra år på heltid (licentiat halva tiden). Om den läses på deltid får den max sträckas över åtta år. Examen fås efter att en avhandling har försvarats inför en betygsnämnd, disputation. Hur avhandlingen är uppbyggd skiljer sig mellan de olika forskningstraditionerna, de två vanligaste varianterna är antingen en sammanläggningsavhandling på ett av universitetet eller högskolan bestämt antal vetenskapliga studier eller en monografi. Efter att rätt antal poäng har tagits via kurser, seminarier, konferenser och presentationer samt att avhandlingen har blivit disputerad med betyget godkänt av en betygsnämnd så får doktoranden sin examen, doktorsti-



Jennifer Båskman, redaktionen

tel och doktorshatt eller krans beroende på lärosäte och tradition. Doktoranden har nu doktorerat. Här värt att nämna att vara läkare innebär inte att man per automatik har disputerat och doktorerat. Det är därför förlegat att benämna läkare för doktorer och det kan i vissa sammanhang vara rent missvisande.

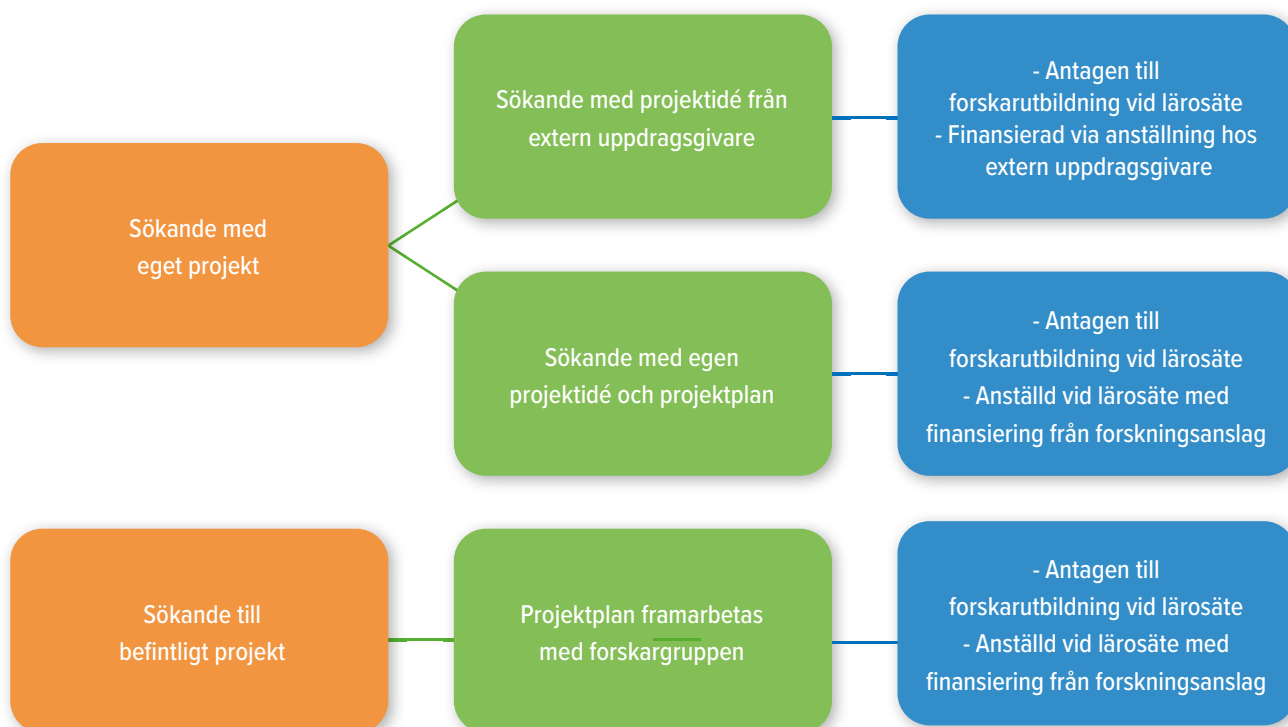
Om man vill veta mer om att bli doktorand och till exempel arbetsvillkor kan man gå in på www.sulf.se, det är den fackliga organisationen för universitetslärare, forskare och doktorander i Sverige. ●

Kandidat
Grundnivå

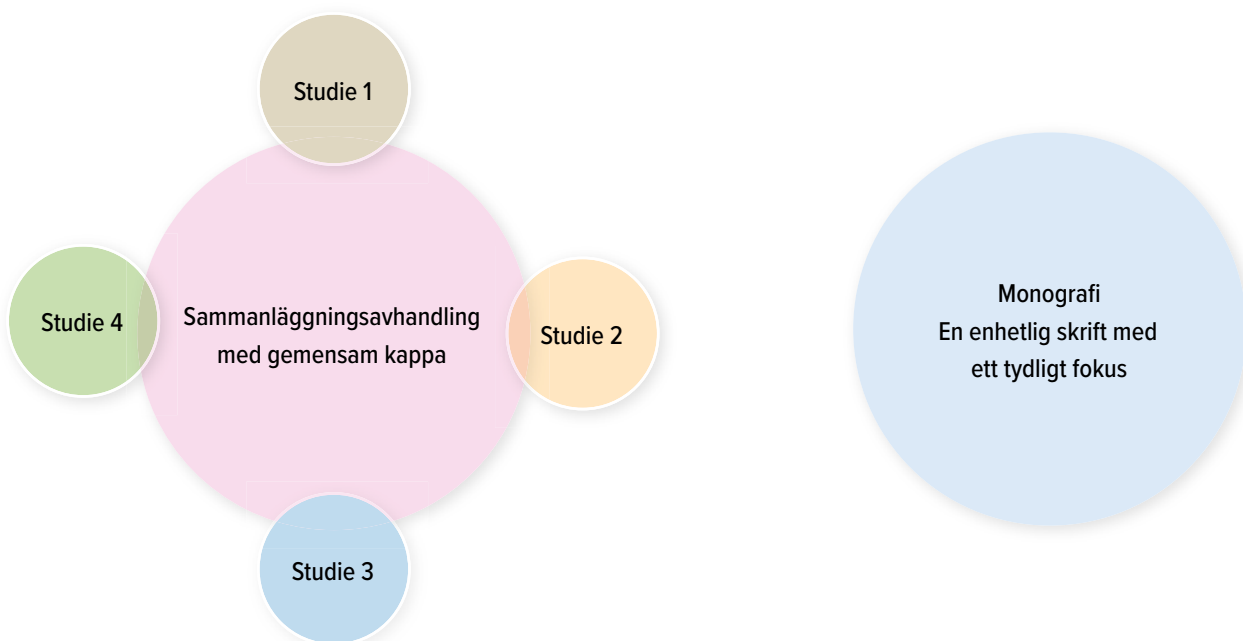
Magister/Master
Avancerad nivå

Licentiat/Doktor
Forskarnivå

Kronologisk ordning för de nationella utbildningsnivåerna. Där det lägsta antalet högskolepoäng man kan ha läst för att ta en doktorsexamen är 480 hp.



Schematisk bild över antagningsordningen för en blivande doktorand.



Avhandling som bygger på ett antal publicerade vetenskapliga studier som binds samman av en gemensam inledning – kapp.

En homogen text i löpande format som lämpar sig för tex historiska framställningar.

Traumautbildning

RFop:s engagemang och operationssjuksköterskans roll på akutrummet

Traumalarmet ljuder, snabba fotsteg hörs i korridorerna. Är alla här? Traumatemanet i akutrummet stäms av: anestesilog, anestesisjuksköterska, akutsjuksköterska, akutundersköterska, undersökande läkare och... vem är du? - Jaha, operationssjuksköterskan!

Den 29 oktober 2021 har 30 deltagare hittat till Stockholm Waterfront kongress för att gå Nivå 1 eller Basicutbildningen inom Trauma. Lokal och covid-19 restriktioner har gjort att det har varit först till kvarn som gäller och kursen blev snabbt fullbokad. Representeranter från hela landets tycks dock ha lyckats samlas på dessa 30 platser och vi träffar Bertil från Malmö i söder till Olga och Lasse i Östersund i norr. Det är blandat stora och små sjukhus och slående få som har ett utarbetat traumateam där en operationssjuksköterska ingår men desto fler som börjat arbeta med konceptet och titta på lösningar för framtiden.

Syftet med utbildningen är att ge en orienterande kunskapsbild kring trauma och traumaomhändertagandet. Föreläsare under dagen är operationssjuksköterskor från olika delar av landet med erfarenhet från trauma verksamhet. Dagen består teoretiska föredrag som berör grunderna i ett trauma omhändertagande från skadeplats till akutrum och operation. Föredragen varvas med gruppdiskussioner där deltagarna får möjlighet att ta del av varandras kunskaper, erfarenheter och där man får möjlighet att diskutera hur det ser ut på de olika sjukhusen. Deltagarna kan då sprida goda exempel på arbetssätt och lärdomar i syfte att stärka varandra i utveckling av traumavården i den egna professionen på sitt sjukhus. Ökade kunskaper och förståelse för hela trau-

makedjan ger bättre förutsättningar för tvärprofessionellt samarbete och ett optimalt omhändertagande av patienten.

Vanligaste dödsorsaken under 45 år

Trauma är den absolut vanligaste dödsorsaken hos personer under 45 år i Sverige. Under åren 2014–2019 deltog riksföreningen tillsammans med övriga professionsföreningar med koppling till traumavården i förbättringsprojektet Säker trauma. Yrkesorganisationerna ansvarade för det medicinska innehållet, bidrag med granskare, expertgrupper samt främjat och drivit projektet inom sina organisationer. Landstingens ömsesidiga försäkringsbolag LÖF, har stöttat arbetet administrativt och ekonomiskt. Under tiden projektet pågick granskades samtliga Sveriges traumamottagande sjukhus, sammanlagt 55 stycken. Ett stort antal operationssjuksköterskor runt om i Sverige har på olika sätt varit engagerade i projektet, några som

granskare och andra i sin roll som operationssjuksköterska och då varit med i arbetet kring projektet på det lokala granskande sjukhuset.

Det övergripande syftet och målet med projektet har varit att genom självvärdering, extern granskning, förbättringsarbete och uppföljning bidra till ökad kvalitet och säkerhet i svensk traumasjukvård. Projektet har resulterat i hundratals förbättringsåtgärder på de lokala sjukhusen, men även ett stort antal åtgärder på regional och nationell nivå. Under projektets gång och vid besök på de olika sjukhusen började bilden bli tydlig på de stora skillnaderna kring operationssjuksköterskors roll och deltagande vid vården av traumapatienter mellan olika sjukhus. Från att vara med som en fullvärdig medlem i det mottagande traumateamet på akutrummet, till att inte ens veta vart sjukhusets traumakommission på akutmottagningen är placerat. Bland operationssjuksköterskorna själva

Deltagare



lyftes också bristen på specifik kunskap kring trauma och behov av utbildning inom området.

Den svårt skadade patienten kräver ett omhändertagande av tvärprofessionellt traumateam. Där alla bidrar med sina specifika och kompletterande kompetenser. Akut omhändertagande av dessa patienter måste ske snabbt och strukturerat efter i förväg utarbetade koncept. På en del sjukhus ingår operationssjuksköterskan som en medlem i det mottagande traumateamet på akutmottagningens akutrum, vid andra sjukhus möter hen patienten först på operationsavdelningen. I en intervjustudie om operationssjuksköterskors professionella traumaroll uppgav operationssjuksköterskorna saknad av tillräcklig utbildning inom trauma och uttryckte en önskan om mer traumautbildning och menade *”att det skulle ge en positiv inverkan för hela traumateamet och patienterna om operationssjuksköterskors kompetensutvecklas inom traumakirurgi”* (Operationssjuksköterskors uppfattningar, erfarenheter och behov rörande sin professionella roll i traumasituationen. Lycken, S. Nyström N., Göteborgs universitet 2020).

För att möta professionens och medlemmarnas behov av utbildning väcktes inom föreningen tankar och idéer att starta upp en traumautbildning med RFop som arrangör. Ökad kunskap och kompetens gör att man som operationssjuksköterska kan känna sig tryggare i sin roll och de uppgifter man ska utföra. Detta bidrar till en säkrare och tryggare vård av patienten men operationssjuksköterskan kan med sin unika kompetens vara ett stöd till övriga i teamet. individuell träning och kompetens är en nödvändig bas för ett fungerande team vilket bidrar till minskning/reducering av stress i samband med trauma omhändertagande.

Susanna Eriksson

Kontakt knöts med Susanna Eriksson, Traumakoordinator och operationssjuksköterska vid NKS Solna. Susanna som har ett stort engagemang, kunskap och praktisk erfarenhet av traumavård hade redan byggt upp och startat ett utbildningskoncept i trauma för operationssjuksköterskor kopplat till kirurgernas DSTC utbildning (Definitiv Surgical Trauma Care). Den utbildningen består



av teoretiska föredrag varvat med praktiska metodövningar i klinisk praktik tillsammans med kirurger. Riksföreningen tillsammans med Susanna spånade på ett utbildningskoncept i tre nivåer där den första utbildningen fick namnet *Trauma 1-Basic Trauma*. *Trauma 2* är den utbildning som Susanna genomför på NKS. Tanken med nivå 3 är en mer fördjupad utbildning inom vissa specifika delar med koppling mot trauma, det kan handla om barn, forensisk omvårdnad och så vidare. Som så mycket annat de senaste åren har även uppstarten *Trauma Nivå 3* stoppats upp på grund av pandemin.

Idag föreläser Susanna kort om vad som händer på akutrummet och ger förslag på direkt kirurgi. Men dessförinnan tar Olga Carlquist plats i föreläsarpodiet och berättar för oss om det prehospitala omhändertagandet och vikten av förståelsen för skadeplatsen och skadetillfället. Att förstå hur ett trauma har uppstått och vilka krafter som kan ha påverkat personen underlättar förberedelser och kirurgisk planering. Olga berättar om bland annat trubbigt och penetrerande våld som till exempel bilkollision eller skott- och knivskador. En bilrock innebär till exempel tre kollisioner i en, dels den första kollisionen där bilen stannas upp, sedan den andra där personernas kroppar i bilen kolliderar med ratt/bälte, airbag, vindruta, passagerarsäte osv och den sista kontakten där organen tar stopp i kroppen.

När patienten sedan kommer in till akuten och akutrummet tar sjukvårds-

personalen vid ambulanspersonalens akronymer och fortsätter sina bokstavs-genomgångar ABCDE är förmodligen den mest vedertagna och sedan följer sekundärbedömningar som MIST och SAMPLE. Under ABCDE fyller man dessutom på med GCS alternativt den försvenskade varianten RLS 85, det finns också ett tillägg för att bedöma pupiller som PEARL. Det kan tyckas som onödigt många förkortningar men det intressantaste blir kanske om vi går tillbaka och tittar på ABCDE och tittar på den direkta kirurgi som kan göras under dessa statusar som Susanna berättar mer om. Under A gör vi tex Tracheotomie, under B thoraxdränage, under C thoracotomi, femoralis access, brännskador, under D handlar det kanske framför allt om att stabilisera hals/rygg samt att kunna vara behjälplig under blockvändningar och under E oavsett ursprunglig specialitet kan vi bistå med att klä av, inspektera samt motverka hypotermi med hjälp av att värma personen.

Under dagen samlas deltagarna i bikupor och diskuterar vad en operationssjuksköterska kan bidra med i traumateamet, vilka för och nackdelar som finns, vilka hinder som finns, hur det ser ut på deltagarnas sjukhus samt hur de skulle vilja att det såg ut. Basic Trauma har sen första utbildningen 2019 genomförts vid 4 tillfällen med totalt 73 deltagare. Riksföreningen tar genom traumautbildningarna ansvar att påverka, stöttar och stärker utveckling av traumavården inom den egna professionen. Riksföreningens vision är att kunna utveckla utbildningsverksamheten och vara en självklar samarbetspartner vid utbildningar kring trauma runt om i landet. ●

Referenser

Slutrapport Säker Traumavård. Säker Traumavård 2014–2020
<https://lof.se/filer/Slutrapport-saker-trauma.pdf>

Lycken S Nyström N, *Operationssjuksköterskors uppfattningar, erfarenheter och behov rörande sin professionella roll i traumasituationen*. Göteborgs universitet 2020

Vägen tillbaka

Jag är Maria Björk Svensson, 53 år, bor med min man i Grangärde i Dalarna och på fritiden ägnar jag min tid till hus, hem och förtroendearbete som vice ordförande i förbundsstyrelsen för Svenska Bilsportförbundet. Flera av er har säkert träffat mig i samband med RFop:s kongresser där jag arbetat som koordinator senaste åren och innan dess har jag haft styrelseuppdrag och andra förtroendeuppdrag i föreningen.

För 17 år sedan, efter tre år som sjuksköterska valde jag att utbilda mig till operationssjuksköterska. Det var ett av de definitivt bästa besluten i mitt liv. Det var både prövningar och utmaningar men framför allt så roligt och ett otroligt spännande yrkesval.

Jag bodde många mil från ett sjukhus med en operationsavdelning, och jag gjorde valet att pendla till närmaste sjukhus även om det innebar långa dagar med resande. Det var verkligen det roligaste jobbet som fanns på denna jord! Jag arbetade dedikerat och älskade mitt jobb från första stund. Det blev cirka sex år i patientarbete på sal tillsammans med helt underbara kollegor och bra chefer. Sedan hände det som fullständigt fick marken att rämna under mina fötter och fick tillvaron att förvandlas till det hittills svåraste i mitt liv. Flera händelser drabbade mig och min familj på nästan samma gång. Min älskade lillasyster drabbades av en mycket aggressiv form av sarkom. För att kunna finnas nära henne under hennes sjukdomstid behövde jag hitta en arbetsplats närmare mitt hem. Jag fattade ett hastigt beslut, sa upp mig från mitt jobb och tog en tjänst som sjuksköterska inom kommunen på hemmaplan. Det var rätt val för mig och min systers skull. Trots kampen mot sjukdomen dog min syster efter några månader. Mitt i allt med sjukdom och sorg fick min make en stroke. Jag brast totalt.



Maria Björk Svensson

En svår tid

Framför mig hade jag en tid som jag aldrig kunnat föreställa mig, innan jag själv drabbades. Allt sammantaget gjorde att jag blev skräckslagen över att förlora de som stod mig nära, inklusive att jag själv skulle bli sjuk och dö. Jag hade dagligen jobbat med sjukdom och död, men varit förskonad i min närmaste familj. Nu var det ett faktum. Jag insåg att det kan slå till när som helst och drabba vem som helst. Urskillningslöst. När drabbar det nästa familjemedlem? Mig?

När jag sedan kom på fötter igen, jobbade jag som avdelningschef för en operationsavdelning över ett förordnande på

tre år. Gick sedan vidare och trivdes jättemycket på Akademiska sjukhuset i Uppsala. Jag veckopendlade och arbetade som objektspecialist vid EPJ, i ett pilotprojekt för att införa Orbit på Barnsjukhuset och Enköpings lasarett. Fick nästan samtidigt ett uppdrag som projektkoordinator för SPOR, ett uppdrag som gav mig så otroligt mycket glädje och energi. Men helt oväntat drabbades familjen hårt igen. Min pappa berättade att hans läkare gett honom beskedet att han hade en åtta centimeter stor tumör i ena lungan och prognosen inte var god. Det var som att öppna en lucka, jag föll. Jag lämnade Uppsala för att kunna vara nära min far och mor och i stället gav jag yrkesår som

chef i kommunen, provade undervisa på undersköterskeutbildning vilket var ett jobb långt ifrån vad jag trodde att det innebar. Och har nu sista tiden arbetat inom specialistpsykiatri för vuxna.

Som sagt har år har passerat, min syster finns med mig varenda dag i mitt hjärta och i mina tankar, min man är helt återställd och min pappa mirakulöst friskförklarad efter 21 (!) cellgiftbehandlingar. Livet har gett mig så många perspektiv, inte bara existentiellt, utan även tack vare förmånerna jag haft att få prova andra yrken, de yrkeserfarenheter jag fått, kompetenser jag byggt på och framförallt alla människor jag mött på min livsresa fram till där jag står idag. På väg tillbaka dit där allt började.

På väg tillbaka

Ären borta från operationssjukvården har självklart satt spår i självförtroende och mina farhågor är många inför steget. För mig har det svåraste momentet egentligen varit att söka mig tillbaka. Söka mig tillbaka till mitt yrke, till min profession som jag saknat så mycket och är så oerhört stolt över. Det finns en

rädsla över att lämna mitt hem igen, för vi bor fortfarande långt från opererande sjukhus. Mina vägar har varit krokiga och gått åt olika håll och min lärdom är att livet blir inte alltid som man tänkt sig. En ytterligare rädsla som hindrat mig har varit att inte hitta någon som tror på mig som operationssjuksköterska igen. Fast med mentorskap och vänskap kan gränser sprängas, det är något som jag upplevt vara både värdefullt och viktigt inför den resa som väntar mig under 2022. Efter tio års uppehåll har jag nu tagit fram operationshjälmerna igen och står på startlinjen för att åter börja jobba som operationssjuksköterska.

Så nu kära kollegor, ska ni få följa med mig på min resa tillbaka, jag kommer att skriva i varje nummer av Uppdukat under 2022 och jag hoppas att berättelserna ska få fler att våga ta steget tillbaka till operationssjukvården och vårt fantastiska arbete som operations-sjuksköterska. Det kommer inte bli enkelt. Det kommer rent av bli svårt. Det kommer bli superroligt. Och framför allt, det kommer bli tillsammans! Så Nu kör vi! ●

Vad är viktigt för dig?

Tidningen Uppdukat är alltid intresserad av medlemmar som vill bidra med kunskap och erfarenheter. Dina kunskaper och erfarenheter kan hjälpa till att förbättra vården för patienter, informera kollegor och sprida kunskap.

Finns det en fråga som är viktig för dig? Då är det troligt att den är viktig även för dina kollegor. Är det en lösning på ett kliniskt problem, ny kunskap av ett kvalitetsarbete eller ett administrativt spørsmål?

Omvandla ditt dagliga arbete, erfarenheter från ditt arbete eller dina frågor till en artikel till tidningen. För mer information om utformning samt skrivhjälp kontakta uppdukat@rfop.se



Operativ hysteroskopi utan kapitalkostnad eller komplexitet

LiNA OperåScope™

Operativt hysteroskopisystem för engångsbruk

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

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

KEBOMED



Höstkongress 2021

Reser vi framåt eller bakåt i tiden. För att veta vart vi är på väg så behöver vi veta var vi kommer ifrån. Är det kanske därför vi kan dra vissa paralleller till 60-talet under årets kongress. Det var en frigörelsens tid, en tid för jämlikhet och den svenska synden. Vad har egentligen PanAm och A-linjekläningar med årets kongress att göra.

Årets Höstkongress gick av stapeln torsdagen i december på Stockholm Waterfront Congress Centre. Första kongressdagen inleddes med kommunikation på operationssalen. Först ut att föreläsa var May Bazzi, röntgensköterska, som har forskat kring teamarbete på hybridsal. Det framgick att patienten reagerade på att det var mycket folk, många lampor och skärmar. Vissa patienter kände sig behandlade som en kunglighet pga all uppståndelse. Personalen kunde uppleva att alla professioner arbetade för en hög patientsäkerhet men utifrån olika perspektiv, med tiden blev de bättre på att samarbeta.

Nästa talare ut var Charlotta Olivecrona och Emma Stenman som berättade om Södersjukhusets lyckade teamträning inför flytt till nya operationslokaler. Om man vill veta hur man drar igenom 200 medarbetare i teamträning på en dag ska man prata med de här tjejerna! Sedan berättade Emma Carr och Stephanie Rudberg om Danderyds sjukhus OpLeanAn-modell med utbildningssal, ett projekt som i år firade sitt 10-årsjubileum. På utbildningssalen har alla utrymme för att fråga, öva och reflektera vare sig man är sjuksköterskestudent, specilistsjuksköterskestudent, underläkare eller ny ST-läkare. Ett omtyckt projekt med nästintill 100% nöjdhet. Teknikutvecklingen på operationssal goes PanAm. Som avslutande föreläsare kring kommunikation på operationssal var Lars-Göran Larsson från Mora Lasarett med sin Black box. Hur vi som sjukvårdspersonal faktiskt felar men framför allt vikten av att ta lärdom av

det och erbjuda att dela med oss av våra misstag, för att våra kollegor ska slippa göra om dessa. Det är här ljud- och bildupptagning från operationssalen kommer in, som i kombination med varandra kallas för Black box. Liksom i flygindustrin där denna box används av haverikommissionerna.

Utställning och lunch

Efter en informativ förmiddag drog sig deltagarna upp till utställningen. Det bjöds på lunch, dryck, mingel och engagerade utställare. Mätta i magen och påfyllda med energi bänkade sig alla deltagarna igen för att ta sig an eftermiddagens föreläsningar om svensk forskning och utveckling. Först ut var Sofia Erestem, operationssjuksköterska, som i sin forskning hade tittat på patientsäkerheten utifrån icke-tekniska färdigheter. Röd saft kan vara nyckeln till byte av operationsstrategi och upplevd nöjdhet hos bland kirurgerna. Som nästa talare beträdde Catinka Ullman, ingenjör, scenen och berättade om komplexiteten bakom föroreningsriskerna på sal där ventilation, klädmaterial och dörröppningar alla samverkar med

varandra. Villfarelsen att den smuts som finns på golvet stannar på golvet fick sig en ordentlig omruskning när hon visade hur de med hjälp av rökmaskiner hade följt luftströmmarna i salen och snart kan moonboots vara en verklighet för flera avdelningar.

Efter operationer skickar många av oss i väg ett PAD. Josefin Persson, BMAn som charmar alla patologer, berättade för oss om provets väg till lab. Numera en digitaliserad process i södra Sverige efter att de vridit och vänt på kartan flera gånger men det ändå lyckades ta dygn att transportera proverna mellan Malmö och Lund. Vi fick lära oss hur vävnaden färgades in i svenska flaggans färger och hur förarbetet tar minst tre dygn innan de ens kan börja jobba med proverna. Hon avslöjade också att patologer är minst lika rädda för förändring som alla andra yrkeskategorier och är det någon man ska ta hjälp av för att smida lömska innovativa planer så är det Josefin och hennes gäng som lyckats driva igenom implementeringen av ett arbetssätt som innebar högre patientsäkerhet och kortare väntetider.



Och här är de som gjorde årets program så bra! Programrådet, Eva Torbjörnsson, Veronica Ramirez Johansson och Eva-Lena Isaksson, som nu gjort sin sista Höstkongress, vi säger ett stort Tack!

När vi nu lärt oss om vikten av pausrutiner var det dags för en kaffepaus med mingel uppe i utställningen.

Åter i föreläsningssalen

Åter i föreläsningssalen var det dags för Riksföreningen själva att presentera sina aktuella arbete. Kvalitetsrådet, denna dag representerat av Anna Ekepil, Lasse Salomonsson och Rose-Marie Gabrielson visade sitt flödesschema för hur de arbetar med de vida omtyckta "Riksföreningens rekommenderar och anser". Just nu arbetar de med rekommendationer kring diatermirök.

Näst upp på scenen var Vetenskapliga rådet, idag representerade av Anette Erichsen Andersson, Ann-Christin von Fogelsang och Karin Falk Brynelsen som ville följa upp den nya kompetensbeskrivning de har arbetat fram tillsammans med Svensk sjuksköterskeförening (Svenurse). De ville veta om vi hade tittat i den och den fulltaliga handuppräckningen avslöjade ett engagerat gäng. Flera i publiken berättade att de hade använt beskrivningen i sitt lärande av studenter och nya kollegor, någon hade använt den i sina omvårdnadsåtgärder och ytterligare någon hade använt den för att inte bli utsatta för det populära fenomenet uppgiftsväxling där man hade velat byta ut operations-sjuksköterskan till någon utan dennes specifika kompetens.

Sist upp med att presentera föreningsarbete var Ida-Linnea Böregård och Jenny Persson som gav oss ett brandtal kring vikten av att använda SPOR, svenskt perioperativt register, för att rapportera avvikelser med syftet att förbättra och utveckla vården. Viktigt att nämna att registret är på gruppnivå och inte individnivå, de övertalade oss också om att inte bli provocerade av övervikten på anestesilogiska koder i registret. Från början, 1991, startades registret av anestesiloger. Men det är dags för oss att börja ta plats. I kommande generation av registret kommer flera för oss relevanta koder ha lagts till som bruten aseptik.

När vi kände oss som mest överkörda av en buss efter en massiv dag klev den obotliga optimismen Anki Bromert in på scenen och berättade hur det faktiskt känns att bli överkörd av en buss... på riktigt! Hon berättade om sin tacksamhet till vården och hur det var att ta



sig tillbaka från åtta brutna revben, sju bäckenbensbrott och spräckt urinblåsa. Hon blev opererad under en veckas tid och kallades senare av läkarna för "miraklet". Inspirerade att investera i oss själva med träning och en positiv inställning gled vi upp till ett avslut av dag 1 med mingel i utställningen.

Dag 2

Välbakade från Höstkongressens första dag tog flera tappra själar åter plats i den stora föreläsningssalen. Snabbt väcktes vi till liv av Kristofer Petraeus och Ann-Sofi Mattssons föreläsning om svenskt standardiseringsarbete för sjukvårdstextilier även om den första talaren gav lite väl lite utrymme för den senare av de två men det tar vi senare igen med hjälp av ett reportage kring Ann-Sofis arbete i de olika kommittéerna där de arbetat med frågor kring mönster och källstyrka på de plagg vi använder dagligdags i våra arbeten. Ann-Sofi visade mönster på bussaronger som påminde om 60-talsklänningar som hade fått omprövats några gånger innan standarden nådde till dagens.

Näst upp på scenen var Ann-Catrin Blomberg som redovisade sin avhandling *Operationssjuksköterskans vårdande och kompetens inom perioperativ vård*. Ann-Catrins nyfikenhet hade väckts av funderingar kring varför det inte var lika självklart att operationssjuksköterskan i samråd med patienten planerade dennes vård i samma utsträckning som andra professioner. På en värmande värm-ländska presenterade hon sedan sina resultat. Nästa avhandling, eller egentligen delar av avhandling, presenterades

av Programrådets alldeles egna Eva Torbjörnsson som utmanade oss med frågan om benbesparande operationer för att undvika amputering verkligen var bästa tänkbara metod vid kritisk ischemi. Amputering kanske kan ses som en behandlande metod i stället för ett misslyckande? Men om amputering ska anses lyckad av patienten behöver informationen preoperativt bli bättre och patienten behöver också få träffa en protestekniker. Detta har de lyckats införa på den klinik där Eva arbetar med goda resultat.

Innovationer inom kirurgi

Efter en kafferast och utställningsmingel bänkade sig alla igen för att ta sig an om de senaste innovationerna inom kirurgi. Hanna Grimberg från Sahlgrenska sjukhusets MR-hybridsal berättade om fördelarna för patientsäkerheten kring att slippa flytta en patient för postoperativ MR när man i stället kan göra den intraoperativt. Johan Nilsson, kirurg på tumörcentrum i Lund, berättade drömande om sin robotteknik TOR som framför allt används vid tumörkirurgi i svalget och där en delning av underkäke kan undvikas med hjälp av tekniken. Av de hittills 95 opererade patienterna var det endast två komplikationer med postoperativa blödningar som hade uppstått.

Sist upp inom innovationer var kärllkirurgen Carl Wahlgren från NKS som lärde oss allt kring hur man stoppar blödningar med endovaskulära metoder. Det ser olika ut i olika delar av landet om det är operationssjuksköterskan eller röntgensjuksköterskan som assiste-

rar vid dessa ingrepp men Carl ansåg att detta definitivt var ett verktyg som operationssjuksköterskorna skulle tillföra sin verktygslåda. Efter en smakrik lunch med kräftstjärtar på en bovetebädd var det dags för oss att börja tänka på oss själva, det handlade nämligen om vår hälsa. Först ut, via zoom-länk, var Martina Gustavsson doktorand vid katastrofcentrum på NKS som berättade för oss om moralisk stress. Tidigare undersökt framför allt hos insatspersonal i katastrofområden men nu aktuellt globalt över hela världen relaterad till Covid-19 pandemin. Moralisk stress som innebär att man vet det rätta att göra men inte kan göra det relaterat till exempel institutionella hinder. Det vi tar med oss från Martinas föreläsning är en förståelse för våra egna reaktioner och insikten i att de är normala.

På temat pandemi hoppade Ali Mirazimi från Folkhälsomyndigheten upp på scenen. Som en föreläsare lämplig för TED Talk tog han oss med storm när han lärde oss allt vi behöver veta kring vaccinerna och de olika SARS-CoV-2-varianterna som härjar. Han fick oss att förstå hur processen att framställa vaccin kunde gå så fort och stillade därmed en oro som många haft. Han berättade också några lugnande fakta kring de olika mutationerna av viruset som alla har fått namn efter det grekiska alfabetet och varför kriget mot Omicron kan vara av lite större oro men fortfarande fullt segerbart.

Efter en kortare fikapaus med kaffe och diverse smörbrödsbakelser avslutas kongressen med en utvärdering av



Henrik Widegren

om skratt förlänger livet i *Skratt, inget man skojar bort* med Henrik Widegren, ÖNH-specialisten känd som teveläkaren i Fråga Lund. Han ökade vår energiförbrukning, sänkte vårt blodtryck, förbättrade vårt immunförsvar, motverkade stress och smärtstillade våra stela kroppar genom att leverera några rejäla skrattsalvor med morbida och träffsäkra låtar om sjukvårdens baksida. Forskningen kan fortfarande inte bevisa att skratt förlänger livet men vi som var på plats kände oss övertygade om att det en dag kommer visa sig att vara sant.

Det övergripande betyget på Höstkongressen 2021 från deltagare samt utställare var 4,5 samt 4,2 stjärnor av 5 möjliga. Har du någon önskan eller idé för Höstkongressen 2022 så hör gärna av dig till tidningen uppdukat@rfop.se eller till någon i styrelsen. Väl mött! ●



Ali Mirazimi

Vill du vara med i vårt

Vetenskapliga råd?

Kvalifikationer

Vara operationssjuksköterska och medlem i Riksföreningen för operationssjukvård och disputerad inom operationssjuksköterskans perioperativa kontext.

Arbetsuppgifter

- På uppdrag av styrelsen ingå och delta i projekt och arbetsgrupper
 - Hålla sig á jour med forskningsläget inom perioperativ omvårdnad samt sprida det vidare till kollegor
 - Ansvara för vetenskaplig kvalitet och aktiviteter vid kongresser och forum i RFop:s regi
 - Vara stöd och råd i vetenskapliga frågor inom ramen för det perioperativa kontextet
 - Bidra till patientsäker vård och vetenskaplig utveckling inom det perioperativa fältet genom att skriva vetenskapligt grundade underlag/texter, exempelvis guidelines, artiklar (vetenskapliga och populärvetenskapliga)
 - Delta vid föreningsdagar/internat/arbetsmöten som styrelsen beslutar om
- ### Ersättning
- Kostnadsfritt deltagande vid Riksföreningens Höstkongress och Hygienforum
 - Resa ToR billigaste färdmedel, måltider vid arbetsmöten/internat som styrelsen kallar till

Skicka din intresseanmälan med CV och personligt brev till rfop@rfop.se



Läsarundersökning



Under Höstkongressen 2021 minglade Uppdukats redaktörer loss och gick runt med en läsarundersökning. Den bestod av två frågor: Vad vill du läsa om i tidningen? Samt vilket betyg de ville sätta på tidningen från en till fem stjärnor. Glädjande nog fick tidningen 4,21 stjärnor i medelbetyg.

Frågan om vad de ville läsa om var lite knepigare och uppehöll de för en stund. Dessa teman kunde plockas ut från fritextsvaren och innefattade både delar som redan finns i tidningen och lite nya tankar kring tips och samt utvecklings- och förbättringsarbeten. Detta har vi på redaktionen tagit fasta på och utvecklat temat Min Operationsavdelning till På Vår Operationsavdelning som bland annat kommer att lyfta unika lösningar, lyckade och men kanske också mindre lyckade förbättringsarbeten på våra operationsavdelningar ute i landet.

- Forskning
- Ny teknik
- Utveckling och förbättringsarbeten
- Tips och trix
- Perioperativ omvårdnad
- Reportage – om andra operationsavdelningar inklusive internationella
- Historia
- Ledarskap – organisatoriskt perspektiv, handledning på sal, peer learning
- Hälsosamma scheman och bemanning runt om i landet
- Operationssjuksköterskans roll och vart vi är på väg inom professionen



Liksom läsarna tror vi att vi har massor att lära oss av varandra. Så fortsatt att komma in med tips till tidningen på uppdukat@rfop.se men framförallt fortsatt att nätverka och aktivera er i föreningen så kan vi tillsammans driva professionen framåt.

VINGMED

Operationsrock med högsta skyddsnivån.



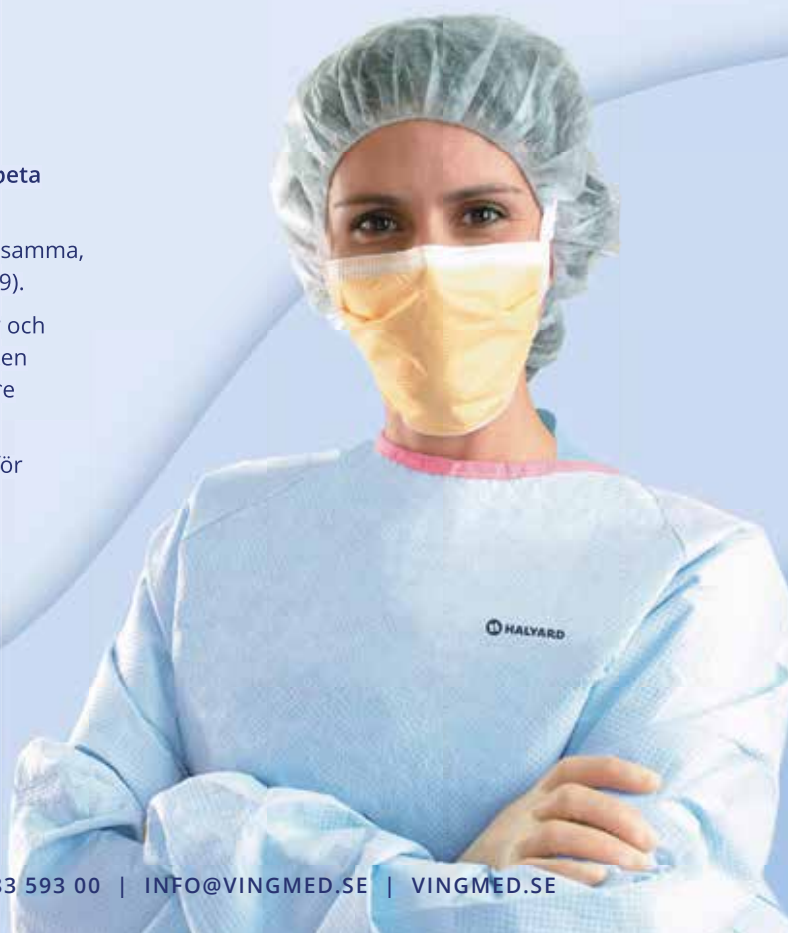
Vi vill att du ska känna dig trygg och kunna arbeta bekvämare i operationssalen.

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

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

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

Kontakta oss på Vingmed för mer information.



Omvårdnad på avancerad nivå

Kärnkompetenser inom sjuksköterskans specialistområde

Titel: Omvårdnad på avancerad nivå. Kärnkompetenser inom sjuksköterskans specialistområde.

Författare: Edberg, A-C. Ehrenberg, A. Wijk, H. Öhlén, J. (Red)

Förlag: Studentlitteratur, Lund. Andra Upplagan

Utgiven: 2021

ISBN: 9789144136240

Antal sidor: 600

Antal kapitelförfattare: 31

Boken *Omvårdnad på avancerad nivå - Kärnkompetenser inom sjuksköterskans specialistområde* har kommit ut i en ny upplaga. Boken är fristående fortsättning på *Omvårdnadens grunder* (Edberg & Wijk, 2019; Ehrenberg & Wallin, 2019; Friberg & Öhlen 2019). Boken är en utveckling av omvårdnadsämnet för specialistsjuksköterskans kompetensområde. I boken erhåller läsaren mer kunskap om vad kärnkompetens kan innebära för en god och säker vård. Boken är synnerligen användbar, dels i utbildning till specialistsjuksköterska inom operationssjukvård men även för operationssjuksköterskor i verksamheterna.

Boken är uppbyggd så att ett inledande kapitel berättar övergripande om vårdens kärnkompetenser och omvårdnad. Därefter följer beskrivningar av de sex kärnkompetenserna (personcentrerad vård, samverkan i team, evidensbaserad vård, kvalitetsutveckling genom förbättringsarbete, säker vård och digitalvård). Dessa sex kärnkompetenser har identifierats som särskilt betydelsefulla i sjuksköterskans arbete av Institute of Medicine of the National Academies (Knebel & Greiner, 2003) och Quality and Safety Education for Nurses (QSEN, 2021). Genom kärnkompetenser finns en strävan att höja kvaliteten på vårdarbetet.

Det finns således sex delar i boken, en för varje kärnkompetens. Under varje del följer sedan fem kapitel. I ett av de fem kapitlen får läsaren en beskrivning av de aspekter som är gemensamma för alla professioner inom hälso- och sjukvård. I de andra delkapitlen följer kapitel om kärnkompetensen med särskilt fokus på specialistsjuksköterskans funktion och ansvarsområde. Därefter avslutas sedan kapitlet om kärnkompetensen med tre kapitel där den specifika omvårdnaden exemplifieras utifrån olika kliniska områden och situationer alla relaterat till specialistsjuksköterskans funktion.

Författarnas avsikt med boken är att beskriva kärnkompetenserna, hur de kan användas och hur de kan stödja det praktiska vårdarbetet. Redaktörernas önskan är att boken ska bidra till ett intresse hos sjuksköterskor för att fördjupa sina kunskaper inom ämnesområdet omvårdnad. Kunskap om kärnkompetenserna och dess användning kan också medverka till en utveckling av specialistsjuksköterskans kompetens och därtill även utveckling av specialistsjuksköterskans omvårdnadsarbete. Innehållet i boken ger en väl beskrivning av vad kärnkompetens innebär och att kärnkompetenser inom hälso och sjukvård är nödvändiga kunskaper för alla professioner och att olika yrkesgrupper bör samverka. I de olika kapitlen finns också inslag av frågeställningar att reflektera över. Frågeställningarna är relaterade till den kärnkompetens som kapitlet handlar om. Frågeställningarna kan användas i olika diskussionsgrupper eller för den enskilde som vill utveckla sin omvårdnads kunskap. En styrka i boken är också att författarna till de olika kapitlen tar med aktuella forskningsresultat för att styrka innehållet i beskrivningen av kärnkompetensen.

Varje kapitel och delkapitel avslutas med en sammanfattning av kapitlets innehåll.

Innehållet i boken är absolut intressant för sjuksköterskor inom den perioperativa vården. De sex kärnkompetenserna kan stärka operationssjuksköterskan i omvårdnadsarbetet och dokumentation att få en jämlik och säker vård med patienterna i den perioperativa vården. Boken känns intressant också i den synvinkeln att Riksföreningen inom operationssjukvård har uppdaterat den kompetensbeskrivning (avancerad nivå) som finns för specialistsjuksköterska inom operationssjukvård (2017). Innehållet i kompetensbeskrivningen bygger vidare på de kärnkompetenser som Svensk sjuksköterskeförening använder. Kompetensbeskrivningen kan laddas ner från Riksföreningens hemsida: www.rfop.se/nationellt. ●

Knebel, E. & Greiner, A.C. (red) (2003) *Health professions education: A bridge to quality*. Washington DC: National Academies Press.

Riksföreningen för operationssjukvård. Kompetensbeskrivning Avancerad nivå Specialistsjuksköterska inom operationssjukvård. Hämtad: 21-11-23. <http://www.rfop.se/nationellt/>.

QSEN (2021) Competencies. Hämtad 21-10-26. <https://qsen.org/competencies/pre-licensure-ksas>



Vad tycker ni om årets Höstkongress?



Mikael Kristiansson, Operation 1 Östra Sjukhuset och Anna Sjölander, Operation 1 SÄS

"Gett otroligt mycket inspiration och idéer om utvecklande av både sig själv som operationssjuksköterska, och även möjlighet till utvecklande av verksamhet. Höstkongressen är något alla operationssjuksköterskor borde få åka på och arbetsgivarna borde satsa på sin personal genom att låta de åka hit!"



Petra Nordberg och Jenny Matsson, Centraloperation Mora

"Varit en jättebra Höstkongress! "Mycket intressanta ämnen och föreläsningar"



Pauline Haglund, Kirurgoperation USÖ, Linda Sörlin, Kirurgoperation USÖ och Susanne Bratt, Thorax USÖ

"Bra föreläsare, intressanta ämnen. Man har ett stort behov att få komma ut och få information. Föreläsningarna har varit inspirerande och ger ny energi"



Rebecka Lindvall, KS Solna och Päivi Kylmänen, Huddinge

"Fantastisk torsdag, väldigt duktiga föreläsare. Föreläsningarna har varit spännande med angelägna ämnen. Fin utställning. Efter avbrott på grund av pandemin är det underbart att vara bland människor och träffa kollegor"

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

Operationssjuksköterska – vi behöver dig!

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

Tillsvidareanställning eller vid behov.

Välkommen till oss!

Med vänlig hälsning

Operationskonsulterna

Tel: 08-580 80 300

www.operationskonsulterna.se



Nätverksträffar

Östersund 10 nov 2021

Text: Andreas Tullsson

Vi träffades efter jobbet en mörk novemberkväll. Det var extra kul att träffas eftersom det inte blev något möte förra året på grund av covidsituationen. Som vanligt hade vi bra uppslutning, merparten av operations-sjuksköterskorna i vårt distrikt deltog. Mötet öppnades med att DS Andreas Tullsson informerade om RFop och visade hemsidan, en del kollegor har hört den här informationen förut fast vi har just nu många nyblivna operationssjuksköterskor och för deras skull tog vi allt från början.

I samband med årets möte bjöd vi in föreningens sponsorer och erbjöd dem möjlighet att ställa ut och visa produkt-nyheter. Hela sex företag nappade på erbjudandet och vi hade en intressant utställning där deltagarna kunde klämma, känna och nätverka. Vi fortsatte kvällen med att Glenn Lundberg och Carina Börjesson Kruse från Mölnlycke föreläste för oss om laparoskopi. Kvällen avslutades med en matbit. Det är härligt att träffa

kollegorna utanför sjukhusets väggar! Alla inblandade verkade nöjda med kvällen och som arrangör drar jag en lättnadens suck... ●

Göteborg 10 nov 2021

Text: Ann-Sofie Karlsson och Susanne Reuterberg

Den 10 november träffades operations-sjuksköterskorna i distrikt Göteborg på Drottning Silvias barnsjukhus som nyinriggades av drottning Silvia själv fredag 15 oktober 2021. Ett bygge som tagit mer än 10 år att genomföra men som blivit ett fantastiskt resultat där man tänkt på att patienten inte bara är ett barn utan att hela familjen är med. Barnsjukhuset är byggt för barnen och ungdomarna med målet för att vara en trygg miljö med plats för såväl världsledande sjukvård som för lek. Allt från färgval till bredden på operationsbordet är genomtänkt för att passa barnen. Även behovet av att vara utomhus tillfredsställs för de som inte kan gå ut genom en härlig takterrass under glastaket där temperaturen alltid är behaglig och mitt i huset ligger

den vackra innergården, en plats som är tänkt att binda samman alla delar med sin fönstervägg som ytterligare förstärker närheten till naturen.

Vi träffades i barnoperations imponerande personalrum där vi hade en liten minimässa med en utställning av några av våra sponsorer, tittade på nya produkter åt och minglade. Så roligt det var att träffa alla igen, det var ju så länge sen!

Mötet inleddes med en kort presentation om vad som hänt i riksföreningen de senaste åren och visning av hemsidan. Vi fortsatte sedan med diskutera hur Corona påverkat vår arbetssituation och oss. Det har varit lite olika erfarenheter i vårt distrikt och vissa har inte påverkats speciellt mycket medan andra har fått byta arbetsplats, arbetsuppgifter och arbetskamrater. För att sammanfatta våra erfarenheter så har det varit skönt att kunna hjälpa till och lite roligt att få prova på andra arbetsuppgifter under pandemin men att det varit tungt och påfrestande. De flesta är dock nu glada att få återgå till sina ordinarie arbetsuppgifter, arbetsplatser och arbetskamrater.

Vårdenhetschef Catrine Hansson Ljung höll därefter en presentation av nya barnoperations avdelningen: Operation 1 barn. Här bedrivs anestesi-, uppvaknings- och operationssjukvård. Patienterna kommer från många olika specialiteter t.ex. Barnkirurgi, hjärtkirurgi, ortopedi, medicin, onkologi, tandvård, ögonsjukvård, öron-näsa- halssjukvård, neurokirurgi, handkirurgi samt transplantationskirurgi. Catrine berättade om den långa processen med att bygga denna nya operationsavdelning, om alla detaljer som de behöver tänkas på för att göra det till barnens och familjens sjukhus. För att när man vårdar barn så vårdar man en hel familj. Det finns sedan tidigare en informationssida på webben, *Dunder* där barn



och familj kan få information om allt som händer barnet på ett sjukhus under en operation, som är mycket uppskattad.

Mötet avslutades med en rundvandring på Barnoperation och Barn IVA och vi fick alla se hur fint och funktionellt det nya huset blivit! Efter mötet anmälde sig dessutom Maria Gustavsson från Carlanderska till ny distriktsamordnare, så nu är vi 3 distriktsamordnare i Göteborg! ●



Nya medlemmar

Text: AnneMarie Nilsson, medlemsansvarig i Riksföreningen för operations-sjukvård

Vi har sett en trend senaste åren att medlemsantalet sjunkit lite för varje år. Därför är jag jätteglad att kunna meddela att vi ökade antalet medlemmar med 41 st 2021. Vi hoppas att den nya trenden håller i sig så att vi fortsätter att öka antalet medlemmar. 2022 kanske kan bli ett rekordår! Ni alla medlemmar är föreningens största och viktigaste tillgång och ni behövs för att utveckla föreningen genom våra kongresser, tidningen Uppdukat, arbeta i våra råd och nätverk m.m.

Uppmana era kollegor att bli medlem i RFop, tillsammans blir vi en stark professionsförening. Adressändring sker tyvärr inte automatiskt i medlemsregistret så flyttar ni eller ändrar efternamn så vill jag att ni kontaktar mej på annemarie.nilsson@rfop.se och meddelar ändringen. Det är så viktigt om ni som medlem inte får Uppdukat eller inbjudningar m.m.

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

Jag önskar er en fin vår och hoppas att vi ses på Hygienforum 21–22 april!

78 nya medlemmar

Sara Abu Hamdeh Bui-Quy, Uppsala,
Sara Ulrika Akander, Bollnäs,
Elisa Albinsson, Lerdala,
Shirin Aljadani Roos, Uppsala,
Eva-Lena Andersson, Karlstad,
Janina Andersson, Borlänge,
Oscar Aschan, Göteborg,
Pia Asplund, Åsa,
Ikumi Bengtsson, Horres,
Andreas Bergeld, Kinna,
Anette Bergman, Stenhamra,
Hanna Bergman, Vintrosa,
Susanne Bergqvist, Barsebäck,
Lina Buskas, Karlskrona,
Sara Carlsson, Torup,
Maria Dona Ekström, Uppsala,
Pontus Dymén, Göteborg,
Eva Ellilä, Huddinge,
Therese Enberg, Gävle,
Claudia Eriksson, Nol,
Molly Eriksson, Uppsala,
Julia Erlingmark, Uppsala,
Anna Larsson, Hjo,
Maria Larsson, Värnamo,
Sofia Lindén, Malmö,
Julia Gabriel-Lepasalu, Karlstad,
Linda Grange, Bromma,
Eva Grundström, Karlstad,
Erica Gunnarsson, Bro,
Maria Gustafsson, Mölndal,
Carolina Gäbel, Västra Frölunda,
Hanna Hedlund, Falun,
Line Henningsson, Ekerö,
Katarina Henriksson, Jomala,
Caroline Herdenius, Limhamn,
Sophie Jankovik Ägren, Malmö,
Ulrika Johansson, Hålsö,
Therese Kax, Nykvarn,
Sini Kriikula, Linköping,
Angelica Kron, Skärholmen,
Maria Lemberg, Farsta,
Fredrika Levinson, Henån,

Matilda Liljenhag, Vikarbyn,
Karin Ljemugbe-Gabari, Farsta,
Eva Ljunggren, Grundsund,
Ann-Sofie Löfgren, Lidköping,
Linda Magnusson, Furulund,
Tina Magnusson, Tandsbyn,
Medona Malmberg, Trosa,
Anna Manneklint, Senoren,
Jenny Mattson, Orsa,
Olivia Mellgren, Uppsala,
Maria Mendoza Alzona, Hägersten,
Minoo Moslemi, Hallsberg,
Maria Munoz, Sollentuna,
Karel Novak, Östersund,
Valeria Orgovan, Trollhättan,
Malin Palmer Daniels, Huddinge,
Satu Rantanen, Södertälje,
Maria Rapp, Tullinge,
Marie Rieger, Visby,
Stephanie Rudberg, Täby,
Cilla Rödin, Uddevalla,
Eliana Saibi Fernández, Göteborg,
Haider Salam, Karlskoga,
Lena Sandquist, Tyresö,
Sylvester Sebastianson, Lomma,
Sofie Scheele, Järfälla,
Madeleine Strid, Västerås,
Emma Svensson, Västerås,
Nonthaya Thabsirak, Bromma,
Anna Tholin, Halmstad,
Johan Urlas, Jönköping,
Isabel Villegas Peredo, Solna,
Jasmine Virjée, Tyresö,
Fredrik Warnicke, Örebro,
Linnéa Wehrli, Kungsbacka,
Catrine Westby, Alingsås

Välkommen!



Rapporter från råden

Chefsrådet

Nytt år och vi ser fram emot nya inspirerande träffar tillsammans med er!

Nyheter från chefsrådet år 2022 är att i slutet på förra året startades ett Instagramkonto, chefsrådet. Där kommer information om kommande nätverks-träffar, kongresser, utbildningar, osv ges. Vi tar gärna emot input från er med förslag på kommande ämnen/tema ni vill se mer av eller tar vidare till övriga råd. Chefsrådet vill nå ut till så många av oss chefer inom operationssjukvård som möjligt, hjälp oss att tipsa och sprida information vidare till era kollegor.

Aktuella datum för 2022

- 1-2 september Nätverksträff
- 2 december Chefskongress

Vi kommer även att planera två *digitala* nätverksträffar, 18 maj kl.12.00-14.00 och 19/10 kl.12.00-14.00, mer info kommer under våren.

EORNA

EORNA planerar genomföra sin kongress i Stavanger 12-15 maj i år.

EORNA:s höstmöte var ett hybridmöte och genomfördes 5-6 november 2021. Sandra Kollberg och Marie Afzelius från styrelsen deltog via länk. Vår erfarenhet från de senaste årens digitala möten är att de på många sätt varit mer fokuserade och produktiva än då mötet varit fysiskt. Detta samt en vilja att ur en miljösynpunkt minska på resande och kostnader (många föreningar i Europa har det tufft ekonomiskt) fick RFop att lägga fram ett förslag. På förslaget togs beslutet att EORNA ska gå från att ha två fysiska möten per år till att ha ett fysiskt och ett digitalt.

Kvalitetsrådet

Under året som kommer har vi i Kvalitetsrådet som mål att fortsätta arbetet med Anser och Rekommenderar, där vi just nu håller på med det nya medicintekniska direktivet MDR 2017/745 som trädde i kraft i maj 2021.

Syftet med denna Anser och Rekommenderar är reda ut vad det direktivet står för i vår praktiska vardag på operationsavdelningen. Det är många begrepp att reda ut i dessa snåriga paragrafer i denna EU förordning. Det handlar om spårbarhet, klassificering av implantat och olika aktörers ansvar kring Medicintekniska produkter. Vår förhoppning är att denna Anser och Rekommenderar kommer hjälpa er att förtydliga verksamheternas ansvar på operationsavdelningarna.

Under året kommer vi också att fortsätta arbetet med Anser och Rekommenderar om användandet av mobiltelefoner på operationsavdelningar. Detta är en fråga som vi har fått till oss och det har efterfrågats om ett förtydligande om hanteringen av mobiltelefoner utifrån aspekterna arbetsmiljö och patient-säkerhet. Det kan handla om hygien, sekretess samt störning av medicinteknisk apparatur. En annan viktig aspekt som har framkommit är att användandet av mobiltelefoner kan leda till bristande uppmärksamhet både i teamet och mot patienten.

Vi hoppas även att kunna inleda ett samarbete mellan studenterna i operationsutbildningen, lärarrådet och kvalitetsrådet för att kunna ta hjälp av varandra i kunskapsutbyte. Det kan handla om tips till studenterna om ämnen vid uppsatsskrivning som vi i Kvalitetsrådet kan ta nytta av inför en skrivning av Anser och Rekommenderar.

Håll utkik under året då vi kommer att publicera den reviderade upplagan av Anser och Rekommenderar om preparathantering.

Vi behöver hjälpas åt i spridandet av Riksföreningens Anser och Rekommenderar!

Vetenskapliga rådet

Vetenskapliga rådet har i år en ny sammanställande, Karin Falk-Brynhildsen.

Rådet har planerat in följande möten under våren 2022:

- 2022-03-31
- 2022-04-05 och 2022-04-11 avsatta för att intervjuer av potentiella nya medlemmar till rådet
- 2022-06-14 – 2022-06-15, Internat (inklusive nya medlemmar)

Annette Erichsen Andersson fortsätter arbeta med det medicintekniska direktivet och rådet i stort kommer att titta på möjligheten att starta ett doktorandnätverk. Vetenskapliga rådet har också uppmärksammat risker och konsekvenser när operationsavdelningar enbart bemannas av hyrsjuksköterskor. Rådet menar att det kan ge konsekvenser för specialistutbildningen genom bl.a. påverkan på tillgång till handledare/VFU-platser, möjlighet att genomföra nationell klinisk slutexamination.

SPOR rådet

Rådet har nu arbetat fram ett underlag till hur positioneringar kan rapporteras över till SPOR.

Syftet är att skapa en struktur som möjliggör jämförelser inom och mellan sjukhus samt regioner. Första steget

är att registrera vilka grundpositioner vi använder samt olika variationer av dessa. RFop:s SPOR-råd har dessutom definierat samtliga begrepp så att vi använder oss av samma terminologi i hela landet. Processen fortsätter med att eventuellt specificera position av huvud och extremiteter. Dessa registerdata möjliggör uppföljningar om huruvida vissa positioner eventuellt kan orsaka skada på patienter. Bruten aseptik kommer nu att vara möjlig att registrera som avvikelse till SPOR efter senaste uppdateringen.

Andra variabler som vi har identifierat och som är intressanta att titta vidare på i framtiden är: operationsrummets miljö (tryck, temp, luftfuktig, ventilations-system osv), trombosprofylax och fel/ej optimalt implantat. Ytterligare variabler som vi ser kan behöva följas upp framöver, är de redan befintliga hypotermi och blåsövervakning.

Informationen från SPOR-registret kan användas till kvalitetsförbättring, lärande, uppföljning och ledning. Med hjälp av kvalitetsregistret kan vi arbeta

för att synliggöra våra professions-specifika kunskapsområden. Detta ger oss möjlighet att påvisa effekten av operationssjuksköterskans avancerade omvårdnadsexpertis.

Tveka inte att höra av er om ni har några frågor eller idéer!

Medlemmar i rådet är:

Anette Nyberg, Umeå Universitetssjukhus

Esmat Esmael-Zadeh, Karolinska Universitetssjukhuset, Stockholm

Ida-Linnea Böregård, Södertälje sjukhus

Jenny Persson, nationell

Lena Brauer, Södersjukhuset, Stockholm

Mari Sjödin, Örnsköldsviks sjukhus

Nätverksträffar 2022

Fredag 6 maj kl.12.00-14.30 digital nätverksträff. Favorit i repris från hösten 2021: föreläsningar om kvalitetsregister och dess möjligheter. Kostnadsfri, men anmälan via hemsidan.

Hösten 2022 en fysisk nätverksträff med fokus på praktiska frågor såsom hur man tar ut rapporter för lokala utvecklingsprojekt från SPOR, införande av nya parametrar och info om nya operationsvariabler/avvikelsekoder och dess definitioner. Information om avgift och anmälan fås via hemsidan.

Lärarrådet

Under året 2022 kommer, på uppdrag från styrelsen, Anna Nordström, styrelseledamot samt engagerad i Lärarnätverket, tillsammans med Sandra Kollberg arbeta med att ta fram ett Lärarråd.

Tanken är att rådet skall fungera som en arbetsgrupp under styrelsen för att hålla ihop föreningen och specialistsjuksköterskeutbildningen inom operations-sjukvård.

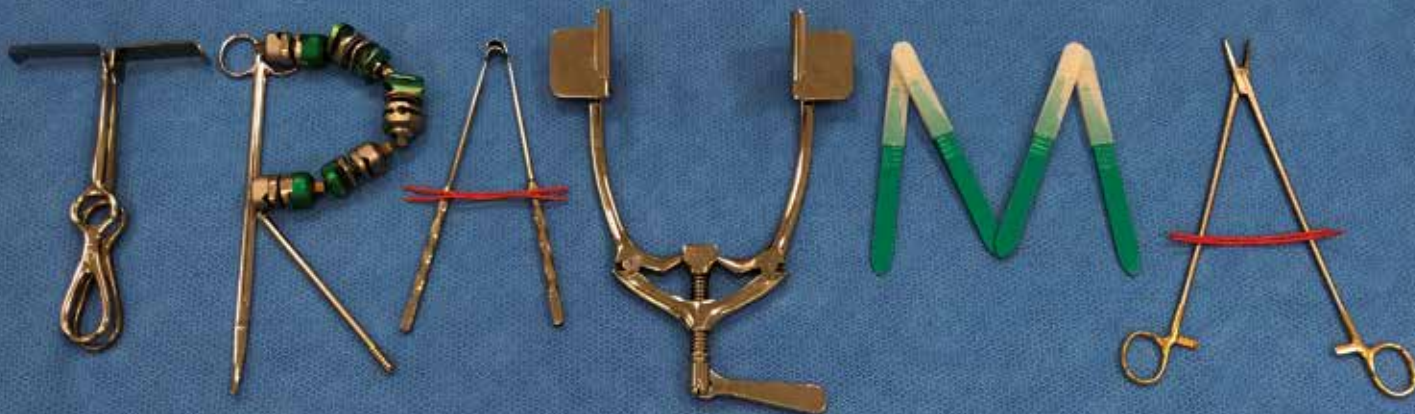
Mer information kommer!

Nyexaminerade specialistsjuksköterskor inom operationssjukvård

Karolinska Institutet KI SÖS, VT21/HT21

Lärare: Ann-Mari Fagerdahl (studierektor), Charlotta Olivecrona, Malin Stenman, Annika Sandelin, Eva Torbjörnsson och Ann-Christine von Vogelsang





Inbjudan till Nivå 1 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 mängdträning. Trots detta är kraven och förväntningarna höga att allt ska fungera när det väl händer, vilket gör att behovet av utbildning och träning större. En ökad kunskap ger en ökad trygghet i sin roll som operationssjuksköterska i traumasammanhang vilket bidrar till en ökad kvalitet i omhändertagandet akuta och svårt skadade patienter.

RFop i samverkan med KS Solna och traumakoordinator Susanna Eriksson startar nu upp traumautbildningar utifrån ett upplägg i olika steg/nivåer.

Syfte och målgrupp

Nivå 1 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.

Tid

Fredag 25 mars och 28 oktober, 2022, kl. 08.30 – 15.30

Plats

Stockholm Waterfront Congress Centre

Kostnad

2 150 kr ex moms

Mer information och anmälan: rfop.se





RFop kalendarium

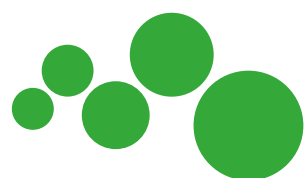
RFop är aktiv i olika projekt, seminarier och tillfälliga utbildningar – både självständigt och i samverkan med andra. Alla utbildningar och evenemang som RFop bedriver ska stärka och utveckla ledarrollen inom den perioperativa omvårdnaden samt främja utvecklingen av densamma. Vi arrangerar årliga utbildningar i form av bland annat Hygienforum, Höstkongressen och Chefkonferens. Dessa hålls i syfte att synliggöra aktuell forskning, kunskap och erfarenhet inom perioperativ omvårdnad.

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

2022 17–18 Mars Chefnätverk FULLSAT	2022 25 Mars Trauma utbildning Nivå 1	2022 21–22 April Hygienforum 2022	2022 6 Maj Digital Nätverksträff för SPOR-frågor	2022 18 Maj Digital Nätverksträff för chefer	2022 21 Maj Årsmöte
2022 1–2 September Nätverksträff för chefer	2022 2 September MDR och Upphandling	2022 14 Oktober MDR och Upphandling	2022 19 Oktober Digital Nätverksträff för chefer	2022 28 Oktober Trauma utbildning Nivå 1	2022 1–2 December Höstkongress 2022
2022 2 December Chefkonferens 2022	2023 16–17 Mars Nätverksträff för chefer	2023 25–26 Maj Hygienforum 2023	2023 14–15 September Nätverksträff för chefer	2023 30–1 Nov/Dec Höstkongress 2023	2023 1 December Chefkonferens 2023

POSTTIDNING B

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



Mölnlycke®

 **Instrumenta**



BD

MEDI PLAST



Medtronic
Further Together

CRC
medical

B | BRAUN
SHARING EXPERTISE

KEBCOMED

Johnson & Johnson **MEDICAL
DEVICES
COMPANIES**