

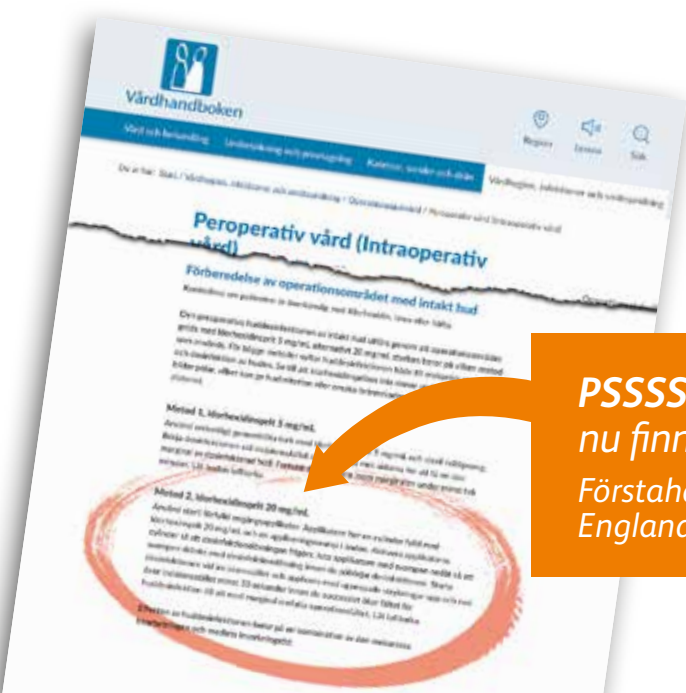
Uppdukat

Nr 2 april 2021 årgång 33



ChloraPrep™ ger kliniskt bevisad högre reduktion av bakterier vid peroperativ huddesinfektion

ChloraPrep är en steril lösning i sterila, förfyllda engångs-
applikatorer, som ger varaktig antibakteriell aktivitet^{1,2}
och en kliniskt bevisad reduktion av bakterietalet³⁻⁵
och postoperativa sårinfektioner^{2,6}
jämfört med andra vanligen
använda desinfektionsmedel.



**PSSST! Visste du att ChloraPrep
nu finns med i VÅRDHANDBOKEN?**
Förstahandsvalet i bl a USA, Frankrike och
England rekommenderas nu också i Sverige.

Referenser: 1. Hibbard JS. J Infus Nurs 2005; 28: 194-207. 2. Darouiche R et al. N Engl J Med 2010; 362: 18-26. 3. McDonald CP et al. Vox Sanguinis 2006; 91 (Suppl.3): P-150. 4. Saltzman MD et al. J Bone Joint Surg Am 2009; 91: 1949-53. 5. Ostrander RV et al. J Bone Joint Surg Am 2005; 87: 980-5. 6. Casey A et al., American Journal of Infection Control 2015; Aug 43(8): 816-20.

Förskrivningsinformation:Chloraprep/Chloraprep färgad (Kutan lösning. Klorhexidindiglukonat 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 oklusivförband ska appliceras på områden som tidigare behandlats med Chloraprep/ Chloraprep färgad, måste försiktighet iaktas så att det inte finns något kvar av produkten innan förbandet appliceras. Endast för utvärtes bruk på intakt hud. Chloraprep/ Chloraprep färgad innehåller klorhexidin. Det är känt att klorhexidin inducerar överkänslighet, bland annat generaliserade allergiska reaktioner och anafylaktisk chock. Förekomsten av överkänslighet mot klorhexidin är inte känd, men enligt tillgänglig litteratur är detta sannolikt mycket sällsynt. Chloraprep/ Chloraprep färgad ska inte administreras till någon som eventuellt tidigare uppvisat en allergisk reaktion mot lösningen som innehåller klorhexidin. Lösningen verkar irriterande på ögon och slemhinnor, med risk för ögonskador som nedsatt syn och kemiska brännår. 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 hud-desinfektion före invasiva ingrepp har satts i samband med kemiska brännskador hos nyfödda. Tillgängliga fallrapporter och publicerad litteratur tyder på att risken för hudskada tycks vara störst hos prematura spädbarn, särskilt de som är födda före graviditetsvecka 32 och hos alla prematura spädbarn under deras två första levnadsveckor. Får ej användas i öppna hudsår. 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 följas 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 volymer 1ml, 3 ml och 10,5 ml för ofärgad. Läkemedlet är tillgängligt i volymer 3 ml, 10,5 ml och 26ml 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

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

2350 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: Frida Edvardsson, Karlshamn

Foto: Privat

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

Eftertryck från tidningen utan Riksföreningen för operationssjukvårds medgivande är förbjudet.

Innehåll

Uppdukat nr 2 2021 årgång 33

Redaktionens ord...sid 4

Mayo saxen...sid 6

Svårläkta sår...sid 10

Min erfarenhet...sid 12

Omvårdtsdiagnoser...sid 16

Ha koll på regelverket ...sid 20

Porträttet...sid 24

Min nya arbetsplats -
Socialstyrelsen...sid 26

Ny utbildning ...sid 28

MYORCO ...sid 30

Magnet 4 Europe...sid 32

Min operationsavdelning...sid 34

Sveriges disputerade
operationssjuksköterskor...sid 36

Gästkrönika...sid 38

Föreningsnytt...sid 42

sid 24



sid 34



Välkommen att skicka in din artikel eller insändare till Uppdukat!

Några tips när du skriver:

- Använd dator och skriv i Word. • Skriv rubrik, ingress, underrubrik och bildtexter i löpande text (använd ej tabbar eller gör egen layout).
- Redigera inte in dina bilder i texten. Bilder skickas digitalt i tiff, eps eller jpeg-format till uppdukat@rfop.se efter överenskommelse med redaktören. Har du inte digitala bilder, skicka pappersoriginalen till redaktören.
- Skriv alltid namn, adress och telefonnummer när du skickar dokument till oss.

Hör av dig till redaktionen med frågor! Vi förbehåller oss rätten att redigera och korta bidragen. För ej beställt material ansvaras ej.

Layout: MittKompetens AB, Nattviksgatan 6, 871 45 Härnösand Tel: 0611-243 46 **Tryckeri:** Gävle Offset AB

Foto: Peo Sjöberg



Vår 2021 och vi är fortfarande mitt i en svår pandemi. Ifjol vid samma tid hade styrelsen just tagit beslut om att skjuta upp Hygienforum och vi var vid det tillfälle "helt säkra" på att 2021 då, då kan vi köra som vanligt. Nu är vi där och vi har återigen fattat beslut om att skjuta Hygienforum till 2022!

En brukar säga att det är viktigt att veta förutsättningarna, tex. start - mål, med en förändring, att veta när är vi klara. När det gäller pandemin tänker jag att det kanske har varit tur att vi ej visste ifjol att vi skulle vara i ungefär samma situation, eller värre även ett år senare. Det är många i vården som haft oklara, täta förändringar i sin arbetssituation och det sliter, lägg där till den moraliska stressen. Moralisk stress/etik är ett ämne som lyfts alltmer under den pågående pandemin. Ett ökat patient-behov kombinerat med resursbrist gör att vårdpersonal ställs inför fler etiska utmaningar samtidigt som de arbetar under hård press under långa perioder. Jag kan avslöja redan nu att detta kommer vi att få höra mer om på årets Höstkongress (jo nu måste vi tro på att vi kan genomföra den).

Att vara chef och ledare med ständiga förändringar är även det en stor utma-

ning. Ledarskapets villkor påverkas av ständiga förändringar, som leder till höga krav, som leder till att ledaren behöver hantera både kris, kaos och omställning. Vårdens specifika förutsättningar medför tre viktiga faktorer som ledarskapet måste hantera: att leda i komplexitet, att leda andra ledare från olika professioner samt att leda i och för förändring och förbättring. Förändring kan leda till oro och motstånd på arbetsplatser därav blir ofta chefs roll att hantera både oro och motstånd som kan komma vid förändringar. Att leda som chef vid förändringsarbete handlar därav mycket om att informera och skapa delaktighet. Arbetssituationer i obalans, där krav som ställs inte stämmer överens med de resurser som tillhandahålls beskrivs vara en verklighet för många chefer, speciellt inom vårdande verksamheter.

(Linda Bergström, Sociologi kandidat 2019, Luleå tekniska universitet Institutionen för ekonomi, teknik och samhälle)

Vi har i dagarna fått en mejl från en medlem där regionen planerar att börja jobba med att korta sina köer mitt under pandemin. Detta genom att öppna en ny enhet i gamla lokaler som de har tillgängliga, dock är det mycket liten (ingen) information om vilka det är tänkt ska arbeta där, eftersom det ej får påverka den ordinarie verksamheten, pensionärer? Fast som vår medlem skriver, *vi behöver ju våra pensionärer redan som det är idag*. Hur har ni det hos er? Jobbar ni med ordinarie program? Har pandemin stoppat upp er verksamhet? Hör av er till oss, rfop@rfop.se.

Vad det gäller föreningens utbildningar och kongresser så kan vi säga att vi planerar för att kunna genomföra **SPOR nätverksträff** den 21 maj, 24 september och 26 november, **Chefnätverk**, lunch - lunch den 2 - 3 september, **Trauma nivå 1**, den 29 oktober, **Höstkongress** den 2-3 december och

Chefkonferens den 3 december. Vi har öppnat anmälan till samtliga arrangemang, vi kommer ej att ta ut någon deltagaravgift förrän vi är 100 % säkra på att det genomförs så ni kan tryggt anmäla er redan nu.

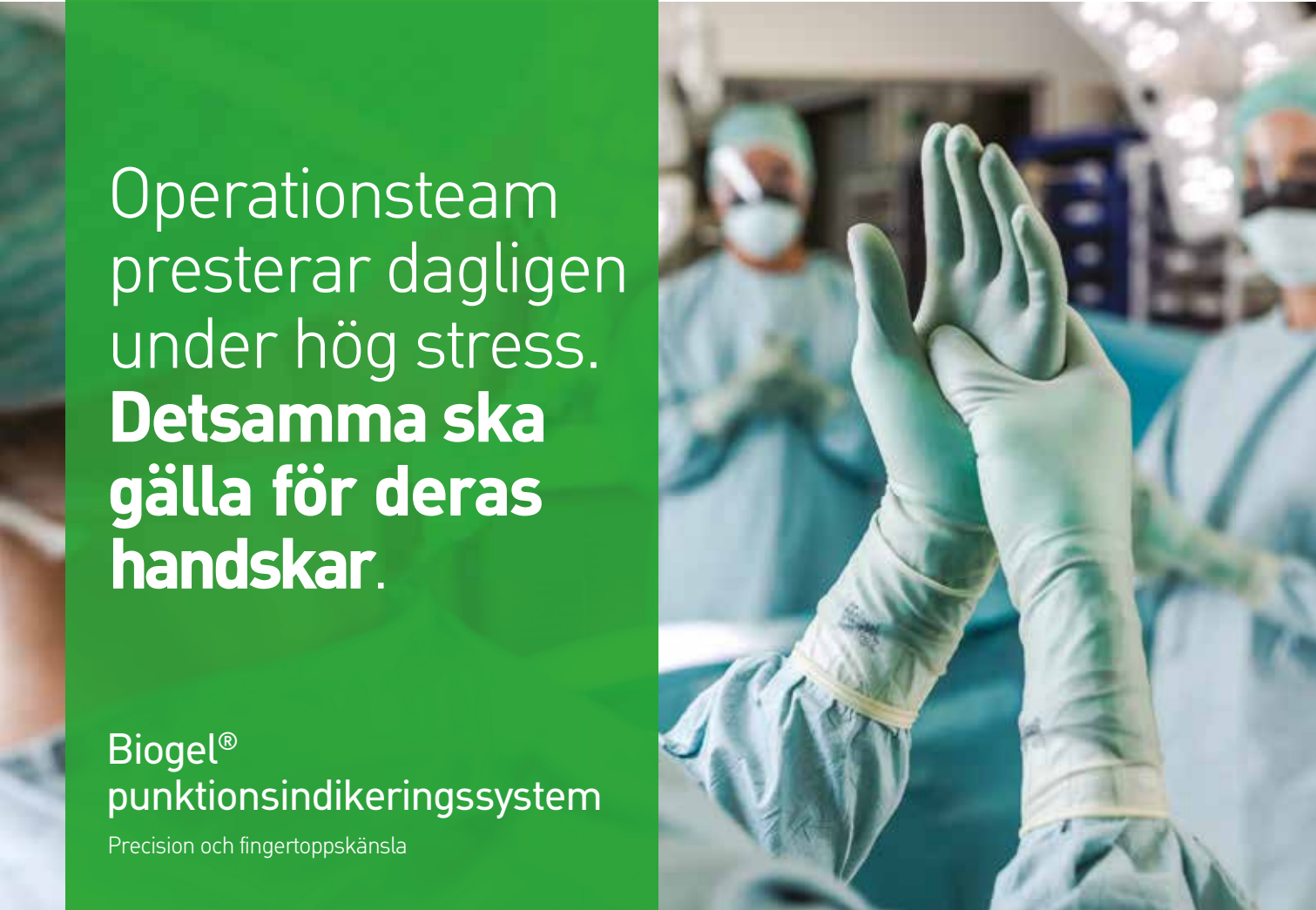
Vi fortsätter att spela in vår podd och är öppna för förslag på ämnen ni önskar att vi tar upp eller personer ni önskar att vi gör intervjuer med. Denna podd har personer som ska genomgå kirurgi som målgrupp, tycker du att det saknas en som har operationssjukköterskan i fokus? Kolla in på instagram, lyssna på ett av avsnittet och skriv gärna där en kommentar. Du hittar podden, Din operation, på Spotify och via appen podbean. Kolla även in vårt Instagram och facebook, där kan du följa avsnitten och även se så mycket mer om din förening Riksföreningen för operationssjukvård.

Årsmötet

Årsmötet den 24 april kl. 10.00 - 12.00. En av ens förenings viktigaste aktiviteter är årsmötet och ifjol genomförde vi det digitalt och så blir det även i år. Vi genomförd det en lördag förmiddag så att så många som möjligt kan vara med. Det kan till med vara så att digitala årsmötet öppnar upp för ett större deltagande än när det sker på en geografisk plats där endast ett färre antal medlemmar har möjlighet att närvara. Ta chansen att vara med, lyssna på vad din förening gjort, tänker göra framöver och du kan vara med att påverka genom frågor, förslag och att rösta.



**24 april 2021
kl. 10.00 - 12.00**



Operationsteam
presterar dagligen
under hög stress.
**Detsamma ska
gälla för deras
handskar.**

Biogel®
punktionsindikeringsystem

Precision och fingertoppskänsla

- Operationsteam runt om i världen använder dem på grund av **sin bekväma passform och höga känslighet**¹⁻⁴
- Branschledande punktionsindikering där över **90% av alla punktioner upptäcks**^{5,6,9}
- Omsorgsfullt tillverkade med **åtskilliga, rigorösa kvalitetskontroller**^{7,8}

Referenser: 1. Collins J. A Clinical Evaluation of Polyisoprene Biogel Orthopaedic Surgical Gloves. Design Validation DP36_/3.6.1, Mölnlycke Health Care 2011. 2. Collins J. A Clinical Investigation to Evaluate the Biogel PI Micro Surgical Glove to Ensure Performance as Intended. Clinical Investigation Report, Mölnlycke Health Care 2014. 3. Collins J. An Open label Evaluation of the Biogel PI ProFit Surgical Glove. CIR_BioGel_PI_ProFit_Design Validation DP35_/3.6.1, Mölnlycke Health Care. 2012. 4. Carter S, Choong S, Marino A, Sellu D. Can surgical gloves be made thinner without increasing their liability to puncture? Ann R Coll Surg Engl. 1996 May;78(3 [Pt 1]):186-7. Mölnlycke Health Care. 2012. 5. Wigmore SJ & Rainey JB. Use of coloured undergloves to detect puncture. BJS 1994; 81:1480. 6. MHC Report, Glove puncture detection system, GMCS-2017-098. Data on file. 7. Resumé af tekniske dokumenter. Mölnlycke Health Care. Data on File. 8. Internal SOP. Automatic Glove Inspection by QMAX. Mölnlycke Health Care. Data on File. 9. Laine T, Aarnio P. Glove perforation in orthopaedic and trauma surgery - A comparison between single, double indicator gloving and double gloving with two regular gloves. J Bone Joint Surg Br. 2004; 86(6):898-900.

Läs mer på www.molnlycke.se

Mölnlycke Health Care AB, Box 13080, Gamlestadsvägen 3 C, 402 52 Göteborg. Tel 031-722 30 00.
Varumärkena, namnen och logotyperna Mölnlycke, Biogel är globalt registrerade av ett eller flera företag i Mölnlycke Health Care Group. ©2020 Mölnlycke Health Care AB. Med ensamrätt.



Mölnlycke®

Mayo saxon

En historia om två bröder, "the Mother of Anesthesia" och skapandet av en världsledande sjukvårdsklinik

Allt startade med William Worrall Mayo (1819–1911). Han föddes i England och emigrerade till USA där han hade en rad olika arbeten, bland annat som skräddare innan han utbildade sig till läkare. 1864 flyttade han till Rochester Minnesota för att där starta en läkarmottagning, det var också där hans karriär som kirurg startade. Han ansåg att hans söner skulle bli händiga och lärde därför upp dom i sitt eget yrke, läkaryrket. Det var oundvikligt att de två bröderna William Mayo (1861) och Charles Mayo (1865) kom att studera till läkare.

Den äldre av bröderna, William, har sagt om sin uppväxt: "Vi uppfostrades i medicin på samma sätt som bondpojkar uppfostrades i jordbruk"

Redan som mycket unga följde bröderna sin fader på sjukbesök, assisterade under operationer och var med på obduktioner. 1877 utförde fadern en laparotomi på en 46-årig

kvinna med ovarialtumör. Under ingreppet svimmade den som skulle sköta anestesin och Dr Mayo fick kalla efter sin son Charlie som då var 12 år för att ta över anestesin. Sonen skötte uppdraget så väl att han efter det kallades för "familjens anestesilog" av fadern.

1883 svepte en tornado genom staden Rochester, 22 personer dödades och ett stort antal blev allvarligt skadade. Läkarfamiljen Mayo vårdade de skadade tillsammans med några katolska nunnor. Det fanns inget sjukhus utan man fick använda sig av de byggnader som fortfarande stod kvar efter tornadon. Efter denna händelse startade nunnorna tillhörande den katolska ordern Sisters of St. Francis en insamling för bygge av ett permanent sjukhus i staden. Man övertalade Familjen Mayo att köpa sjukhusmarken och arbeta som kirurger på sjukhuset. St Mary Hospital och det som sedermera kom bli "The Mayo Clinic" var skapat. Innan St Marys Hospital

öppnades 1889 skedde de operationer som utfördes i patienternas egna hem.

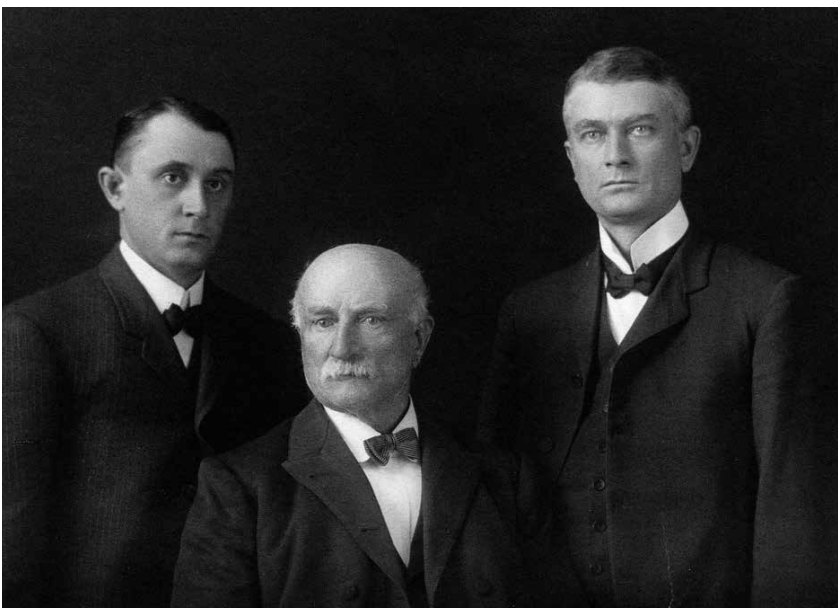
Staden Rochester var placerad i närheten av en järnvägslinje, det var den enda staden i området med ett sjukhus, detta i kombination med det snabbt spridda ryktet om den skickliga läkarfamiljen Mayo's ledde till att patienter strömmade till sjukhuset.

Bröderna anammade tidigt Lister's aseptiska principer vilket gjorde att kirurgiska ingrepp nu kunde utföras utan risk att patienterna avled i infektioner. Det var vid denna tid svårt för många att tro man kunde öppna magen på sjuka människor och att dom kunde överleva det, eller någonsin bli "folk" igen efter något sådant. Men det var precis vad det ryktades om att bröderna Mayo lyckades med. Detta gjorde att det av stadsinvårnarna ansågs mirakulöst när vänner och bekanta som varit patienter hos bröderna Mayo och överlevt en större operation.

Sjukhusets enda sjuksköterska

Hösten 1889, när sjukhuset varit i gång endast några månader anställs den första sjuksköterskan, Edith Graham. Hon hade studerat till sjuksköterska 18 månader i Chicago och var den enda utbildade sjuksköterskan i hela Rochester området. Hon började med att utbilda nunnorna i sjukvård och utförde en rad sysslor på sjukhuset. Hon var den som förberedde operationssalen inför operationer, sövde patienterna och tog hand om de efteråt. Hon var även mottagningsköterska, bokhållare och sekreterare till bröderna Mayo.

Tills början av år 1893 hade 655 operationer utförts på St Marys Hospital, av dom var 98,3% lyckade utifrån mätetalet att dom lämnade sjukhuset levande, vilket får ses som en stor framgång för bröderna Mayo



William Worrall Mayo med sina söner Charles Horace Mayo (vänster) and William James Mayo (höger) ca.1895, foto/ Wellcome Collection



Alice Magaw

och deras enda anestesist Miss Graham. Samma år gifter sig Edith med Charles, den yngre av bröderna, i samband med giftermålet avslutar hon sitt arbete på sjukhuset. Innan giftermålet har bröderna valt ut hennes ersättare i Edith's vän och studiekamrat, sjuksköterskan Alice Magaw.

Anestesins moder

Alice Magaw kallas för och anses vara "The Mother of Anesthesia" utifrån sin skicklighet i att säkert administrera öppen droppning av eter vid sövning av patienter. Alice var inte enbart kliniskt skicklig utan dokumenterade och utvärderade även alla sina anestesier. Hon publicerade flertal artiklar utifrån sina erfarenheter. Hon utförde och dokumenterade 14 000 anestesier utan något fall av anestesirelaterad död. Hennes utarbetade principer rörande anestesi står sig än idag.

I en föreläsning från 1906 beskriver Magaw i detalj hur anesthesiinduktion med Eter bäst bör ske: "Den som sköter anestesi måste kunna väcka förtroende hos patienten och en stor del i detta beror på sättet att närma sig. Patienten ska vara förberedd på varje steg i anestesi med en förklaring hur anestesi förväntas påverka honom "prata honom till sömn" med hjälp av så lite eter som möjligt."

Hon nämner också vikten av att under anestesi vara uppmärksam på tecken i andning, färg och pulsens kvalitet och framhåller att alltid ha en individuell anestesiplan för patienten och att vara förberedd på att den planen kan behöva justeras för att möta den specifika patientens behov.

"Den dos som behövs för varje enskild patient kan inte uppskattas till ett bestämt värde, den är till största delen beroende av patientens sinnestämning, sjukliga tillstånd, operationen och anestesins längd"

Magaw verkade föredra att söva med Eter istället för Kloroform som var ett annat alternativt narkosmedel. Hon beskrev skillnaderna på följande vis: "Eter dödar långsamt och ger en massa varningar innan, men med

Kloroform får man inte ens en chans att säga adjö".

Magaw var fram till 1899 ensam med att arbeta hos bröderna Mayo med att söva patienter. Senare allt eftersom fler operationssalar byggdes på sjukhuset anställdes också flera anestesisjuksköterskor. Bröderna Mayo uttrycks ofta sin stora respekt för dessa sjuksköterskors stora kunskande vilket innebar att dom som kirurger kunde lägga sitt fulla fokus på det kirurgiska arbetet i operationssalen.

Tillsammans med rykten och vittnesmål från besökare om sjukhusets framgångar, ära och berömmelse spreds även ryktbarheten om dess skickliga anestesisjuksköterska. Många sjukhus och kirurger från USA, men även från andra länder runt om i världen skickade sina sjuksköterskor till kliniken för att tränas upp i konsten att söva av Alice Magaw. Edward Ochsner var en av många kirurger som besökte sjukhuset, han hävdade att förklaringen till den låga dödlighet vid sjukhuset var dess kompetenta anestesist.



Sister Mary Joseph nodule, seen at the umbilicus

Syster Mary Joseph's tecken

Syster Mary Joseph, född Julia Dempsey 1856, var en av de katolska nunnor som startade upp sjukhuset och som sjuksköterskan Edith lärde upp i sjukvård. Syster Mary arbetade som föreståndarinna och var William Mayo's operationsassistent/operationssjuksköterska. Hon var mycket skicklig och uppskattad, Dr Mayo hade henne som förstaval att assistera vid sina operationer.

Följande är en beskrivning av syster Joseph och hennes arbete i operationssalen under ett studiebesök vid St Mary's Hospital: "Hennes många års erfarenhet och djupa kunskap av metoder och krav hos den store kirurgen och med en fingerfärdighet som är underbar. Hennes assistans är så effektiv, det nästan ser ut som att kirurgen har fyra händer att arbeta med istället för två. Hon är så van vid varje moment vid varje operation att hon vet med intuition vad kirurgen önskar."

(Dr William L Conklin. A visit to the doktors Mayo. St Mary's Hospital, Rochester, Minnesota. The American Journal of Nursing Vol 9 No6, Mar 1909, pp395-399)

I samband med att Syster Joseph utförde operationsförberedelser av magen på patienter med bukmaligntet inför laparotomier observerade hon att det ofta förekom en palpabel knöl i navelområdet. Hon tog upp sina kliniska observationer med dr William Mayo som publicerade upptäckten. 1949 skrev den brittiske kirurgen Hamilton Bailey om tecknet och döpte det då till Sister Mary Nodule, eller Sister Mary Joseph sign (Syster Marys Josephs tecken/knöl) Det är ett olycksbådande tecken med generellt dålig prognos och kan ses vid metastaser och avancerad bukmaligntet.

Ett medicinens Mecka

Bröderna utförde fler och mer avancerade operationer och förvandlade det lilla sjukhuset St Mary's Hospital till vad som beskrivits som ett "surgical powerhouse" eller medicinens Mecka. I samband med invigning av nya lokaler 1914 introducerades begreppet "Mayo Clinic" som innebar att bröderna knytter andra läkare med specialistkunskaper till sig och skapar multidisciplinära team kring patienten. Mayo kliniken var ett sjukhus dit alla reste för att se och lära av vad de framgångsrika bröderna utförde, vilka alltid var villiga att dela med sig av sina kunskaper. Bröderna gjorde också årliga "semesterresor" till andra sjukhus runt om i USA och Europa för utvecklas, se och lära sig nya metoder. Bröderna skapade tidigt en tydlig värdering för sjukhusets arbete, **att patientens behov ska komma i första hand**, vilket ligger till grund för hela Mayo kliniken filosofi. Redan 1910 formulerar William Mayo grundkonceptet för verksamheten. "The best interest of the patient is the only interest to be considered....."

Assistentbordet-Mayo Stand

Bröderna Mayo designade sina operationsrum med speglar och lampor för att underlätta för studenter och besökare att kunna se och lära sig under operationerna. För att så många åskådare som möjligt skulle få plats i operationssalen behövdes en mobil, liten bricka som kunde hålla instrument i närheten operationsområdet samtidigt som det tog minimalt med utrymme och man uppfann då Mayobordet.

De flesta Mayo-bord har tunna ben eller bara ett ben så att de kan passa in under ett operationsbord och minimerar den golvyta som behövs vilket minimerar störningar mellan instrumentbord, operationsteam och övrig utrustning.

Det är inte klart om det var en, eller vilken av bröderna som faktiskt utvecklade borden. Bröderna Mayo brukade själva säga att inget arbete de gjorde kunde ha varit möjligt utan den andre. Dr. Will och Dr. Charles stod varandra så nära att det sades om dom att om en av bröderna skulle väljas till president för landet skulle de acceptera ämbetet i den andres namn.



Copyright © 2021 Remeda AB,
All rights reserved

Tidigt i Mayo kliniken historia tränades personalen i uppförande och bemötande, och förväntades följa de regler som sjukhuset och bröderna satt upp. Redan 1927 utgavs en 101-sidor lång guidebok för dom anställda med regler och rutiner bl.a kring hur patienter skulle bemötas. Men även relationer och beteende mellan anställda togs på största allvar där samtliga anställda förväntades uppträda professionellt.

1929 tog Mayo kliniken's styrelse upp frågan om "spänningar" i operations-salar. Där man i protokollet skriver sin tydliga ställning i ämnet: *"Om kirurgerna på kliniken förväntar sig effektiv service i sin operationssal måste deras uppträdande vara så att de vinner operationspersonalens förtroende. Detta kan inte uppnås med "prima donna temperament", ilska, gnäll eller irritation under operationen"*.

Det kanske inte är helt förvånande att Mayo Clinic idag är högst rankade bland alla sjukhus i USA.

Det finns inget dokumenterat kring vem av bröderna som tagit fram Mayo-saxen. Men bröderna arbetade hela tiden i nära samarbete med varandra, stöttade och inspirerade varandra till utveckling. Mayo-saxen har halv trubbiga ändar och är antingen rak eller kurverad. Saxen användes ursprungligen att klippa vävnad nära såret eller vid dissektion av tjockare vävnad.

Den används oftast för att klippa suturer och material och kallas ibland för assistentens sax. Det är också bröderna som gett namn till "The Mayo surgical tray" det enbenta bord som används att placera instrument att på under operationer och som här brukar benämnas assistentbord. Under en resa till Chicago 1939 ram-lade Charles illa och avled senare i en pneumoni, två månader senare avled brodern William i magcancer. Samma år som bröderna avled även Syster Mary Joseph. •

Referenser

Bruce E, K. Surgeon-Nurse Anesthetist collaboration advanced surgery between 1889 and 1950. www.anesthesia-analgesia.org March 2015.vol120 Nr3.

El-Sedfy, A. Chamberlain R,S. Surgeons and their tools: A history of surgical instruments and their innovators-part I: Place the scissors on the Mayo stand. *The American Surgeon*. Nov 2014 vol.80

Jia-Wei Liu, Dong-Lai Ma. *An ominous sign from Sister Mary Joseph*. *Lancet* 2018; 392:776

Meals C,G. Meals R,A .A History of surgery in the instrument tray: Eponymous tool used in hand surgery. *The Journal of hand surgery* 2007; 32A 942-953.



Den klassiska STILLE-modellen "STILLE-MAYO" med helt rundade utsidor på bladet. Med tillåtelse att publicera, Stille AB

Nelson, J, E. Winstead S, F. Alice Magaw (Kessler) *Her life in and out of the operating room. AANA Journal. Febr 2009. Vol77. No1.*

Pougiales J. The first anesthetizers at the Mayo clinic. *AANA Journal, June, 1970.*

Tan, SY. Furubayashi, JK. The Mayo brothers (William James Mayo 1861-1939, Charles Horace Mayo 1865-1939): Pioneers of group surgical practice. *Singapore medical journal 2012;53(3)*

Viggiano T, et.al Putting the needs of patient first: Mayo clinic's core value, Institutional culture, and professionalism covenant. *Academic medicine Vol 82, no11/November 2007*

Watson, R, D. Anesthesia as women's work: The historical role of the female anesthetist. *Bulletin of Anesthesia History 2006, April Vol 24 Nr2*

William T, R. Sukumar, P, D. The history of the nurse anesthesia profession. *Journal of clinical anesthesia (2016) 30,51-58.*

Patienten först – tillsammans skapar vi den bästa vården

OPERATIONS-SJUKSKÖTERSKA

till Bröst-, Endokrina tumörer och Sarkom i Tema Cancer

Som den enda verksamheten inom region Stockholm har vi skapat en unik kombination mellan öppenvård och operation! Vi erbjuder dig som operationssjuksköterska en möjlighet att få jobba med två inriktningar inom samma enhet; mottagningsarbete och operationsarbete. Vi söker en erfaren operationssjuksköterska som vill prova något nytt och vara med i vår grupp och fortsätta utveckla arbetet.

Information om tjänsten lämnas av:

Liselotte Karlsson, omvårdnadschef. Tel: 08-517 777 08

Välkommen med din ansökan senast 2021-05-30.

Ref-nr: 175040



Läs mer och ansök på karolinska.se/jobb



KEBOMED

KLS MARTIN medLED® CHROME PANNLAMPA

Kraftig trådlös pannlampa med
upp till 270.000 Lux

Ett perfekt komplement för operationer
som kräver extra belysning

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



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

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



Svårläkta sår

Automatisk och noggrann dokumentation av såryta för svårläkta sår – direkt vid vårdtillfället

Behandlingen av svårläkta sår är en utmanande uppgift som uppskattas stå för 2 – 4% av Sveriges årliga utgifter för hälso- och sjukvård. Såryta har för behandlande sårpersonal visats vara ett av de viktigaste måtten vid bedömning av sårets utveckling. Forskare vid Linköpings Universitet har tagit fram ett nytt digitalt verktyg (SeeWound) som genom artificiell intelligens automatiskt beräknar sårstorlek direkt vid vårdtillfället. SeeWound utvärderas idag på ett 20-tal kliniker och vårdcentraler runt om i Sverige.

Vikten av sårstorlek vid sårbehandling

Vikten av sårstorlek vid sårbehandling kan sammanfattas i fyra övergripande punkter (1) utvärdera om såret läker enligt plan, (2) möjliggöra en kontinuitet i sårbehandlingen vid variationer i behandlande personal, klinik eller vårdgivare, (3) utvärdera effekten av insatta behandlingar, (4) möjlighet att inkludera patienten i sitt eget läkningsförlopp.

En korrekt och objektiv dokumentation av såryta kan därför leda till både förbättringar för patienterna och tids- och ekonomiska besparingar inom vården.

Forskningen bakom SeeWound började med fokus på brännskadors läkningsförmåga

Professor Folke Sjöberg har, tillsammans med flertalet doktorander, under de senaste 15 åren forskat inom metoder för oberoende och objektiva bedömningar av brännskadors läkningsförmåga, dvs. om brännskadan kommer att läka av sig själv eller om skadan behöver transplanteras. Som del i arbetet insåg forskningsgruppen att en dator tränad genom artificiell intelligens kan identifiera konturerna av skadan på bilder nästintill perfekt. Ett arbete påbörjades där så kallade superdatorer (datorer med extremt hög processorkraft) försågs med 10 000-tals bilder av svårläkta sår för att lära sig att automatiskt och objektivt identifiera sårkanterna. För att datorn sedan ska kunna återge ytan av såret

placeras en färgad ruta invid såret innan bilden tas. SeeWound beskrivs i Figur 1. Exemplet visar ett bensår med area om 7.86 cm².

Befintliga metoder för sår-mätning

Den vanligaste metoden för att mäta sårytan är med engångslinjal; sårets längd och bredd multipliceras för att ge en uppskattning av sårets yta. Forskning har visat att metoden över-skattar såryta med >40% (Rogers et al.) och att skillnaden mellan mätare kan vara upp till 80% på ett enskilt sår på grund av subjektiva variationer vid bedömning av sårkonturer.

Ett alternativ linjal är digital planimetri. Digital planimetri innebär att såret täcks med en plastfilm och att sårpersonal manuellt ritar in sårets konturer för att sedan analysera storleken via dator. Digital planimetri tar bort de frekventa överskattningarna av såryta som uppstår vid manuell mätning med linjal men den subjektiva



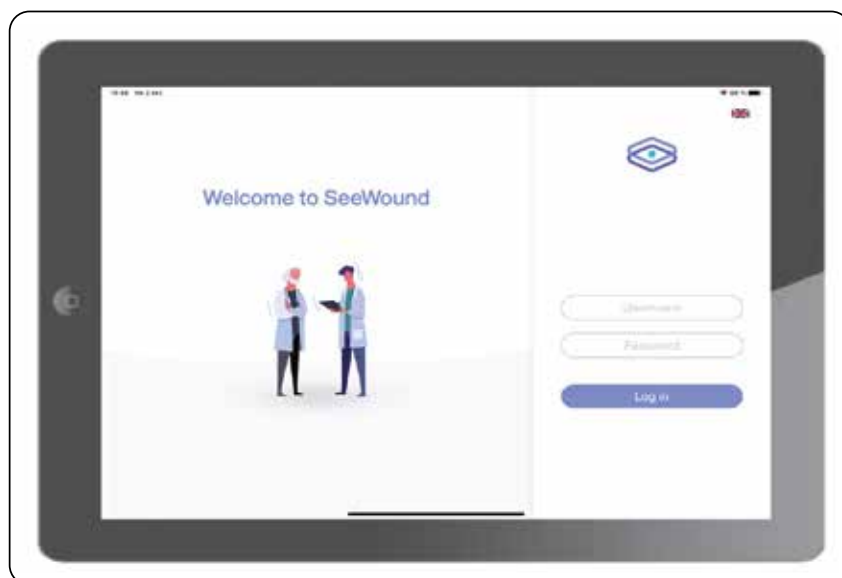
Folke
Sjöberg



Zacharias
Sjöberg



Karl Lindborg



Figur 1a: Enkel applikation till iPad med personliga konton för vårdpersonal.



Figur 1b: Bild av såret och referenskortet tas direkt i applikationen under vårdtillfället.



Figur 1c: Sårkanterna markeras automatiskt (svart) och SeeWound återger en storleksuppskattning av sårets yta (7.86 cm²) direkt vid vårdtillfället.

bedömningen av sårkanter från person till person och tillfälle till tillfälle kvarstår. Jämfört med digital planimetri berättar Folke Sjöberg att "mätningen med SeeWound blir mer exakt och tar bort den subjektiva bedömningen om var sårkanterna faktiskt är". Digital planimetri upplevs ofta som krångligt eftersom plastfilmen måste läggas över såret för att få en precis uppskattning.

Ytterligare ett alternativ till linjal är tre-dimensionell foto-registrering med specialkameror (tex. XotoCam och WoundWorks Insight). Specialkamerorna återger bland annat sårets area och volym men också ytterligare information såsom tecken på infektion. Utrustningen är idag relativt dyr och komplex och används därför sällan i den dagliga behandlingen av sår.

SeeWound – automatisk mätning av såryta

SeeWound utvärderas idag på ett 20-tal kliniker och vårdcentraler (däribland Hudmottagningen Linköping, Brännskadeavdelningen Linköping, Sårcentrum Blekinge) runt om i Sverige. Användarna är positiva till applikationen och berättar även att patienterna uppskattar verktyget eftersom de blir mer delaktiga i sin egen behandling. Matilda Karlsson (Specialistsjuksköterska, Brännskadeavdelningen Linköping) ser SeeWound som en kliniskt användbar lösning för att snabbt och effektivt få en objektiv uppskattning på sårets storlek direkt vid vårdtillfället: *SeeWound är ett hjälpsamt instrument som är roligt att använda. Vi använder numer SeeWound för behandlingsutvärdering på många av våra sår och när vi inte har tillgång till en iPad saknar vi den direkt.*

SeeWound finns tillgänglig för fler kliniker och vårdcentraler som är intresserade av att enkelt och automatiskt

dokumentera sårstorlek hos patienter med svårläkta sår (www.sebermedical.com) •

Blev du intresserad och vill du veta mer? Kontakta Zacharias Sjöberg zacharias@dermacut.se +46761662207

Referenser

Christina Lindholm, SårMagasinet nr 1 2018

Rogers et al. *Digital Planimetry Results in More Accurate Wound Measurements: A Comparison to Standard Ruler Measurements*, Journal of Diabetes Science and Technology, Volume 4, Issue 4, July 2010

Cirillo M, Mirdell R, Sjöberg F, Pham T, *Time-Independent Prediction of Burn Depth Using Deep Convolutional Neural Networks*, Journal of Burn Care & Research, Volume 40, Issue 6, November/December 2019, Pages 857–863

Patienten först – tillsammans skapar vi den bästa vården

BITRÄDANDE UNIVERSITETS- SJUKSKÖTERSKA

inom Hygien till Barnoperation

Information om tjänsten lämnas av:

Veronica Mickos. E-post: veronica.mickos@sll.se

Tel: 08-5177 22 79

Madeleine Sahlström, omvårdnadschef

E-post: madeleine.sahlstrom@sll.se. Tel: 0722 542 478

Välkommen med din ansökan senast 2021-04-30.

Ref-nr: 175098

 **KAROLINSKA**
UNIVERSITETSSJUKHUSET

Läs mer och ansök på karolinska.se/jobb



Min erfarenhet

Alla i samhället och inte minst i sjukvården påverkas av den nu pågående Covid-19 pandemin. Jag arbetar vanligtvis halvtid som projektledare för det traumaprojekt som vi driver på Universitetssjukhuset i Linköping. Den andra delen av min arbetstid spenderar jag på Katastrofmedicinskt centrum i Linköping där jag och mina kollegor utbildar i katastrofmedicin och stab & ledning vid särskilda händelser. Min profession i grunden är operationssjuksköterska och jag har i hela mitt yrkesverksamma liv arbetat med med trauma och akutsjukvård både nationellt och deltagit i internationella insatser. Jag fick frågan av RFop att skriva om mitt arbete under våren 2020. Nu är det snart december 2020 och pandemin har åter gått in i en mer intensiv fas. Det gör att min text uppdateras med det arbete som jag nu bidrar med i Regional särskild sjukvårdsledning i Region Östergötland.

När Universitetssjukhuset i Linköping i början av mars 2020 gick upp i förstärkningsläge fick funktionen materielansvarig i den lokala särskilda sjukvårdsledningen. Att arbeta i stab under rådande omständigheter har på många sätt varit lärorikt och inneburit utmaningar. Det har varit ett jobb som inneburit att koordinera materiel och i början att omfördela till de verksamheter på sjukhuset som hade störst behov. Stort fokus har som bekant legat på skyddsmateriel och få den att räcka till och leva upp till de krav som verksamheterna är i behov av. Under pandemins mest intensiva fas i våras var jag en liten kugge i att bygga upp en helt ny IVA-avdelning på sjukhuset och sett fokus skifta från skyddsmateriel till materiel för att kunna hantera A och B hos våra patienter. Fokus hela tiden varit att försöka inventera och omfördela och tänka strategiskt och med bra logistikflöde. Grundtanken från lokal sjukvårdsledning här på mitt sjukhus har varit att vi måste försöka få flöden och allt merarbete kring materialfrågor att fungera utan att ytterligare belasta den personal som sliter hårt i den kliniska vården.



Louise Almström

En lugnare period

Sommaren kom och innebar för många av oss en lugnare period åtminstone gällande Covid-19. Under hösten har pandemin tagit fart och i slutet av oktober gick Region Östergötland åter upp i stabsläge. För mig innebar detta att jag numera sitter som en del av Insatsledning Materiel i Regional Särskild Sjukvårdsledning. Arbetet är att koordinera materialfrågor från alla våra tre sjukhus samt primärvården. I det arbete jag har ägnat 2020 åt har jag haft stor nytta av min grundprofession som operations-

sjuksköterska och all den erfarenhet jag fått genom åren. Att Region Östergötland och många andra regioner runt om i Sverige på otroligt kort tid har ställt om och utökad kapaciteten har gjort att vi lyckats vårda ett stort antal svårt sjuka patienter. Att få vara en del av det arbetet kommer jag alltid att bära med mig med stolthet. Sedan har vi från sjukvården lärt oss otroligt mycket som vi nu förhoppningsvis kommer att implementera i våra verksamheter när vi så småningom återgår till en vardag.

Sedan har jag i min erfarenhetsbank fått med mig mängder med ny kunskap. Den här kunskapen kommer jag framöver att få användning av när jag tillsammans med Susanna Eriksson som är operationssjuksköterska och traumakoordinator på NKS tar oss an nästa utmaning. Det är att vara chefsjuksköterskor för den förstärkningsmodul som Socialstyrelsen köpt in och rekryterat personal till. Att få chansen att vara en del i det arbete som bedrivs för att bygga upp ett civilt försvar ska bli otroligt spännande. •

Louise Almström, Projektledare Traumatocentrum US i Linköping/Lärare i katastrofmedicin, Katastrofmedicinskt centrum Linköping

Det blir inget Hygienforum 2021

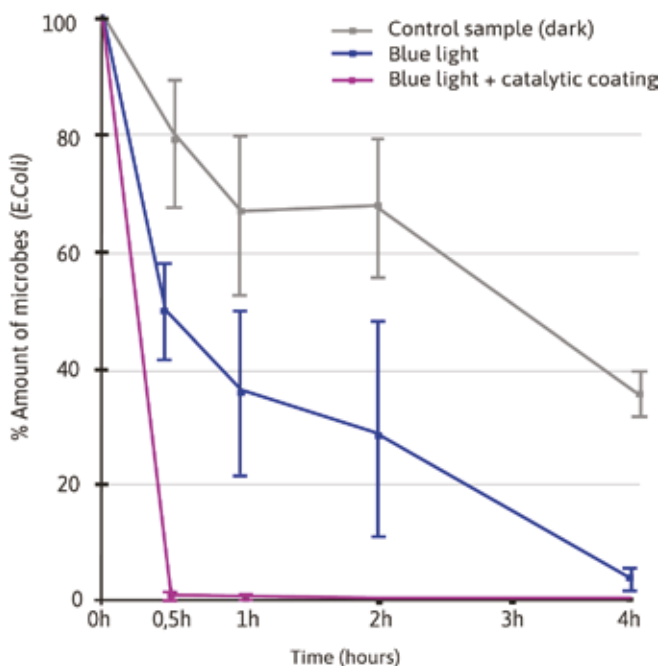
Även 2021 blir ett år utan det viktiga Hygienforumet, men så länge vi har den pågående pandemin så är det lätt att välja och vi väljer att vänta med det 13:e Hygienforumet till den 19 - 20 maj 2022.

Vi kommer att presentera programmet under hösten 2021.

Riksföreningen för operationssjukvård



Effektiv desinfektion med blått LED-ljus - för infektionsprevention och en god arbetsmiljö



- Minimerar personalens exponering för starka kemikalier
- Förbättrar patientsäkerheten och sparar pengar genom att minska vårdrelaterade infektioner (se USA-baserad longitudinell studie*)
- Uppnår en bättre hygienisk nivå med konsekventa desinfektionsresultat

Läs mer om produkterna på vår hemsida

www.bernermedical.se

Vill du veta mer? Ring oss på 040-680 68 00.

Redan efter 30 min hade 99 % ($2 \log_{10}$) av E.Coli bakterierna eliminerats.

Två timmar under det blå ljuset resulterade i över 99,9 % ($3 \log_{10}$) minskning av E.Coli.

Laborrietester från ackrediterade oberoende laborier visar att LED Tailors blå ljus + fotokatalytiska beläggning är det snabbaste och mest effektiva automatiska sättet att desinficera ytor.

*Användningen av antimikrobiellt blått ljus i operationssalar har i referentgranskade vetenskapliga artiklar påvisats avsevärt minska förekomsten av postoperativa infektioner.

Ref: Murrell LJ, Hamilton EK, Johnson HB, Spencer M. Influence of a visible-light continuous environmental disinfection system on microbial contamination and surgical site infections in an orthopedic operating room. *Am J Infect Control*. 2019 Jul;47(7):804-810. doi: 10.1016/j.ajic.2018.12.002. Epub 2019 Jan 10. PMID: 30638672.

Bröderna Berner AB, Berner Medical
Box 50132, 202 11 Malmö
Besöksadress: Flintränegatan 21, 211 24 Malmö

BERNER
MEDICAL

Välkommen att söka

Riksföreningen för operationssjukvårds eget stipendium för operations-sjuksköterskor för deltagande på vår 56:e Höstkongress i Stockholm 2021!

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

Under 2021 kommer vi att dela ut:

Två stipendier, till medlemmar, som avser resa, en hotellnatt och kongressavgift för deltagande vid Höstkongressen i Stockholm den 2 – 3 december 2021.

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

Sista ansökningsdag: 27 augusti 2021 och stipendierna meddelas efter den 6 september 2021

Två stipendier, till studenter, som avser resa, en hotellnatt och kongressavgift för deltagande vid Höstkongressen i Stockholm den 2 – 3 december 2021.

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

Sista ansökningsdag: 27 augusti 2021 och stipendierna meddelas efter den 6 september 2021.

Ansökan

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

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

Skriv dina personuppgifter och e-postadress separat, lägg i ett slutet kuvert, skriv inget på kuvertet, som bifogas ansökan.

Skicka din ansökan till:

Marie Afzelius
Erik Dahlbergs gata 26
254 38 Helsingborg

Vid frågor kontakta:

marie.afzelius@rfop.se



Höstkongress

STOCKHOLM WATERFRONT

2 - 3 DECEMBER 2021

Tack för att du var medlem 2020, vi hoppas på fortsatt förtroende 2021!

Som medlem i Riksföreningen för operationssjukvård är Du föreningens största tillgång. En del av ditt medlemskap är just att du får tidningen Uppdukat! Just detta nummer får även du som ännu ej betalat din medlemsavgift.

Vill du ha nr 3 behöver du betala in din avgift senast den 31 maj 2021.

Riksföreningen för operationssjukvård (RFop) är Sveriges professionsförening för operationssjuksköterskor och en sektion inom Svensk sjuksköterskeförening. Vårt främsta mål och uppgift är att bevaka och gagna operationssjuksköterskornas gemensamma utbildnings- och yrkesintressen samt att främja utvecklingen av den perioperativa omvårdnaden. Det gör vi bland annat genom att ge ut medlemstidning Uppdukat 4 gånger per år, anordna Hygienforum, Höstkongress, Chefkonferens, traumautbildning, nätverksträffar för medlemmar via våra DS, chefer, lärare, SPOR frågor mm.

Vi är även engagerade och bevakar frågor gällande olika patientsäkerhetsprojekt och frågor, som PRISS, säker buk, säker trauma, levnadsvanor mm.

Du kan även se oss på Instagram, (rfop.se), Facebook, (riksföreningen på operationssjukvård), lyssna på vår podd, Din operation på Spotify och podbean samt hitta information på rfop.se.

Om du ej har betalat din medlemsavgift för 2021 hoppas vi att du vill fortsätta som medlem och betalar in din avgift senast den 31 maj på pg 70 80 08-8. Vår medlemsavgift är 350 kr per kalenderår. Du kan även swisha på 123 357 86 48, ange ditt namn och din adress.



Opragon

by Avidicare

Ultra-rena, säkra och komfortabla operationsrum

Opragon ger säker och behaglig arbetsmiljö för operationspersonalen med ultra-ren luft i **hela** operationsrummet.

(Alsved, M, et al. (2017) Journal of Hospital Infection).

Läs mer på
www.avidicare.com



Omvårdnadsdiagnoser

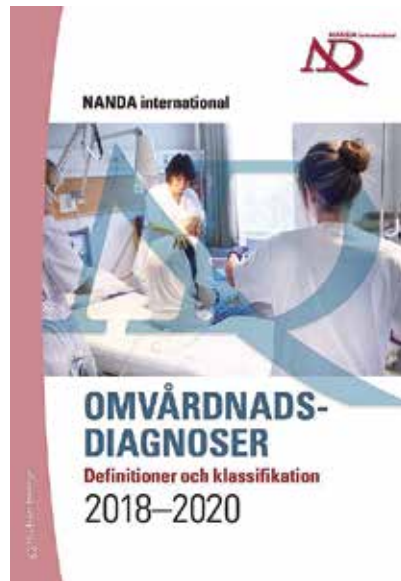
- framtida dokumentation i patientens journal

Elektroniska patientjournaler används mer och mer inom hälso- och sjukvården. Möjligheten ges att standardiserade termer i omvårdnaden kan användas och medverka till ett gemensamt språk. En gemensam terminologi kan dessutom vara behjälplig i utsökning av data i forskningssammanhang.

Omvårdnadsprocessen (Yura & Walsh, 1973) är en problemlösningssmodell som sjuksköterskan kan använda sig av vid vårdplanering i omvårdnadsarbetet med patienter. Tanken är att sjuksköterskan ska arbeta efter omvårdnadsprocessens faser. Dessa är datainsamling, planering, åtgärder och utvärdering. Omvårdnadsprocessen beskriver hur vårdplanering och dokumentationen kan tillgå.

Omvårdnadsprocessen har med tiden utvecklats till att även omfatta omvårdnadsdiagnoser. Dessa blir riktlinjerna för det omvårdnadsarbete som ska ske med patienterna. I Patientdatalagen (Socialstyrelsen, 2008:355) anges också att sjuksköterskan ska dokumentera enl. en planering och det som förordas är omvårdnadsprocessen.

I Sverige presenterades VIPS modellen (Välbefinnande, Integritet, Prevention, Säkerhet) av Ehnfors, Ehrenberg, & Thorell-Ekstrand (2000; 2013). VIPS modellen kom att få en betydelse för sjuksköterskans arbete med patientjournalen. Termer i VIPS-modellen hade tagits fram på vetenskaplig basis och termerna användes som sökord i att strukturera upp dokumentationen så att det blev lätt att hitta i dokumentationens text. VIPS-modellen medverkade till att sjuksköterskans dokumentation blev mer strukturerad. Omvårdnadsdiagnoser fanns med i VIPS ursprungsmodell och det var sjuksköterskan som utförde vård-



planeringen som skapade omvårdnadsdiagnoserna för den patient som vårdplaneringen gällde.

En omvårdnadsdiagnos är en klinisk bedömning av den analys som gjorts utifrån patientens behov, problem, resurs eller risk. En omvårdnadsdiagnos är vägvisare för valet av omvårdnadsåtgärder dvs steg två i omvårdnadsprocessen (Ehnfors m.fl. 2000;2013: NANDA I, 2019)

Handbok i Omvårdnadsdiagnostik

Med intresse har jag tagit del av två böcker som nyligen utkommit. Det är dels boken "Handbok i Omvårdnadsdiagnostik - Diagnos, Mål, Åtgärd" (Carpenito, 2020) och dels "NANDA-I" - Definitioner och klassifikation, 2018-2020 (Heather Herdman, 2019), böcker till hjälp att utveckla arbetet med omvårdnadsdiagnoser.

Handbok i Omvårdnadsdiagnostik (Carpenito, 2020) är översatt från engelska till svenska och är den första svenska utgåvan. Det är en handbok

i att skapa omvårdnadsdiagnoser inom sjuksköterskans arbetsområde. Omvårdnadsdiagnoserna i boken är i enlighet med det klassifikationssystem som NANDA-I (Heather Herdman, 2019) tagit fram. Bokens innehåll är aktuell och väsentlig. Den är dels skriven för studerande, men kan också ses i ett undervisningsperspektiv för yrkesverksamma sjuksköterskor, beslutsfattare och andra som vill utveckla vårdplanering för patienter. Omvårdnaden beskrivs på ett systematiskt sätt och bidrar till underlätandet av att skapa omvårdnadsdiagnoser. Carpenito (2020) anger att standardiserade begrepp inom omvårdnaden kan öka till en säkrare vård och ett gemensamt språk. Omvårdnadsprocessens olika steg (datainsamling, omvårdnadsdiagnostik, planering, åtgärder och utvärdering) finns beskrivna och förklaring finns på förslag hur de olika faserna ska användas. Boken är uppbyggd i tre sektioner. Sektion ett har rubriken *Omvårdnadens fokus*. I kapitlet ställs bl.a frågor som varför sjuksköterskor inte kan använda ord som alltid använts? Varför inte omvårdnadsdiagnoser används mer av yrkesverksamma sjuksköterskor än som det görs? Författaren ger sin syn på frågorna och diskuterar också kritik och oenigheter med omvårdnadsdiagnoser. Bland annat redogörs för frågan om avancerade specialistsjuksköterskor behöver använda omvårdnadsdiagnoser för att kunna utöva sitt yrke? Författaren anser att olika professioner bör arbeta med standardiserade begrepp. Det skulle kunna bidra till en säkrare vård och ett gemensamt språk inom professionen. Begreppet omvårdnadsexpertis diskuteras. Här anses expertsjuksköterskan ha kunskaper i bedömning, kunna ta beslut om lämplig vård och i rätt tid.

Varje sektion i boken inleds med att ange lärandemål som styr upp vad

som är viktigt och medverkar på så sätt till en förståelse för avsnittets innehåll. Sektionen avslutas med text och då främst avsedd till studerande. I nio steg ges information om hur de olika delarna kan utövas vid konceptkartläggning, dvs en teknik att organisera en dataanalys. Författaren uppger att vårdplaneringssystem kan struktureras på tre nivåer. Nivå ett anges som vårdenhetens vårdstandard, nivå två standardiserade vårdplaner och nivå tre individuella vårdplaner. Gällande standardiserade vårdplaner anser författaren att de kan innehålla de flesta prioriterade omvårdnadsdiagnoserna men att omvårdnadsåtgärderna ska individanpassa för varje patient.

Sektion två utgör *Handbok i omvårdnadsdiagnoser*. Denna sektion är indelad i olika delar där diagnoserna ska placeras in i lämpliga kategorier varav *del ett är individuella omvårdnadsdiagnoser, del två familje- och hemrelaterade omvårdnadsdiagnoser, del tre grupp- eller samhällsrelaterade omvårdnadsdiagnoser* och till sist *del fyra hälsofrämjande-/resursdiagnoser* (Carpenito 2020). Varje kategori beskrivs sedan med tre obligatoriska NANDA-I (Heather Herdman, 2019) element såsom, definition av kategorin, definierade kännetecken, tecken och symtom eller riskfaktorer. Den sista NANDA-I elementet som beskrivs för kategorin är relaterade faktorer som kan bidra eller orsaka den aktuella diagnosen. Författaren har också lagt in kommentarer som förtydligar tanken av diagnosens betydelse eller dess användning. Under rubriken nyckelbegrepp förklaras ytterligare hur sjuksköterskan ska tänka vid allmänna eller specifika funderingar. Sedan ges förslag på kriterier för varje diagnos med efterföljande tips på mål och åtgärder för diagnosen. Boken blir på så sätt en uppslagsbok och hjälp för sjuksköterskan vid planering och dokumentation av patientens vård. Tanken är att vårdplaneringen ska dokumenteras i ett elektroniskt journalsystem vilket gör vårdplaneringen lätthanterlig i vårdarbetet.

Sektion 3 utgör *Handbok i kollaborativa problem*. Denna sektion innefattar 54 specifika kollaborativa problem d.v.s. potentiella komplikationer vilka sedan är indelade i åtta kategorier. I avsnittet beskrivs en hel del riskdiagnoser och för varje sådan ges en definition, högriskfaktor, sjuksköterskemål som sjuksköterskan

ska hantera och minimera. Handbok i omvårdnadsdiagnoser (Carpenito, 2020) ger läsaren grunder i att arbeta med vårdplanering och omvårdnadsdiagnoser. Enligt författaren ska den ses som rådgivande men att förslagen kan vara utförbara. Det är lätt att hitta information i boken då strukturen är tydlig med återkommande rubriker i de olika kapitlen. Interaktiva övningar med patientfall finns också inlagda, med frågeställningar och facit, för att öka färdigheten i att arbeta med vårdplanering och skapa omvårdnadsdiagnoser. De olika avsnitten avslutas med lättlästa sammanfattningar.

NANDA-I Omvårdnadsdiagnoser Definitioner och klassifikation 2018–2020

Boken NANDA-I (Heather Herdman, 2019) är en guide med klassifikation och sammanställning av omvårdnadsdiagnoser som har granskats och godkänts av NANDA-International. Innan en omvårdnadsdiagnos ställs och en vårdplanering ska ske, arbetar sjuksköterskan utifrån omvårdnadsprocessens faser. I NANDA-I (Heather Herdman, 2019) finns en figur inlagd som beskriver processens steg. Omvårdnadsprocessens första steg är sjuksköterskans samtal med patienten och utifrån samtalet görs en datainsamling. Därefter ställs en omvårdnadsdiagnos. Omvårdnadsdiagnoserna ska sedan användas till vårdplaneringen av patienten. Tanken är att i mötet med patienten och dess anhöriga, precisera behovet av omvårdnad med hjälp av omvårdnadsdiagnoser. Sjuksköterskan kan med hjälp av omvårdnadsdiagnoser tydligare se vad vården ska fokuseras på. Innehållet i boken ger användaren hjälp till ökad förståelse för bedömning, syfte och användning av omvårdnadsdiagnoser. Om standardiserade uttryck finns, kan dessa underlätta användningen i elektroniska datasystem. Omvårdnadsdiagnoser visar också tydligare sjuksköterskans omvårdnadsarbete, dels inom den egna specialiteten men också för andra professioner.

NANDA-I (Heather Herdman, 2019) är översatt till 20 olika språk vilket också kan medverka till ökad förståelse av omvårdnadsarbetet internationellt. I denna, den elfte upplagan av boken innehåller taxonomin 244 diagnoser. Åtta stycken diagnoser har tagits bort från tidigare upplaga och 72 stycken diagnoser har reviderats. Elva stycken diagnosuttryck har



Monica Kelvered

ändrats och i boken finns tabeller över vilka nya omvårdnadsdiagnoser som reviderats eller tillkommit. B.la har det tillkommit nya riskdiagnoser och några exempel på dessa nya är riskdiagnos för infektion i operationsåret och risk för tromboembolism. Varje diagnos har diskuterats av volontärer och medlemmar i NANDA-I och de flesta diagnoserna har en identifierad faktabas. Ett förslag på en omvårdnadsdiagnos kan sändas in till styrgruppen i NANDA-I, som sedan diskuterar, bedömer och undersöker om omvårdnadsdiagnosen kan användas och läggas in i taxonomin. Information om vem som kommit med förslaget till diagnosen anges också i en sammanställning av omvårdnadsdiagnoserna.

I NANDA-I (Heather Herdman, 2019) förtäls att alla omvårdnadsdiagnoser inte är anpassningsbara inom alla verksamheter, utan en del är specifika för vissa specialiteter. I bokens inledande kapitel, kliniskt resonemang, beskrivs hur vårdplanering ska ske från bedömning till diagnos. En noggrann beskrivning ges också hur sjuksköterskan ska använda omvårdnadsprocessen i det kliniska arbetet och en grundlig information om hur omvårdnadsdiagnoser ska skapas. Tretton olika domäner finns beskrivna och är placerade i nivå ett. Varje domän har en tydlig definition på diagnosen. Diagnosen får en kod som läggs in i datasystemet. Därefter följer nivå två, i vilken underliggande klass lagts in. Slutligen finns nivå tre med förslag på åtgärder relaterade till diagnosen. Sammanfattningsvis kan sägas om boken att den är relativt enkel att använda, är ett stöd och

hjälp i, att utsöka och skapa omvårdnadsdiagnoser. Detta kan bidra till att kvalitetssäkra sjuksköterskans omvårdnadsarbete.

Hur skulle innehållet i ”Handboken i omvårdnadsdiagnoser” av Carpenito (2020), kunna användas inom den perioperativa vården?

Tollerud, Botsford, Hogland, Price, Sawyer. & Bradely. (1985) funderade över hur omvårdnadsprocessen kunde användas inom den perioperativa vården och kom att skapa en modell, den perioperativa vårdmodellen. Den perioperativa vården indelades i en pre-, intra- och postoperativ vård. I modellen angavs hur, var och när omvårdnadsprocessen skulle ske.

Panelius, Varisto (1985) kom ut med boken Perioperativ vårdlära vilket hade stor betydelse för utvecklingen av perioperativ omvårdnad på så sätt att den var på svenska och beskrev hur den perioperativa modellen (Tollerud m.fl., 1985) kunde användas. Boken var kurslitteratur på -80, -90 talen för studenter i operations-sjuksköterskeutbildningar runt om i Sverige.

Kelvered, Gustavsson (2013) kom ut i boken PeriOP-VIPS beskriva VIPS modellens sökord anpassade till den perioperativa vården. Den perioperativa vårdmodellen (Tollerud mfl, 1985) fanns med i PeriOP-VIPS boken och tanken var att innehållet skulle medverka till att få in ett strukturerat arbetssätt med perioperativ omvårdnad inom den perioperativa vården. PeriOp-VIPS kom att användas av studenters studieuppgifter men också av yrkesverksamma sjuksköterskor för dokumentation i elektroniska patientjournaler.

Kompetensbeskrivningar för sjuksköterskor (Svensk sjuksköterskeförening, 2017) och sjuksköterskor inom perioperativ vård (Riksföreningen för operationssjukvård, 2020) anger att samtliga sjuksköterskor ska vårdplanera och dokumentera uppgifter enl. en omvårdnadsprocess. Patientdatalagen (2008:355) och Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om journalföring och behandling av personuppgifter (HSLF-FS 2016:40) (2021) ger också stöd för sjuksköterskans dokumentation och att uppgifterna i en patientjournal ska vara entydiga samt att publikation/termbank av något slag ska användas.

Hur skulle INCP kunna användas inom den perioperativa vården?

En tanke är således att handbok i omvårdnadsdiagnoser (Carpenito, 2019) kan medverka till att ge stöd i utveckling av vårdplanering i perioperativ vård. Den kan bidra till att vårdplaner utvecklas och som sedan tydliggör vilken omvårdnad som ges i den perioperativa vården. En annan tanke är vårdplaneringen med omvårdnadsbegrepp och termer, vilka kan utvecklas på ett strukturerat sätt för att öka förståelsen för perioperativ omvårdnad. På så sätt kan en ökad kvalitativ vård ges med patienterna inom den perioperativa vården.

I svensk hälso- och sjukvård rekommenderas användning av den terminologi som beskrivs av ICNP (International Classification of Nursing Practice) (2021), vilket också stöds av Socialstyrelsen (2021) och Svensk sjuksköterskeförening (2021). ICNP har också testats i klinisk miljö (INCP, 2021). I INCP finns VIPS modellen inlagd (Ehnfors m.fl., 2000; 2013). ICNP kommer i framtiden att ingå i termbanken Systematized Nomenclature of Medicine – Clinical Terms och som förkortas SnoMed CT (Socialstyrelsen, 2021; HSLF-FS 2016:40, INCP, 2021). SnoMed CT är en termbank i vilken flera andra termbanker samlats som tex läkarnas medicinska journal och klassifikation av vårdåtgärder (KVÅ). Jansson, & Karlsson. (2017) berättar att gemensam informationsstruktur består av nationell informationsstruktur och nationellt fackspråk. Med nationellt fackspråk kan olika professioner använda gemensamma klassifikationer, termer och begrepp.

Sektionen för omvårdnadsinformatik (2021) har i en arbetsgrupp arbetat mer med ICNP. På sektionens hemsida finns information utlagd med vad ICNP innebär. Hela listan på ICNP på svenska finns också att tillgå på sektionens hemsida. Florin (2021) förtydligar mer om omvårdnadens språk samt om ICNP via en ny publicerad video utlagd på Youtube. Florin ingår i expertgruppen för ICNP. Hänvisning finns också till ICNP-termer på svenska och bl.a är diagnos och åtgärder baserade på VIPS modellen och dess sökord. Till stöd för användning av omvårdnadstermer kan ICNP Browser (2021) användas. Den är en webbläsare, ett dataprogram för att ladda ner begrepp och termer.

För den som vill veta mer eller få tips på hur vårdplanering och dokumentation kan genomföras inom perioperativ vård kan kapitlet *Dokumentation av operationssjukvård* i boken *Operationssjukvård* (Kelvered, Gustafsson & Sandersson, 2012) vara till hjälp. I kapitlet beskrivs dokumentation av operationssjukvård och relaterat till svensk operationssjukvård. Författarna har också beskrivit hur dokumentation av perioperativ omvårdnad med stöd av VIPS modellen kan genomföras.

För er som arbetar inom den perioperativa vården och är mer intresserade av NANDA – I (2021) och dess klassifikationssystem av omvårdnadsdiagnoser, kan boken *Alexanders Care of Surgery* av Rothrock (2019) vara till hjälp. Boken inleder med ett kapitel om omvårdnadsbegrepp inom den perioperativa vården och hur omvårdnadsprocessens olika faser kan användas.

Det finns en hel del att finna också på internet. Några tips på länkar finns inlagda i källhänvisningen i denna artikel. •

Källhänvisning

Ehnfors, M., Ehrenberg, A., & Thorell-Ekstrand, I. (2000). *VIPS-boken: välbefinnande, integritet, prevention, säkerhet*. Studentlitteratur AB.

Ehnfors, M., Ehrenberg, A., & Thorell-Ekstrand, I. (2013). *Nya VIPS-boken: välbefinnande, integritet, prevention, säkerhet*. Studentlitteratur AB.

Carpenito, L, J. (2020) *Handbok I Omvårdnadsdiagnostik- Diagnos, MÅL, Åtgärd*. (Övind Vägen. Övers., Första upplagan) Studentlitteratur. (Originalutgåvan publicerad 2013)

Cuming, R.G. (2019). *Concepts Basic of Perioperative Nursing* IN: Rothrock J, C. IN: Rothrock, J., Alexanders Care of the Patients Surgery. Canada: Elsevier.

Florin, Jan. (2021) *Omvårdnad och nationellt fackspråk*. Strukturerad dokumentation och digitalisering. (Video) Hämtad: 2021-01-10 <https://www.youtube.com/watch?v=uJsZyr40kO8>

Gustafsson, Å, B. Kelvered, M. (2003) *PeriOpVIPS*. Lund: Studentlitteratur

Gustafsson, Å.B., Kelvered, M. & Sandersen, V-A. (2012) *Dokumentation av operationssjukvård*. I: G. Mycklesthul

Dåvøy, I. Hansen, & P. Hege Eide. (Red). *Operationssjukvård - Operationssjuk-sköterskans perioperativa omvårdnad*. (s.365–406) Studentlitteratur

International Council of Nurses (2021). *ICNP Browser*. (2021) Hämtad 210110 <https://www.icn.ch/what-we-do/projects/ehealth-icnptm/icnp-browser>.

Jansson, I. Karlsson, I. (2017). Strukturerad dokumentation med gemensam terminologi - för ökad kvalitet på omvårdnad. *Cancervården nr 4*.

Heather Herdman, T. (2020)) NANDA Internationell. *Omvårdnadsdiagnoser - Definitioner och klassifikation* (J. Florin., Övers. Fjärde uppl.). Studentlitteratur. (Originalutgåvan publicerat 2017)

Riksföreningen för operationssjukvård (2020) Kompetensbeskrivning avancerad nivå Specialistsjuksköterska inom Operationssjukvård. Hämtad: 210110 http://www.rfop.se/media/nrpdvt1e/kompetensbeskrivning-2020_webb.pdf

Rothrock J, C. (2019). *Alexanders Care of the Patients Surgery*. Canada: Elsevier.

Socialstyrelsen. Patientdatalag (2008:355). Hämtad: 20210110 https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patientdatalag-2008355_sfs-2008-355

Socialstyrelsen. (2008) Socialstyrelsens författningar om informationshantering och journalföring i hälso- och sjukvården (SOSFS 2008:14) Hämtad: 210110 <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/handboken/2017-3-2.pdf>

Socialstyrelsen (2021). Systematized Nomenclature of Medicine – Clinical Terms (SnoMed CT). Hämtad. Omvårdnadsdiagnoser – Definitioner och klassifikationer. 20210110: <https://www.socialstyrelsen.se/utveckla-verksamhet/halsa/snomed-ct/>

Svensk sjuksköterskeförening. *Sektionen för informationshantering* (2021) Hämtad: 2210110 <https://www.swenurse.se/sektioner/ochnatverk/sektionen/foromvardnadsinformatik/omvardnadsinformatik/terminologier/foromvardnad/ikn/4.42708e36174e43619e95594.html>

Svensk sjuksköterskeförening (2021) Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska. Hämtad: 20210110. <https://www.swenurse.se/download/18.9f73344170c003062317be/1584025404390/kompetensbeskrivning%20legitimerad%20sjuksk%C3%B6terska%202017.pdf>

Tollerud, L., Botsford, J., Hogland, M. A., Price, J.L., Sawyer, M. & Bradely, J. (1985). *A model for Perioperative Nursing Practice*. AORN J, 4:188-196)

Vårdhandboken (2021). *Patientjournalens innehåll och funktion*. Hämtad: 20210114 <https://www.vardhandboken.se/arbets-satt-och-ansvar/ansvar-och-regelverk/dokumentation/patientjournalens-innehall-och-funktion/>

Yura, H. & Walsh, M.B. (1973) *The nursing process. Assessing, planning, implementing, evaluation*. 2:a uppl. Appleton, Century & Crofts.

Neptune 3

System för hantering av vätskeavfall

Minska din miljöpåverkan
Skydda din personal

Scanna QR-koden för mer information om Neptune:



stryker

Föreliggande dokument är endast avsett för sjukvårdspersonal

Det är den opererande läkaren själv som efter egen fackmässig bedömning bestämmer om hon eller han vill använda en viss produkt vid behandlingen av en viss patient. Stryker ger inga medicinska råd, utan rekommenderar att kirurgerna själva före det operativa ingreppet genomgår utbildning i hur produkten ska användas. I föreliggande information beskrivs de produkter som Stryker erbjuder. Ansvarig läkare ska alltid läsa förpackningsbilagan, produktetiketten och/eller användningsinstruktionerna innan man beslutar att använda en produkt från Stryker. Det är inte säkert att produkterna i denna broschyr finns på alla marknader. Det beror på att produkttillgängligheten är beroende av lagstiftningen och/eller medicinsk praxis i olika länder. Kontakta därför din Stryker-representant om du vill vet mer om produkter som finns tillgängliga i ditt land. ProCare Serviceschemat är föremål för de allmänna villkoren i serviceavtalet.

Stryker Corporation med dotterbolag eller andra närstående företag äger, använder eller har ansökt om godkännande av följande varu- eller servicemärken: SafeAir Neptune, ProCare och Stryker. Övriga varumärken och märkesnamn tillhör respektive ägare. Övanstående medicinska produkter är CE-märkta i enlighet med tillämpliga EU-förordningar och direktiv. Materialet är inte avsett för spridning utanför EU eller EFTA.

SMACC Project No. 2020-25276
Copyright © 2020 Stryker

Ha koll på regelverket

Genom att ha koll på regelverket på hälso- och sjukvårdsområdet kan du medverka till en patientcentrerad vård och påverka patientsäkerhetsarbetet. Hälso- och sjukvården är, på grund av sin betydelse för människors hälsa och välbefinnande, förhållandevis väl reglerad. Lagarna på hälso- och sjukvårdsområdet finns för att garantera god vård samt för att patienten ska känna trygghet och förtroende i kontakter med hälso- och sjukvården. Lagstiftningen är framtagen med patienten i fokus med utgångspunkten att patienten anses befinna sig i en särskilt utsatt position vilken ska skyddas.

Skilnad mellan skyldighetslagstiftning och rättighetslagstiftning

Lagstiftningen på området är uppbyggd kring vårdgivarens och vårdpersonalens skyldigheter, och är en så kallad skyldighetslagstiftning. Allmänt uttryckt är en skyldighetslag en lag som anger en skyldighet för det allmänna utan att ge enskilda medborgare en individuell rätt att kräva fullgörelse. Motsvarigheten till en skyldighetslag är en rättighetslag. En rättighetslag ger enskilda rätt att kräva ut en rättighet av något slag genom att få sin sak prövad i domstol. Det här innebär att beslut som fattas inom vården inte kan prövas i domstol. Det kan tyckas märkligt när patienten anses så skyddsvärd men det finns flera skäl till att man har utformat lagstiftningen på det sättet.

Domstolsprövningar med mycket komplicerade medicinska bedömningar skulle kräva omfattande expertmedverkan och därmed bli både tidsödande och resurskrävande såväl för rättsväsendet som för hälso- och sjukvården, vilket skulle drabba den sjukvårdande verksamheten negativt. Ett annat problem är att det skulle vara svårt att finna adekvata sanktioner som är till nytta för den enskilde patienten. Nedan följer en kort, övergripande redogörelse av innehållet i några av lagarna på hälso- och sjukvårdsområdet som kanske kan upplevas som självklara men som är bra att påminnas om. Genom



Julia Öhman

kunskap och användning av regelverket blir det nämligen enklare för er yrkesutövare att bidra till en bättre och säkrare vård.

Patientlagen

Patientlagen trädde i kraft den 1 januari 2015. Sverige var sist ut i Norden med en särskild patientlagstiftning. Det finns ett starkt signalvärde i att ha en särskild patientlag, det visar att man tar frågorna på allvar.

Syftet med patientlagen är att stärka patientens ställning och främja patientens delaktighet och självbestämmande. En delaktig patient kan lättare medverka till att målen med vård och behandling uppnås och att säkerhetsrisker kan förebyggas. Man ville ta fram en lagstiftning som är lättillgänglig, överskådlig och pedagogisk för såväl patienter, anhöriga, allmänhet och hälso- och sjukvårdspersonal. Eftersom det finns så många olika lagar som i dag reglerar vad en patient kan förvänta sig av hälso- och sjukvården skulle patientlagen göra det enklare att hitta rätt i den relativt svårtillgängliga lagstiftningen på området.

Enligt patientlagen ska patienten exempelvis få information om sin

vård och behandling och vilka behandlingsmetoder som står till buds. Det ställs ett ökat krav på att ange tidpunkt för förväntade vårdinsatser, exempelvis när patienten kan förväntas få provsvar eller vård. Förväntat vård- och behandlingsförlopp, väsentliga risker för komplikationer och biverkningar samt vilka metoder som finns för att förebygga sjukdom eller skada, är annan information patienten ska få. Patienten har också fått ökade möjligheter till valfrihet, bland annat ska patienten få information om olika behandlingsalternativ och möjligheten till en ny medicinsk bedömning. All den här informationen behövs för att patienten ska kunna utöva sitt självbestämmande och vara delaktig i vården. Patienten ska kunna ta ställning till om han eller hon vill acceptera den vård som erbjuds och uppleva ökad kontroll över sin tillvaro genom att undanröja eller minska ovisshet och möjliggöra planering. Bristande kommunikation och information är mycket vanliga anledningar till klagomål på vården. Det kan uppfattas som bristande respekt eller dåligt bemötande. Brister i kommunikationen mellan patient och hälso- och sjukvårdspersonal utgör också en patientsäkerhetsrisk och kan bidra till att vårdskador inträffar. Socialstyrelsen har kunnat påvisa att brister i bemötande och kommunikation mellan patient och vårdgivare leder till överdödlighet och onödigt behandling inom slutenvården. Det har också visat sig att god information till patienter ökar följsamheten till ordinationer som till exempel läkemedelsbehandling.

I lagen tydliggörs att information ska anpassas till individuella förutsättningar hos mottagaren såsom ålder, mognad, erfarenhet och språklig bakgrund. Den som ger information ska så långt det är möjligt försäkra sig om att mottagaren har förstått innehållet i och betydelsen av den lämnade informationen. Informationen ska lämnas skriftligen om mottagaren ber om det, vilket kan bidra till att man undviker informationsmissar. En

önskan om att avstå från information ska respekteras.

Som huvudregel får inte hälso- och sjukvård ges utan patientens samtycke. I Sverige finns en grundlags-skyddad bestämmelse mot påtvingat kroppsligt ingrepp så som exempelvis läkarundersökning, vaccinering och blodprov. Innan samtycke inhämtas ska, som nämns ovan, patienten få viss information och ha förstått informationen. Om en person är medvetlös efter en olycka brukar man presumera samtycke i avvaktan på att det kan lämnas. Beroende på typ av vård kan samtycke ges muntligen, skriftligen eller genom att patienten genom sitt uppträdande visar att han eller hon samtycker till den aktuella åtgärden (så kallat "tyst samtycke"). Undantag, där samtycke inte krävs, ska regleras i lag. Det finns inget krav på att samtycke ska dokumenteras i journalen, det hade inneburit ytterligare administrativa uppgifter för personalen, däremot ska nekande till erbjuden vård dokumenteras.

Delaktighet och medverkan är central i patientlagen. En patients medverkan i hälso- och sjukvården ska utgå från patientens önskemål och individuella förutsättningar. Närstående ska få möjlighet att medverka vid utformning och genomförande av vården. Om det är lämpligt och om sekretessen inte förhindrar detta. Mer konkret handlar det om att involvera patienten i sin egen vård, ge god och förståelig information, lyssna till och svara på patientens individuella behov och önskemål. Aktuell forskning visar på att detta kan vara kostnadseffektivt och en ge en förbättrad vårdupplevelse vilket gynnar både enskilda patienter och hälso- och sjukvårdsverksamheter.

Som inledningsvis berördes är syftet med patientlagen att stärka och tydliggöra patientens ställning. Men sedan lagen infördes har patientens ställning tvärtom försämrats. Detta slås fast i en rapport framtagen av myndigheten för vård och omsorgs-analys 2017. Vård- och omsorgs-analys fick av regeringen uppdraget att följa upp implementeringen av patientlagen och man kom fram till att den är en lag utan genomslag. Lagen har inte gett effekt i form av en stärkt ställning för patienter. I rapporten har man utgått från två perspektiv - patientens faktiska ställning och patientens rättsliga ställning. Uppföljningen av patientens faktiska

ställning har utgått från patienters perspektiv. Sammantaget har patientens faktiska ställning inte förbättrats sedan patientlagen infördes. Ställningen är på många punkter oförändrad och när det handlar om tillgänglighet, delaktighet och information - försvagad. Något som sannolikt påverkat samtliga resultat är att kännedomen om patientlagen varit fortsatt är låg. Syftet med lagen har därför ännu inte uppnåtts. Vårdanalys har identifierat tre delförklaringar till dessa resultat; Patientens rättsliga ställning är fortfarande svag, bland annat mot bakgrund av hur patientlagen har utformats. Det har ännu inte skapats tillräckliga förutsättningar inom vården för att tillämpa patientlagen och därmed stärka patientens ställning. Insatser som har gjorts för efterlevnad har varit begränsade. Vårdanalys har rekommenderat en samlad strategi för att stärka patientens ställning. Strategin ska skapa ett nödvändigt förändringstryck och åtgärda brister.

Sekretess i vården

När patienter är i kontakt med hälso- och sjukvården är det viktigt att de kan lita på den personal de möter. Förtroendet är helt centralt för att patienter ska känna sig trygga och våga prata öppet om sina besvär eller symptom. Sekretessbestämmelserna för hälso- och sjukvårdspersonal består av två delar, bestämmelser om *utlämnande* av uppgifter och *rätten att ta del av* handlingar. Det första innebär att det är förbjudet att föra vidare uppgifter oavsett hur man fått ta del av dem och förbudet gäller all form av spridning, såväl muntlig som skriftlig. Sekretessen gäller alla möjliga uppgifter om patienten så som vem som är patient, sjukdom och behandling, kontaktuppgifter, familjeförhållanden, sociala förhållanden, arbetsförmåga och arbetsgivare. Också mellan hälso- och sjukvårdspersonalen finns en skyldighet att respektera patientintegriteten vilket innebär att det endast är de som deltar i vården av en patient som får prata med varandra om patientens hälsotillstånd eller personliga förhållanden.

Tystnadsplikt för privata sjukvårdsaktörer regleras i patientsäkerhetslagen medan offentlighets- och sekretesslagen (OSL) gäller för den offentliga hälso- och sjukvården. Tystnadsplikten enligt OSL gäller inte enbart vårdpersonal utan också exempelvis administrativ personal, tolkar, studenter, praktikanter, konsulter och förtroendevalda.



Julia Öhman

Tystnadsplikten innebär att personalen inte ens får tala om att en patient är inlagd på en avdelning. Det är inte självklart att sådana patientuppgifter får lämnas ens till patientens nära anhöriga eller andra närstående. Det finns vissa undantag när vårdpersonal får lämna ut vissa uppgifter trots att de omfattas av sekretess. Om patienten samtycker till att uppgift om denne lämnas ut får ett utlämnande ske, alternativt att man efter en menprövning kommer fram till att patienten inte lider men av att uppgifter lämnas ut. Det kan många gånger vara praktiskt att fråga patienten - då behöver man nämligen inte göra en menprövning för att lämna ut uppgifterna. Det är den som ansvarar för vård av patienten som ska inhämta samtycke från patienten och patientens inställning ska dokumenteras i patientjournalen.

Många regioner har ökat sina kontroller och förbättrat system för loggranskning och allt fler inom vården anmäls för dataintrång efter att olovligt tagit del av journalhandlingar, ett brott som kan ge upp till två års fängelse. Otillåten spridning av sekretessbelagda uppgifter är ett brott mot tystnadsplikten som kan ge böter eller fängelse högst ett år. I många av de fall som leder till åtal är det glasklart vad som gäller. Ofta handlar det om situationer där vårdpersonal av ren nyfikenhet eller andra privata intressen tagit del av patienters journalhandlingar. Men det finns gråzoner, tex för personal som i sin tjänst



Pernilla Andréen och Julia Öhman

måste öppna väldigt många journaler eller vårdpersonal som önskar följa upp tidigare vårdad patient för att undersöka om insatser varit korrekta. Här skulle behövas lagförtydliganden och tydligare vägledningar om vad som gäller.

Rättslig tillsyn och ansvar

Patientsäkerhetslagen trädde i kraft 1 januari 2011. Det var en välkommen lag för många i vården. I början av 2000-talet var patientsäkerhet ett nytt begrepp för många i vården och det var först då som också forskning och mer strukturerat utvecklingsarbete med fokus på patientsäkerhet satte fart. Många patienter drabbas av onödiga vårdskador - vårdskador som hade kunnat förhindras med ett effektivare patientsäkerhetsarbete. Ett problem är att det i vården inte tas lärdom av de händelser som inträffar utan att samma typ av fel upprepas gång på gång och händelser föranleder inga åtgärder från vårdgivarens sida. Patientsäkerhetsarbetet måste vara proaktivt. Vården måste stärka det skadeförebyggande arbetet. Patienten bör ses som en viktig och självklar samarbetspartner för vårdgivarna, patienterna kan se brister som vårdpersonalen inte upptäcker och deras erfarenheter måste tas med i patientsäkerhetsarbetet.

Syftet med patientsäkerhetslagen är att främja hög patientsäkerhet, så få patienter som möjligt ska drabbas av vårdskador. Det är därför viktigt att de som jobbar i vården känner till vad en vårdskada är. En vårdskada kan vara lidande, kroppslig eller psykisk skada eller sjukdom samt dödsfall som hade

kunnat undvikas om adekvata åtgärder hade vidtagits vid patientens kontakt med vården. Även lidande kan alltså anses som en vårdskada. Att ett sjukdomstillstånd inte upptäcks eller att en diagnos försenas leder kanske inte till att patienten drabbas av en ny skada eller sjukdom utan snarare till ett förlängt fysiskt eller psykiskt lidande till följd av att inte få vård i rätt tid. Men det får inte röra sig om ett alltför bagatellartat tillstånd för att lidandet ska anses som en vårdskada i lagens mening. Vidare krävs att lidandet, skadan, sjukdomen eller dödsfallet *skulle ha kunnat undvikas om adekvata åtgärder hade vidtagits* vid kontakten med hälso- och sjukvården. Om en patient till exempel söker vård för smärta i ett ben och utredningen leder fram till att patienten har en elakartad tumör, för vilken den evidensbaserade behandlingen är amputation av benet och en sådan genomförs framgångsrikt, har patienten inte drabbats av en vårdskada, trots att konsekvensen för patienten blir en livslång funktionsnedsättning på grund av amputationen. Adekvata åtgärder vidtogs nämligen vid kontakten med hälso- och sjukvården. Om ingreppet däremot görs på fel sida, dvs. en icke adekvat åtgärd vidtas genom att fel ben amputeras, har patienten drabbats av en (allvarlig) vårdskada dels i form av att ett "friskt" ben tagits bort, dels i form av att rätt behandling fördröjts och därmed kan ha försämrat patientens prognos att överleva sin cancersjukdom. Det krävs varken oaktsamhet eller uppsåt från vårdpersonalens sida för att det ska vara fråga om en vårdskada.

Det finns ofta många bakomliggande orsaker till att vårdskador uppkommer. Det kan röra sig om missade eller sent ställda diagnoser (att sätta rätt diagnos är komplicerat), men också felaktiga ingrepp och felaktiga handlingar. Vårdskador som leder till bestående skador och död har minskat kraftigt mellan 2013 och 2016 enligt uppgifter från Socialstyrelsen. Samtidigt är det fler patienter som vårdas på sjukvårdsavdelningar de inte hör hemma. Bemanningsproblem och brist på kompetens är stora utmaningar inom hälso- och sjukvården. Risken att drabbas av en vårdskada är dubbelt så hög hos utlokaliserade patienter jämfört med dem som vårdas på rätt avdelning.

Idag drabbas cirka 110 000 patienter i Sverige av vårdskador av varierande allvarlighetsgrad och omkring 1 400

personer dör till följd av en vårdskada. Vårdskador innebär ett stort direkt lidande för patienter men också närstående och för den personal som på något sätt varit inblandad. Det innebär också stora merkostnader för samhället. En av de vanligaste och mest kostsamma vårdskadorna är vårdrelaterade infektioner. Siffror från SKR visar att dessa orsakar cirka 750 000 extra vård dagar per år, till en kostnad av omkring 6,5 miljarder kronor.

Inspektionen för vård och omsorg (IVO) har tillsyn över hälso- och sjukvårdsverksamheter och hälso- och sjukvårdspersonalen. IVO ska granska att befolkningen får vård och omsorg som är säker, har god kvalitet och bedrivs i enlighet med lagar och andra föreskrifter. IVOs verksamhet kan bidra med att undanröja och begränsa brister, risker och missförhållanden inom hälso- och sjukvården.

Det är vårdgivaren som ansvarar för ett systematiskt patientsäkerhetsarbete. Vårdgivaren har ett långtgående ansvar att vidta de åtgärder som behövs för att förebygga vårdskador, i det ansvaret ingår bland annat att utreda klagomål, synpunkter och händelser, anmäla allvarliga vårdskador och händelser som hade kunnat medföra en allvarlig vårdskada till Inspektionen för vård och omsorg (IVO). Anmäla legitimerad personal som är eller har varit verksam hos vårdgivaren och som kan utgöra en fara för patientsäkerheten och informera patienten som drabbats av en vårdskada.

Men det är också viktigt att bära med sig att all vårdpersonal ska bidra till att hög patientsäkerhet upprätthålls, all hälso- och sjukvårdspersonal har ett eget ansvar för hur man fullgör sina arbetsuppgifter. Genom att ha kunskap om och följa de regelverk som finns på hälso- och sjukvårdsområdet kan vårdpersonal medverka till en bättre och mer personcentrerad vård och på bästa möjliga sätt bidra till ett effektivt patientsäkerhetsarbete. •

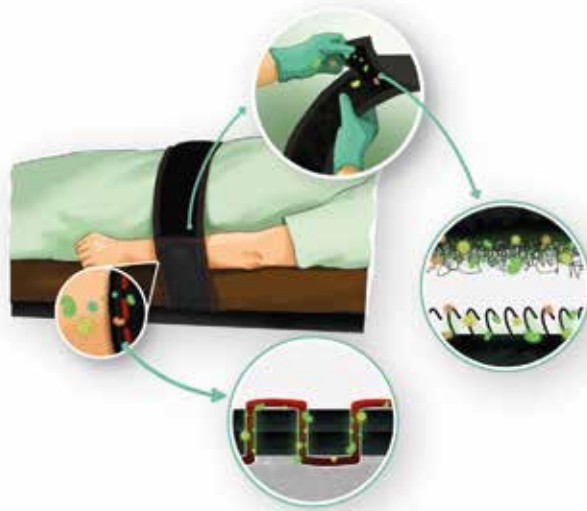
Fakta

Julia Öhman, Manager Legal Affairs, Swedish Medtech Branschorganisationen för de medicintekniska företagen.

Den här bilden visar hur bakterier från patientens hud och sjuksköterskans handskar kan överföras till **flergångsremmen**. Dessa bakterier och virus fångas lätt upp i sömmar och kardborreband.

HÖGKVALITATIVA HYGIENISKA ENGÅNGSREMMAR

Engångsremmar för att säkra patientens positionering under operation som samtidigt reducerar infektionsrisken.



- Mindre risk för infektion
- Mindre risk för skada
- Mindre risk för allergi

För frågor eller behov av mer detaljerad information om våra produkter, kontakta vår kundservice eller besök mediplast.com.

 **DANISH HEALTHCARE**



Porträttet
Elvira Gilmanova

Mitt namn är Elvira Gilmanova och jag är 37 år gammal. Jag har jobbat som operationssjuksköterska på Skånes universitetssjukhus i Lund sedan juni 2020 då jag var klar med min specialistutbildning inom operationssjukvård. Tidigare arbetade jag på Capió Citykliniken som endoskopimottagning som sjuksköterska i tre och ett halvt år. Förutom endoskopiundersökningar tog vi hand om patienter på Capiós dagkirurgiska operationsavdelning. Då kunde jag antingen passa på salen eller var på postoperativavdelning och skickade patienter hem efter operationer. Jag var så inspirerad av operationsteamets intressanta arbete och engagemang och det väckte mitt starka intresse till att bli en operationssjuksköterska.

Livet innan Sverige

Ursprungligen kommer jag från Ryssland och är född i Kazan, en stor rysk stad 80 mil öster om Moskva. För ca 10 år sedan flyttade jag till Sverige. I Kazan utbildade jag mig till civilingenjör i bioteknologi. Utbildningen tog fem år men karriär inom bioteknologi blev inte av. Istället jobbade jag inom handel i sju år. Först som butikssäljare-skifteschef under mina högskolestudier och sedan som chef i en av modekedjans C&A butiker i ett stort shoppingcenter i en annan rysk stad Jekaterinburg i Uralbergen. Det var ett spännande och intensivt jobb där jag var med från början och öppnade helt ny butik med 20 anställda och 1000 m³ butiksyta. I mina arbetsuppgifter ingick att anställa och utbilda personal, utarbeta arbetsbeskrivningar, ansvara för kassarapportering, varulogistik, merchandising, resultatanalys, inventeringar och genomförande av reklamkampanjer. Det gemensamma mellan mitt jobb i Ryssland och det nuvarande jobbet är nog att jag alltid har tyckt om att jobba med människor och jobba i team. Livet är fullt av överraskningar och under den här tiden träffade jag min blivande man som visade sig komma från Sverige. Vi bildade familj och efter fem gemensamma år i Ryssland flyttade vi till Lund. Storstads vardag med skyskrator och breda trafikerade gator byttes ut mot "lilla" gröna Lund.

Den nya utbildningen

I Sverige fick jag en chans att utbilda om mig och valet föll på omvårdnad. Både grundutbildning och specialistutbildning läste jag på Lunds universitet

medicinska fakultet. Specialistsjuksköterskeprogrammet inom operations-sjukvård 60 högskolepoäng på helfart pågick under två terminer. Den stora övergripande kursen var perioperativ omvårdnad med inriktning operations-sjukvård. Den var uppdelad i fem perioder och utöver den fick man skriva en magisteruppsats inom omvårdnad med inriktning mot operationssjukvård. Den verksamhetsförlagda utbildningen inkluderande tre praktikperioder. Jag hade tur att få alla mina praktikplacementer i Lund. Först på Neurokirurgen, sedan på Öron-näsa-hals och sist på Kirurgen. Jag hade bra handledare och var imponerad över att de kunde hålla koll både på instrumenten, operationens gång, personalen på salen och allt som händer i rummet samtidigt. Under min utbildning hade jag min anställning på Skånes universitetssjukhusets ortopedoperation i Lund och jag visste att jag skulle börja där efter utbildningen. Det var lite nervöst eftersom jag aldrig har jobbat med ortopedin tidigare. Jag har fått en bra introduktion och breddvidgång och lär mig fortfarande nya saker varje dag. Mina kollegor har lång erfarenhet inom den perioperativa vården och det kändes tryggt att komma till avdelningen som en nyutbildad operationssjuksköterska.

Jag har genomfört interna obligatoriska utbildningar sedan jag började jobba på ortopedoperationen samt har fått introduktion i vissa specifika ortopediska instrumentsystem. Jag har även påbörjat en handledareutbildning inom peer-learning eftersom jag tycker om att handleda och undervisa studenter. I Ryssland läste jag pedagogik i tre år och jobbade även ett tag som privatlärare i matematik och kemi. Jag är även intresserad i hygienfrågor och läste en hel del mikrobiologi under min bioteknologiska utbildning i Ryssland. Många har säkert hört det klassiska talesättet bland operationspersonal om att man kan spotta i en buk men inte andas i en led. Därför är vi på ortopedextremt noga med att operera i stängda salar och använda telefonkommunikation så långt det går. Implantatkirurgi sker i salar med laminärt luftflöde. Alla som vistas på ortopediska salar har blåa engångsarbetskläder samt operationsmössor i hjälmmodell. När pandemin är över ser jag fram emot att delta i Höstkongress, Hygienforum och den berömda AO-grundkursen för frakturkirurgi.

Innan varje kommande operation försöker jag gå igenom den specifika anatomin för operationen. Min favoritbok för detta är den tyska versionen av Frank H. Netters *Atlas der Anatomie* med fantastiska bilder och detaljerad namngivning på anatomiska strukturer. Jag går även igenom den valda operationsmetodik. Dessutom tycker jag att det är roligt att följa andra operationsavdelningar och operationsrelaterade sidor på sociala medier. För ortopedintresserade operationssjuksköterskor är ortopoden med Malin Zimmerman värd att nämna.

Mitt bästa jobb

Jag stortrivs med att vara operations-sjuksköterska. Det är så spännande och roligt att gå till jobbet varje dag. I mitt jobb gillar jag ordning, logik, intensitet, struktur och rak kommunikation. Vi har öppet klimat och bra samarbete på vår arbetsplats. De flesta av ortopedpatienter blir bra efter operation och det ger en extra känsla av tillfredsställelse och mening i mitt arbete. Jag gillar att variationen på ortopediska ingrepp är stor, både på bredden och djupet. Vissa ingrepp är korta och vissa tar flera timmar. Man får hålla koll på många specifika proteser, skruvar och plattor. Ingen dag är den inte den andra lik. Många patienter får blockader och opereras i vaket tillstånd som är trevligt, men det kan också innebära en utmaning. Exempel på våra operationer är benfrakturer som lagas med hjälp av osteosyntes, extern fixation, artroplastik och märkepikar. Det kan även bli trauma, amputationer, sårrevisioner och protesrevisioner pga infektion. Ibland behöver vi transplantera lärbenshuvud från vävnadsbanken som förvaras i benbanksfrys. Patienter läggs upp på ett antal olika sätt, t ex i sträckläge, på sidan med höftstöd, på axelbord. Vi använder både stora maffiga operationsinstrument såsom hammare, höftprotesutslagare och väldigt små instrument till handkirurgi, t ex franska skruvar. I början blev jag överväldigad av mängden av instrument och olika ortopediska system, men hittade så småningom logik och förståelse i det hela. Det som jag saknar i mitt arbete är att delta mer i patientens pre- och postoperativa vård. Men under det korta mötet jag får försöker jag skapa förtroendefull kontakt med personen som tillfälligt lämnar över sitt liv och sin kropp i operationspersonalens händer. •

Min nya arbetsplats - Socialstyrelsen

Sedan ni såg mig senast i Uppdukat har jag bytt arbetsplats. Från att ha varit omvårdnadsansvarig på operation på Karolinska i Solna är jag nu utredare på Socialstyrelsen.

Varför det? Hur kan man få för sig att lämna patienterna? Ja, det kan man verkligen fråga sig! Jag har under åren som operationssjuksköterska arbetat med kvalitetsutveckling och patient-

säkerhetsfrågor på olika nivåer inom den regionala sjukvården och var nu nyfiken på att få lära mig mer om hur sjukvården är strukturerad nationellt. Jag sökte och fick en tjänst som projektledare/utredare på enheten för nationell högspecialiserad vård på Socialstyrelsen. Här tittar vi närmre på vårdområden som pga sin komplexitet bör utföras av några få expertenheter i landet. Målet är att hälso- och

sjukvårdens kunskap, kvalitet och patientsäkerhet ska utvecklas och förbättras samtidigt som resurserna används på ett effektivt sätt.

Mitt arbete är att sätta samman sakkunniga experter till en projektgrupp inom varje vårdområde och tillsammans med experterna genomlysas vårdområdet och definieras vad för slags vård som skulle kunna vara aktuellt att centralisera. Den rapport som vi skriver lämnas ut på remiss och behandlas sedan av inte mindre än två beredningsgrupper (experter på vårdsystem samt sjukvårdspolitik) innan en nämnd fattar beslut om vem som ska få utföra vården. Då blir den tillståndspliktig och ingen annan får enligt lagen utföra den.

Förutom att leda dessa sakkunnsgrupper följer jag upp hur enheter med befintliga tillstånd sköter sina uppdrag.

NPO Kirurgi och plastikkirurgi

Sedan i höstas är jag dessutom Socialstyrelsens kontaktperson mot det nya NPO:et Kirurgi och plastikkirurgi. NPO står för nationellt programområde och är den kunskapsstyrningsorganisation som utgår från SKR (Sveriges Kommuner- och Regioner). Läs mer om det här; www.kunskapsstyrningvard.se. Kunskapsstyrningssystemet handlar om att utveckla, sprida och använda bästa möjliga kunskap inom hälso- och sjukvården. Målet är att bästa kunskap ska finnas tillgänglig och användas i varje patientmöte.

Det finns 26 nationella programområden som leder kunskapsstyrningen inom sitt respektive område. Ett NPO består av experter med kompetens inom respektive område, och dessa experter representerar varsin sjukvårdsregion (6st). Tyvärr är sjuksköterskor en ytterst sällsynt vara i denna skara. Positivt är dock att det finns en intensivvårdssjuksköterska



Jenny Persson

(Eva Joelsson-Alm, Stockholm) med i "vårt" NPO Perioperativ vård, intensivvård och transplantation. Det finns även programområden på regional nivå som då kallas RPO och här ska en vårdsakkunnig sjuksköterska finnas med.

Jag tillträdde min tjänst den 16 mars, samma dag som vi på myndigheten fick information om att vi skulle börja arbeta hemifrån. Att arbeta hemifrån ensam under introduktionen blev lite av ett antiklimax, men under påskhelgen isoleringen bruten och jag blev inringad till myndighetens krisorganisation och tjänstgjorde sedan fram till sommaren i en funktion som behandlade ärenden och lämnade ut stöd och material till regioner och kommuner. Tänk vilken tur Socialstyrelsen hade som fick in en operationssjuksköterska i organisationen som kunde både logistik kring skyddsutrustning och vad det är för skillnad på munskydd klass I och klass IIR och om man ska använda virkon eller ytdesinfektion på coronavirus!

Min uppgift blev att arbetsleda den interna analysenheten där vi behandlade de ärenden om begäran om stöd

som kom in och fördelade ut det material som vi hade tillgång till. Vi bestod av mig, två sjuksköterskor från Försvarsmakten och en läkare. Till vår hjälp hade vi också personal från bl a MSB.

Så trivs jag då? Absolut! På min enhet är vi en härlig blandning av sjuksköterskor, psykioterapeut, arbetsterapeut, farmaceut, patolog, folkhälsovetare... Det är roligt att arbeta så tvärprofessionellt mot samma mål och med kollegor som är oerhört engagerade. Även om jag kan sakna patienterna känner jag ändå att jag dagligen kan hjälpa dem genom att på bästa möjliga sätt arbeta för att göra vården mer jämlik i landet. Och min kunskap från sjukvården kommer väl till pass för att förstå och tolka den information som vi får från våra experter.

Jag kommer att fortsätta arbeta ideellt med RFop:s nätverk för SPOR som leds av Ida-Linnea Böregård, eftersom jag brinner för kvalitetsutveckling generellt och att kunna synliggöra operationssjuksköterskans kompetens i synnerhet. Och självklart är mitt engagemang godkänd som bisyssla av myndighetens personalavdelning. •

Fakta

Nationell högspecialiserad vård

Hälso- och sjukvårdslagen HSL 2017:30 §7

Med nationell högspecialiserad vård avses i denna lag offentligt finansierad hälso- och sjukvård som behöver koncentreras till en eller flera enheter men inte till varje samverkansregion för att kvaliteten, patientsäkerheten och kunskapsutvecklingen ska kunna upprätthållas och ett effektivt användande av hälso- och sjukvårdens resurser ska kunna uppnås.

Mer info:

www.socialstyrelsen.se/nhv

LinkedIn

Årlig uppföljning för de som har tillstånd

SKR: Om Kunskapsstyrning nationellt och regionalt

Kunskap in, bakterier ut.



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

Dopair är ett mobilt recirkulationsaggregat som rensar luften mycket effektivt. Våra mätningar visar regelbundet nivåer under 5 CFU/m³. Aggregatet fungerar lika bra i operationssalen som i uppdukningsrummet eller sterilenheten. Och det krävs ingen tidsödande installation. Det är bara att stoppa kontakten i närmaste uttag. Vill du veta mer om fördelarna med Dopair och se de senaste mätresultaten, ring Marcus Ragnarsson på 0705-89 63 32 eller skriv till marcus.ragnarsson@crcmed.com

www.crcmed.com



Ny utbildning

Hösten 2018 startade kursen Perioperativ omvårdnad inom pediatrik kirurgi, en ny utbildning som ger operationssjuksköterskor chans till ytterligare kompetensutveckling vid operationsavdelningar där barn opereras. Kursen kommer att ges för tredje gången med start HT2021. En utbildning som lyfter operationssjuksköterskor inom perioperativ pediatrik operationssjukvård.

- Vi arbetar vid universitetssjukhus och opererar barn med många svåra tillstånd, då måste man som medarbetare få förkovra sig och fylla på kunskaperna som behövs för att kunna ta hand om barnen på allra bästa sätt. Det har inte funnits någon liknande utbildning på den här nivån tidigare som är nischad mot just pediatrik operationsvård, säger Irini Antoniadou och Sofia Jonsson Utbildningsledare på Barnoperation/Barn PMI samt Anneli Nilsson Utbildningsledare Barnoperation Lunds Universitetssjukhus om är initiativtagarna till kursen.

Förhoppningen är också att denna utbildning kan vara ett sätt att få operationssjuksköterskor att stanna kvar på sina barnkliniker eller andra enheter där barn opereras och fortsätta arbeta med barnpatienter.

- På det här sättet vill vi stärka vår yrkesgrupp och bygga för framtiden så att operationssjuksköterskor känner att de kan utvecklas inom yrket i allmänhet och i synnerhet inom pediatrik operationssjukvård, det är ett långsiktigt arbete, säger Irini, Anneli och Sofia.

Perioperativ omvårdnad inom pediatrik kirurgi

Kursen har arbetats fram i Barnnätverket inom pediatrik operation- och anestesivård tillsammans med Barnoperation/Barn PMI på Karolinska Universitetssjukhuset samt Karolinska institutet, Institution för Kvinnors- och barns hälsa/KBH. Kursen är på avancerad nivå, ger 15 högskolepoäng och går på halvfart under hösten 2021 och våren 2022.



Irini Antoniadou



Anneli Nilsson



Sofia Jonsson

Förhoppningen är också att denna utbildning kan vara ett sätt att få operationssjuksköterskor att stanna kvar på sina barnkliniker eller andra enheter där barn opereras och fortsätta arbeta med barnpatienter.

Utbildningen är nationell/nordisk, annonseras i de norska och danska systerorganisationer för operationssjuksköterskor samt på KI:s hemsida och i Vårdfokus.

Förutom teori innehåller kursen tre veckors så kallad Verksamhetsintegrerat lärande/VIL. Det innebär två veckors placering på en annan operationsklinik, samt en vecka på sin egen arbetsplats då man ska fördjupa sig i omvårdnaden för de mer svårt sjuka och kirurgiskt avancerade barnpatienterna.

I kursutvärderingarna har vi fått beskrivet att kursen ger bl.a. fördjupade kunskaper, kollegiala möten som uppfattas som givande samt upplevelse av styrkan att arbeta för och med barn som opereras.

Kursstart planeras ske under september 2021. •

Intresserad?

Kontakta Irini Antoniadou, irini.antoniadou@sll.se

Sterila instrument – ett måste för operation.

AESCLAP® AICON® – ett helt nytt containersystem:

Gör det nära samarbetet med sterilcentralen pålitligt och enkelt. Möjliggör dokumentation för transparens och kontroll. Ökar säkerheten för patient och personal, genom att använda instrumentcontainer för transport till och från operation samt förvaring.

Ett hopp framåt för hantering av sterilgods.



B. Braun Medical AB | www.bbraun.se

ÖVERRASKNINGAR ÄR ROLIGT! MEN INTE I MITT ARBETE!

För smidiga operationsförberedelser är jag beroende av rena och sterila instrument.



MYORCO

My Operating Room Nurse Coach

Barnoperation/Barn PMI, Astrid Lindgrens Barnsjukhus/Nya Karolinska, partner i ERASMUS projektet MYORCO, My Operating Room Nurse Coach.

Det är med stor glädje vi presenterar vårt deltagande i ett ERASMUS projekt som startats i november

2020 och kommer att pågå under en treårsperiod. I detta arbete kommer vi från Sverige och Barnoperation vid Barn PMI/ALB/NKS, bidra med evidensbaserad kunskap främst inom pediatrik perioperativ omvårdnad. De projektpartners som ingår i detta samarbete är yrkesorganisationer, utbildningscentra, universitet samt

universitetssjukhus från Belgien, Finland, Frankrike, Grekland, Tjeckien och Sverige.

Målet med projektet är att skapa en flerspråkig lärplattform med ett hundratal pedagogiska filmer som belyser omvårdnadshandlingar inom det perioperativa arbetet inom flera kirurgiska specialiteter. Syftet är att bidra till europeiska operationssjuksköterskors kunskapsutveckling, ge tillgång till utbildning inom det perioperativa operationssjukvårdsfältet, oavsett var de befinner sig, när som helst på dygnet samt på ett mer självständigt sätt via den lärplattform som kommer att upprättas i Myorco-projektet.

Tidsplanen

Tidsplanen för projektet är att den ska genomföras under tre år, starten var 19 november 2020 med sluttid under november 2023. Olika steg i arbetet innehåller valideringsprocesser av varierande art. Vi kommer också att skapa flera fokusgrupper i ett senare skede av projektet för kunskapskontroll av innehåll samt för att säkra





för projektet där vi tillsammans lyfter fram barnperspektivet och det som är specifikt och unikt när barn opereras.

Det gläder oss att delta i ett europeiskt utvecklingsprojekt som Erasmus inbjuder till för att lyfta fram barnets behov av perioperativ omvårdnad i synnerhet nu när **Barnkonventionen** blivit lag i Sverige sedan 1 januari 2020. •



Janet
Mattsson

kunskapsfältet inom perioperativ omvårdnad. I detta arbete bidrar Barnoperation med evidensbaserad kunskap genom att beskriva och definiera pediatrik perioperativ omvårdnad vad gäller tex huddesinfektion, drapering, instrumentering, positionering inom flera kirurgspecialiteter med utgångspunkt i barnperspektivet, de omvårdnadsbehov barn har beroende på ålder, storlek och mognad i samband med barnets operation. Projektet bidrar till en ökad grad av vårdkvalité och patientsäkerhet för alla barnpatienter som ska genomgå operation genom att operationsavdelningar i Europa använder sig av Myorcos lärplattform.

Metod/arbetsstruktur: metoden består av en processbaserad administration som uppfyller kraven i komplexa projekt (ISO 21500 standard). Detta möjliggör en noggrann uppföljning som integrerar och kompenserar för eventuella tids- eller kvalitetsluckor. Regelbundna granskningar, planering av WBS (Work Breakdown Structure) och design är de stödpunkter som delas av alla partners i projektet. Projektet fick höga poäng av beslutsfattarna (EU), 28.5 av 30 poäng och dessutom var det ett av tre projekt som accepterades och gavs projektmedel av sammanlagt 28 projektansökningar.

Stolta

Vi på Barnoperation, vid Astrid Lindgrens barnsjukhus/Nya Karolinska, Solna, är stolta över att vara med och utveckla god perioperativ operationssjukvård och i synnerhet inom det pediatrika fältet. I detta arbete

kommer främst våra mycket erfarna operationssjuksköterskor med sin specifika specialistkunskap inom flera kirurgiska specialiteter i den pediatrika perioperativa operationssjukvården vara inblandade. Men även andra professioner i operationsteamet kommer att vara mycket värdefulla

Projektgruppen från Barnoperation består av Irini Antoniadou (ansvarig/Utbildningsledare Barnoperation), Sofia Jonsson (medlem/Utbildningsledare Barnoperation) samt Janet Mattsson (medlem/Omvårdnadsansvarig BarnPMI).

Patienten först – tillsammans skapar vi den bästa vården

OPERATIONS- SJUKSKÖTERSKA

till Barnoperation

Information om tjänsten lämnas av:

Veronica Mickos. E-post: veronica.mickos@sll.se

Tel: 08-5177 22 79

Madeleine Sahlström, omvårdnadschef

E-post: madeleine.sahlstrom@sll.se. Tel: 0722 542 478

Välkommen med din ansökan senast 2021-04-30.

Ref-nr: 174424



Läs mer och ansök på karolinska.se/jobb



Magnet 4 Europe

Foto: Peo Sjöberg



Jennifer Båskman

Tidigare studier har visat att sjukhus som uppnått magnetstatus har lägre andel utbrändhet bland hälso- och sjukvårdspersonal och säkrare

patientvård och högre vårdkvalitet. Det internationella projektet syftar till att indirekt förbättra den mentala hälsan och välbefinnandet hos hälso- och sjukvårdspersonal i Europa genom att förbättra arbetsmiljön och implementera omvårdnadskompetens på alla ledningsnivåer. Tre svenska sjukhus är ingår i den omfattande studien som sammantaget innefattar 120 stycken sjukhus.

Lisa Smeds Alenius är disputerad sjuksköterska och projektkoordinator i det svenska forskarteamet i det enorma Magnet 4 Europe-projektet som innefattar sjukhus i sex europeiska länder Belgien, Tyskland, Irland, Sverige och Storbritannien samt 60 amerikanska magnetcertifierade sjukhus. Lisa arbetar som forskare vid LIME, institutionen för lärande, informatik, management och etik vid Karolinska institutet. Hon disputerade med sin avhandling *Conditions for Care – Factors in the nurse work environment related to safe and high quality care in acute care hospitals*. Hon berättar att man sedan tidigare i Sverige har jobbat med magnetmodellen åtminstone i Östra Götaland, i Finland håller man på att upprätta magnetstatus på några sjukhus och i Antwerpen, Belgien har det funnits i åtminstone i 8–10 år.

Projektet är ett internationellt samarbetsprojekt som syftar till att förbättra den mentala hälsan och välbefinnandet för hälso- och sjukvårdspersonalen genom att förbättra

den kliniska arbetsmiljön. Med hjälp av de 60 amerikanska sjukhusen som innehar magnetcertifiering sedan tidigare som blir tvillingpartner till de 60 europeiska sjukhusen hoppas man på att kunna förkorta implementeringsprocessen för magnetmodellen från sex till tre år. Att vara tvillingpartner räknas som meriterande för de amerikanska sjukhusens innehav av magnetcertifieringen som de måste ompröva vart femte år.

Magnet 4 Europe leder inte till certifiering på de 60 sjukhusen i Europa utan man följer de riktlinjer som finns i ansökningsrutinen, sedan får sjukhusen själva välja om de vill ansöka om certifiering vid det amerikanska certifieringsorganet American Nurses Credentialing Center, ANCC. Samtidigt som modellen implementeras skickas enkäter ut till sjukvårdspersonalen besvarar frågor kring sin mentala hälsa och sitt välbefinnande kopplat till arbetet. Sammantaget under projektet kommer fyra enkäter att skickas ut en baseline och tre uppföljningar.

Alla regioner, 21 stycken, kontaktades i Sverige med förfrågan om deltagande i studien. Fjorton tackade ja, tre sjukhus blev inkluderade relaterat till inklusionskriteriet att hela sjukhuset behövde vara med med hela ledningsnivån samt att Covid-19 pandemin bröt ut precis vid projektstart. På Skåne universitetssjukhuset och på Länssjukhuset i Kalmar har modellen börjat att implementeras under 2020, de har tilldelats en amerikansk tvillingpartner i liknande storlek och med liknande inriktning. I slutet av 2021 kommer Akademiska sjukhuset i Uppsala att börja implementera modellen och fram till dess agerar sjukhuset kontrollsjukhus eftersom det är en randomiserad kontrollerad studie (RCT). Magnetmodellen införs på hela sjukhusen men vi på operationsavdelningarna kommer kanske inte märka av projektet i den mening att vi kommer att få besvara enkäter etc utan dessa kommer framförallt att

skickas ut till avdelningspersonal. Vi på Uppdukat fortsätter med spänning att följa projektet, framförallt den svenska delen. I nästa nummer tittar vi lite närmare på likheter och skillnader mellan den svenska och amerikanska sjukhusorganisationen. •



IMPROVING MENTAL HEALTH
AND WELLBEING IN THE HEALTH
CARE WORKPLACE - Magnet 4

Faktaruta

Magnetmodellens historia

- På 80-talet i USA lyckades man lokalisera vilka miljöfaktorer, s.k. magnetfaktorer, som kunde få kompetenta sjuksköterskor att attraheras att söka och att stanna på sin arbetsplats.
- Under tidigt 90-tal upprättades ANCC (American Nurses Credentialing Center) som ackrediterat organ för att certifiera magnetsjukhus.
- Under 2000-talet utformades den empiriska modell som idag fortfarande används och man började expandera utanför USA:s gränser.
- Studier på magnetsjukhus har visat förbättrad psykisk hälsa hos personalen, högre patientsäkerhet och vårdkvalitet.

Källa: <https://www.nursingworld.org/organizational-programs/magnet/about-magnet/>

EXPERIENCE A NEW PEACE OF MIND IN THE OPERATING ROOM.

Medtronic Procedural Packs



**STREAMLINE
INVENTORY.**



**STANDARDIZE
OUTCOMES.**



**REDUCE
PROCEDURE
TIME.¹**

A procedural solution that combines Medtronic surgical devices and other essentials items in one single pack. All you need to perform a surgical procedure in the most efficient way.

WHAT IF

We could help? We're just a call away.



1. Procedural solutions box business case 16-weu-custom-procedure-kits-business-case-870893

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

© 2020 Medtronic. All rights reserved. Medtronic, Medtronic logo and Further, Together are trademarks of Medtronic. All other brands are trademarks of a Medtronic company. 19-emea-mdt-pack-adverts-2978379



Karlshamn i Blekinge

Jag heter Frida Edvardsson och är 36 år och bor i Asarum strax utanför Karlshamn med sambo och två barn och hund. Karlshamn är en ort som ligger i västra Blekinge och är känt för sin fina skärgård och vacker natur vid hav, skog och insjöar. Här tillbringas mycket fritid för återhämtning och energiintag. Karlshamn är även känd för sitt mejeri "gott gott gottigottgott" på reklamen på tv. Jag har jobbat som operationssjuksköterska i sju år. Jag fick min anställning på operationsavdelningen i Karlshamn som nyexaminerad och har jobbat här sedan dess. Jag trivs väldigt bra med mitt arbete men det tog väldigt lång tid att mogna in i min nya profession. Helt andra ansvar och arbetsuppgifter mot de jag hade i akutsjukvården där jag jobbat som allmän sjuksköterska i åtta år. Region Blekinge består av två sjukhus ett i Karlskrona och ett i Karlshamn. Operationsavdelningarna på de båda sjukhusen lyder under samma anestesiavdelning och vilket innebär ett visst samarbete.

År 2001 byggdes en helt ny operationsavdelning i Karlshamn som personalen fick vara med att planera och anpassa till hur de praktiskt tagen ville ha det. Avdelningen består av fem operationssalar som bedrivs med elektiv verksamhet dagtid. Tre förbe-



redelse rum och fem avvecklingsrum till vardera sal gör att vi kan jobba oberoende av varandra. Vi har även ett uppdukningsrum där en operationssköterskan och undersköterska som jobbar den längre turen till kl 18 dukar upp till två operationer i taget och därmed gör bytestiderna korta. Vi är 11 operationssköterskor som jobbar på avdelningen. Vår operationsteam har blivit väl inarbetade så avdelningen är omtalad för att ha bra flyt, fantastiska bytestider och trevligt bemötande givetvis. Bra flyt tycker operatörerna som kan operera fyra

totalhöfter på en och samma sal inom tidsramen 07.00 – 16.45.

Teamarbete

Vi arbetar i team där anestesisjuksköterskan, operationssjuksköterskan och undersköterskan tillsammans planerar och driver salen för dagen. Att fokusera på en patient i taget är verkligen tjusningen i denna typen av verksamhet. Vi strävar efter att ge patienterna en patientsäker vård genom att salsteamet har gemensam avstämning på morgonen och vid dagens slut en reflektion med hela personalen över hur dagen varit. Vi använder WHO checklista på salen i samband med varje operation. Rutinmässigt följer vi inte med patienten in till postoperativa avdelningen utan anestesisjuksköterskan rapporterar. Operationssjuksköterskan och resurspersonal stannar kvar på salen och fixar avvecklingen och återställande av salen så vi kan påbörja nästa patient. Vi servar ortopedkliniken, kirurgkliniken, kvinnokliniken och cirkulerar helt mellan alla olika operationer vilket ger ett stimulerande och utvecklande arbete. Den sjuksköterska som har 18-turen avlöser för frukost, lunch och fika. Packar upp varor, skickar preparat till patologen och förbereder morgondagens operationer.



Vanligtvis gör vi ungefär 3100 operationer per år. Vi är en stor del av region Blekinges produktion och vi genomför även vissa specialoperationer från andra län som halsryggs- och barnortopediska operationer. De senaste åren har vi på operation i Karlshamn stängt åtta veckor på sommaren, då arbetar vi i Karlskrona. I kristider lånas både personal och utrustning ut om behov finns. Så har gjorts nu under Coronapandemin för att trygga akut och cancerkirurgi. De har framför allt behövt hjälp på intensivvården i Karlskrona. Detta innebär för personalen från Karlshamn att ställa om från dagkirurgi till kvälls, natt och helgpass och till vård vi har lite erfarenhet av och dessutom långa resvägar. Våren 2020 stängde avdelningen åtta veckor och nu i vintras sex veckor. Vanligtvis jobbar vi i Karlshamn 40-timmars vecka, dagtid och är lediga alla helger och röda dagar. Detta är härligt!

AST utbildning

Regionen har sedan några år tillbaka AST utbildning (Akademisk Specialist Tjänstgöring) regionen annonserar ut tjänster, exempelvis som operations-sjuksjuksköterska, man söker tjänsten och plats på högskolan sjukhuset har anställningsintervju som vanligt och man inväntar skolans besked innan slutlig anställning. Arbetsgivaren står då för lön under utbildningstiden, litteratur och resor till och från skolan. Detta innebär även att du har betald semester under studietiden. Vi har ett samarbete med de högskolor och tar emot sjuksköterskor som läser sin vidareutbildning. Detta har hjälpt regionen betydligt att rekrytera. Vi är väldigt måna om våra nyutbildade och att de ska få växa in i sin roll och få en bra introduktionen så vi behåller våra nyanställda. De studenter som läser sjuksköterskeprogrammet på Blekinge Tekniska Högskola hospititerar under en vecka hos oss.

För min egen del har det verkligen varit en utmaning med min nya profession men summan av hela resan hittills har verkligen varit rolig, utvecklande och jag har funnit sidor hos mig själv som jag blir stolt över. Stödet av mina fina kollegor har varit guld värt och det är verkligen något vi jobbar hårt med att ta hand om våra nyutbildade kollegor och stödja varandra i mot och medvind. Avdelningens utveckling handlar mycket om finlirer runt omkring så flödet och samarbetet kan bli ännu bättre vilken egentligen är på topp.



Sist men inte minst måste jag presentera ortopedikliniken Benbank som jag och min fantastiska kollega Sofie Reyman är ansvariga för. Här tar vi hand om höftkolor som patienter vill donera och lägger i vår frysa som håller - 80°. Där är de hållbara i fem år. Det

främsta användningsområdet på vår avdelning är vid revisioner av höftproteser eller stora frakturer där det kan behövas för att ersätta stora benför-luster. Verksamheten kräver tillstånd från IVO och innebär årliga kontakter och granskning. •

Patienten först – tillsammans skapar vi den bästa vården

OMVÅRDNADS-CHEF

till Barnoperation Astrid Lindgrens barnsjukhus

Information om tjänsten lämnas av:

Gunilla Henricsson: gunilla.henricsson@sll.se

Välkommen med din ansökan senast 2021-05-02.

Ref-nr: 175381

 **KAROLINSKA**
UNIVERSITETSSJUKHUSET

Läs mer och ansök på karolinska.se/jobb



Operationssjuksköterskor med en Doktors – eller Licentiatexamen och forskning inom Perioperativt kontext

1. Barbro Friberg

Doktorsexamen vid Umeå Universitet 1998 med doktorsavhandlingen Aerobiology in the operating room with implications for working standards.
<http://journals.sagepub.com/doiabs/10.1243/095441105x9282>.

2. Docent Christine Leo Swenne

Doktorsexamen vid Uppsala Universitet, 2006 med doktorsavhandlingen Wound Infection Following Coronary Artery Bypass Graft Surgery: Risk Factors and the Experiences of Patients.
<http://www.diva.portal.org/smash/get/diva2:168947/FULLTEXT01.pdf>.

3. Professor Gudrun Rudolffsson

Doktorsexamen vid Vasa universitet, Finland, 2007 med doktorsavhandlingen Den perioperativa dialogen – en gemensam värld.
<http://libris.kb.se/bib/10643451>

4. Birgitta Åkesdotter Gustafsson

Doktorsexamen vid Karolinska Institutet i Stockholm 2008. med doktorsavhandlingen Att genomleva den perioperativa perioden vid akut och planerad ortopedisk kirurgi.
<https://openarchive.ki.se/xmlui/bitstream/handle/10616/38234/thesis.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

5. Sara Näslund Andréasson

Doktorsexamen vid Uppsala Universitet 2011 med doktorsavhandlingen Work Environment in the Operating Room during Cytoreductive Surgery and Hyperthermic Intraperitoneal Chemotherapy: Factors Influencing Choice of Protective Equipment.

6. Ann-Christin von Vogelsang

Doktorsexamen vid Karolinska Institutet Stockholm 2012 med doktorsavhandlingen Impact on life after intracranial aneurysm rupture: health-related quality of life and epidemiologic outcomes.
<https://openarchive.ki.se/xmlui/handle/10616/41216>

7. Ann-Mari Fagerdahl (fd Wallin)

Doktorsexamen vid Karolinska Institutet i Stockholm 2013 med avhandlingen Negative pressure wound therapy – treatment outcomes and the impact on the patient's health-related quality of life.
<https://openarchive.ki.se/xmlui/handle/10616/41375>

8. Charlotta Olivecrona

Doktorsexamen vid Karolinska Institutet i Stockholm 2013 med doktorsavhandlingen The impact of tourniquet use in total knee arthroplasty.
<https://openarchive.ki.se/xmlui/handle/10616/41429>

9. Docent Annette Andersson Erichsen

Doktorsexamen vid Göteborgs Universitet 2013 med doktorsavhandlingen Patient safety in the OR- Focus on infection Control and prevention

10. Karin Falk- Brynhildsen

Doktorsexamen vid Örebro Universitet 2013 med doktorsavhandlingen The effect of preoperative skin preparation on bacterial growth during cardiac surgery.
<http://oru.diva-portal.org/smash/get/diva2:652335/FULLTEXT02.pdf>

11. Catrine Björn

Doktorsexamen vid Uppsala Universitet 2016 med doktorsavhandlingen Attractive Work - Nurses' work in operating departments, and factors that make it attractive.
<http://www.divaportal.org/smash/record.jsf?pid=diva2%3A873053&dsid=7798>

12. Malin Stenman

Doktorsexamen vid Karolinska Institutet i Stockholm 2016 med avhandlingen Depression and Cardiac surgery.
https://openarchive.ki.se/xmlui/bitstream/handle/10616/45109/Thesis_Malin_Stenman.pdf?sequence=3&isAllowed=y

13. Camilla Wistrand

Doktorsexamen vid Örebro universitet 2017 med avhandlingen Swedish operating room nurses preventing interventions to reduce bacterial growth, surgical site infections and increase comfort in patients undergoing surgery.
<http://www.diva-portal.org/smash/get/diva2:1136191/FULLTEXT02.pdf>

14. Ann-Catrin Blomberg

Doktorsexamen vid Karlstad universitet 2019 med avhandlingen Operationssjuksköterskans vårdande och kompetens inom perioperativ vård.
<https://www.diva-portal.org/smash/get/diva2:1260195/FULLTEXT02.pdf>

15. Ulla Caesar

Doktorsexamen vid Göteborgs universitet 2019 med avhandlingen Delayed and cancelled orthopedic surgery. Causes and consequences.
https://gupea.ub.gu.se/bitstream/2077/59542/1/gupea_2077_59542_1.pdf

16. Eva Torbjörnsson

Doktorsexamen vid Karolinska Institutet i Stockholm 2020 med avhandlingen Major lower limb amputation in peripheral arterial disease.
https://openarchive.ki.se/xmlui/bitstream/handle/10616/46961/Thesis_Eva_Torbjornsson.pdf?sequence=4&isAllowed=y

17. Anna Hauffman

Doktorsexamen vid Uppsala universitet 2020 med avhandlingen Internet-based Psychosocial Support - Design, Effects and User Experience in the Cancer Setting.
<https://www.google.com/search?client=safari&rls=en&q=Internet-based+Psychosocial+Support.+Hauffman+AH.+Dissertation.+Uppsala:+Uppsala+universitet;+2020.+ISBN+978-91-513-0950-7&ie=UTF-8&oe=UTF-8>

18. Sofia Erestam

Doktorsexamen vid Göteborgs universitet 2020 med avhandlingen Aspects of teamwork and intraoperative factors in the operating room.
https://gupea.ub.gu.se/bitstream/2077/65127/1/gupea_2077_65127_1.pdf

1. Kerstin Brodin

Licentiatexamen vid Mittuniversitetet i Sundsvall 2018 med avhandlingen Den vakna patienten - En kvalitativ studie om intraoperativ omvårdnad vid Mittuniversitetet, Sundsvall 2018.
http://www.diva-portal.org/smash/record.jsf?dsid=4296&pid=diva2%3A1247830&c=2&searchType=SIMPLE&language=sv&query=+Kerstin+Brodin+&af=%5B%5D&aq=%5B%5B%5D%5D&aq2=%5B%5B%5D%5D&aqe=%5B%5D&noOfRows=50&sortOrder=author_sort_asc&sortOrder2=title_sort_asc&onlyFullText=true&sf=all

2. Annika Sandelin

Licentiatexamen vid Karolinska institutet i Stockholm 2019 med avhandlingen Teamarbete och informationsöverföring inom perioperativ vård: Operations-sjuksköterskans perspektiv vid.
https://openarchive.ki.se/xmlui/bitstream/handle/10616/46797/Thesis_Anika_Sandelin.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Operationssjuksköterskor som är doktorander med ett forskningsprojekt inom perioperativt kontext

Antagen	Namn	Titel	Lärosäte
2012	Veronika Megeus	Aseptisk teknik i operationsmiljö, med fokus på handhygien	Göteborgs Universitet
2015	Maria Qvistgaard	Prevention in perioperative care to decrease the risk of a post-operative infection	Linnéuniversitetet <i>Disputation</i> <i>Preliminärt datum 10 dec 2021</i>
2015	Vendela Scheer	Perioperativa kolonisation/rekolonisations-faktorer som påverkar risken för postoperativ infektion vid ortopedisk axelkirurgi	Linköpings universitet
2016	Ida Markström	Orthopaedic Skin Preparations Towards Evidence	Linköpings Universitet
2016	Marie-Therese Crafoord	Värdet för patienten och vården av en interaktiv IT-plattform för tidig bedömning och hantering av självskattade symptom och besvär i samband med behandling för cancer - en randomiserad kontrollerad studie	Karolinska Institutet
2017	Hanna Larsson	Perioperativa rutiner och komplikationer efter ventagning på benet vid kranskärlskirurgi	Örebro Universitet
2018	Johan Eriksson	Operationslogistik – Vad påverkar produktionen på operationsavdelningen?	Umeå Universitet
2018	Irini Antoniadou	Barnets delaktighet i en säker Perioperativ vårdkedja	Röda Korsets Högskola, Kungliga Tekniska Högskolan
2019	Karin Granqvist	Assessment of a new technology with digital feedback in healthcare in order to improve hand hygiene	Göteborgs universitet
2019	Anette Nyberg	Säker perioperativ omvårdnad av patient som genomgår artroplastik-operation ur operationssjuksköterskors perspektiv	Umeå Universitet
2019	Ida-Linnéa Böregård	Work procedures and the interface of the operating room setting, in context of hygienic, aseptic and medical perspectives	Karolinska Institutet
2019	Veronica Ramirez Johansson	Intraoperative positioning of patients during surgery: injuries and prevention of hygienic, aseptic and medical perspectives	Karolinska Institutet

Uppdaterad sammanställning febr 2021 av Birgitta Å Gustafsson RFop. I enlighet med GDPR:s riktlinjer.

En hygiensjuksköterskas reflektion

I en svår situation drabbas alla inblandade på olika sätt. Jag borde varit förberedd på det kraftiga ifrågasättandet jag ibland utsatts för eftersom hygienrutinernas avsaknad av evidens ofta blir ifrågasatta. När jag arbetade som operationssjuksköterska fick jag ibland försvara varför jag skulle duka upp innan patienten kom in på salen, varför vi skulle sprita ytor och torka golv mellan ingreppen och en gång kom en kirurg in när jag skulle börja desinfektera operationsområde och sa ”*hoppa över den där tvätten och klä nu istället så jag kan börja skära snart*”. Nu i mitt arbete som hygiensjuksköterska händer det också att man ifrågasätter mina rekommendationer. Men när jag blev ifrågasatt varför jag inte stängde Sverige eller varför jag hade stängt Liseberg kändes det lite väl tungt och jag funderade allvarligt på att söka mig långt bort från min nuvarande arbetsplats, plantera granskott på något kalhygge till exempel, låter oerhört rofyllt ibland.

I mitt dagliga arbete som hygiensjuksköterska föreslår jag vårdhygieniska åtgärder som är tillräckliga, relevanta och ändamålsenliga utifrån varje verksamhets enskilda behov. Det är åtgärder baserade på idag bästa kända kunskap, lagar och förordningar. Det finns inte så mycket tydlig evidens för vårdhygieniska riktlinjer, det saknas bra studier och än så länge har vi ett någorlunda skydd mot infektioner genom antibiotika. Denna avsaknad av evidens i form av RCT-studier gör att många ifrågasätter de riktlinjer och åtgärder som finns för att förebygga smittspridning. Att man kritiskt granskar har jag full förståelse för och det är en viktig åtgärd för att utveckla och förbättra riktlinjer och rutiner. Men detta ifrågasättande från självutnämnda experter som vid djupare diskussion visar sig ha ganska lite kunskap i ämnet är ganska tröttsamt emellanåt. Jag har under mina år inom Vårdhygien, men även när jag arbetade som operationssjuksköterska, undrat vad det är som gör det så känsligt med hygienrutiner.....



Ann-Sofi Mattsson

Under denna pandemi har min vårdhygieniska expertis efterfrågats i stor grad och det har varit oerhört stimulerande och utvecklande. Men det har även medfört ett stort ifrågasättande. Före pandemin: måste jag sprita mellan varje patient Efter pandemin: *menar du att det räcker att sprita efter varje patient måste jag inte göra fler åtgärder – det är ju smitta.*

Att få fram tydlighet i rekommendationer, riktlinjer och rutiner har varit och är fortfarande den svåraste uppgiften i mitt arbete. Vi vet hur grunden ska vara, men med det nya viruset kom också nya rekommendationer från flera olika håll, Folkhälsomyndigheten, SKR, Vårdhygien mfl, och dessa skulle/ska sedan sammanfattas och anpassas till varje enskild verksamhet. När man väl kände/känner att nu har vi landat vi så förändrades rekommendationerna. Vid ett tillfälle publicerades en rutin kl 10.53 och reviderades kl 11.03 - det gäller att hänga med! Också att själv förstå vad som gäller och varför, för att på ett tydligt, pedagogiskt och tryggt sätt kunna förmedla vidare till verksamheterna, de som arbetar med patienterna. Det var och är en utmaning.

Jag har haft förmånen att under pandemin få vara ute i flera olika verksamheter och träffa personal som arbetar patientnära och informera, reflektera och tillsammans hitta bästa lösningen för just dem och deras verksamhet. Det har varit många olika möten där personal har varit allt från lugna och trygga till oro, rädsla och förtvivlan. En stor utmaning har varit att bemöta alla på ett professionellt sätt. Men också hitta rutiner som fungerar och som är lätta att följa och samtidigt tillräckliga.

Min intention har alltid varit och är fortfarande att alla ska känna sig trygga i sin arbetsmiljö. Man ska förstå varför vi har de rutiner vi har och det ska finnas en förklaring även om det ibland måste bli att vi inte vet, men att vi då har en rutin utifrån riskbedömning och tidigare kunskap och erfarenhet. De rutiner vi arbetar efter i vår vardag ska vara trygga både för patient och för personal oavsett ”känd smitta” eller inte. Det ska endast i undantagsfall generera särskilda rutiner eftersom vi inte alltid vet vad patienten vi möter bär på.

Till största delen har jag i de allra flesta möten, telefonsamtal och mail, trots min negativa inledning, fått ett otroligt fint bemötande och stor uppskattning för min insats. Det positiva jag kan se i denna pandemitid är att uppmärksamheten på hygienrutiner har lyfts på flera olika plan. I och med det är jag övertygad om att vi kommer landa i en högre hygienisk standard där risken för smittspridning, oavsett agens, är betydligt lägre. Vi kommer få en högre patientsäkerhet och en tryggare arbetsmiljö genom att följsamheten till hygienrutiner och arbetsmiljölagens krav om skyddsutrustning kommer öka. •

Håll i! Håll ut! Håll avstånd!

Fakta: Ann-Sofi Mattsson, leg. sjuksköterska spec.utb op.sjukvård/hygiensjuksköterska. Vårdhygien Region Örebro län

Hygienisk, stabil och lätt att använda



Getinge's extensionssko

I nära samarbete med operationsteam har vi utvecklat en extensionssko som är både hygienisk och lätt att använda. En lösning som ser till att patientens fot sitter stabilt och bekvämt för ortopedi- och traumaingrepp.

Kontakta oss för en demo av extensionsskon.



Scanna qr-koden med din mobilkamera.

Getinge Sverige AB Ekebergsv. 26, P.O Box 69, 305 75 Getinge. Sverige
Email: order.getingesverige@getinge.com



Hygienisk

Med en smidig plastsko och metallram som är lätta att rengöra. Engångs- och flergångsinlägg finns som tillbehör.

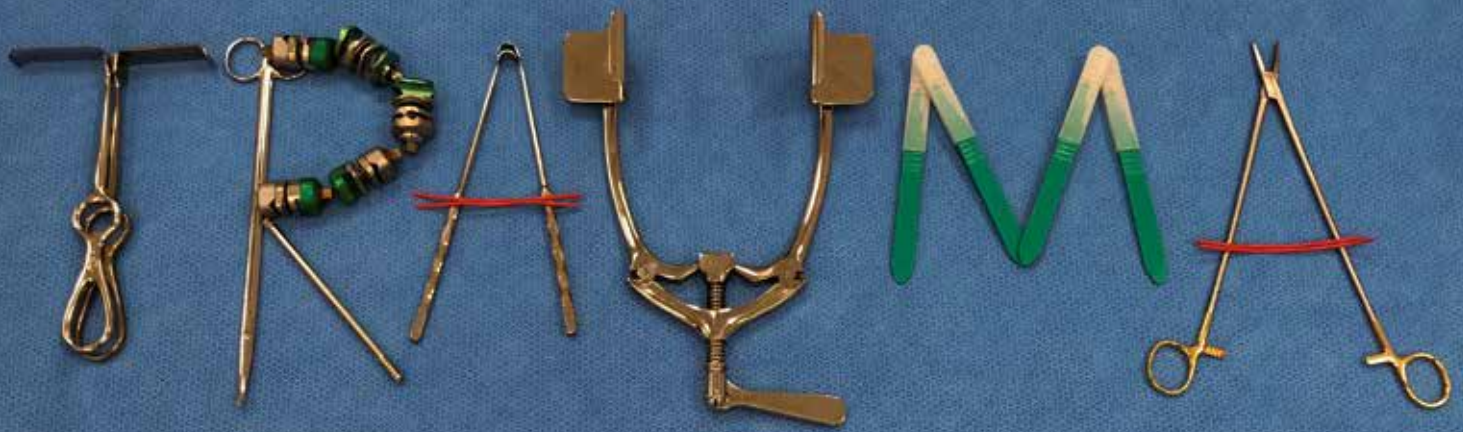
Stabil

Designad för stabilitet även vid ingrepp som kräver kraftiga drag.

Lätt att använda

Extensionsskon fästs enkelt ovanifrån eller från sidan i fästet på extensionsenheten. Inga ytterligare verktyg eller tillbehör krävs.

GETINGE 



Inbjudan till Nivå 1 Traumautbildning "Basic Trauma"

Hög tid att anmäla er till höstens omgång "Basic Trauma"

Sverige är relativt förskonat från stora trauman varför vårdpersonal generellt ofta har begränsad erfarenhet av omhändertagande av dessa patienter. På många sjukhus är svårt traumatiserade patienter något som inte som tillhör vardagen vilket gör behovet av utbildning i traumaomhändertagande är stort. Den svårt skadade patienten kräver ett omhändertagande av tvärprofessionellt traumateam. Där alla bidrar med sina specifika och kompletterande kompetenser. På en del sjukhus ingår operationssjuksköterskan som en medlem i det mottagande traumateamet på akutmottagningens akutrum, på andra möter hen patienten först på operationsavdelningen.

Akut omhändertagande av dessa patienter måste ske snabbt och strukturerat efter i förväg utarbetade koncept. 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. Ökad individuell träning och kompetens är en nödvändig bas för ett fungerande team vilket bidrar till minskning/reducering av stress i samband med trauma omhändertagande.

Trauma utbildningen "Basic trauma" som anordnas av Riksföreningen för Operationssjukvård har som syfte att ge operationssjuksköterskor ökade teoretiska baskunskaper kring omhändertagandet av trauma patienter.

- Utbildningen är en endagsutbildning
- Utbildningen hålls av operationssjuksköterskor för operationssjuksköterskor.
- Utbildningen hålls i Stockholm
- Utbildningen består av föreläsningar varvade med gruppdiskussioner där deltagarna delar med sig av erfarenheter kring hur traumaomhändertagandet är organiserat på olika sjukhus.

Delar som utbildningen tar upp är:

- Skademekanismer
- Omhändertagande A-E principen
- Operationssjuksköterskans roll i traumateam
- Omedelbar kirurgi – operationssjuksköterskans roll och ansvar, med konkreta tips vid olika vanligt förekommande traumaingrepp

Nästa utbildningstillfälle är 29 oktober 2021 och anmälan görs via RFop:s hemsida, rfop.se

Vi är på Waterfront som genomför alla arrangemang enligt FHM rekommendationer och arbetar med god hygien.

Allt serveras så att deltagarna enkelt kan ta sin färdiga kaka eller smörgås färdigpackat för att undvika kontakt.

Se deras dokument Safety Protocol på rfop.se.



Höstkongress 2021

2 - 3 december 2021 då hoppas vi att så många som möjligt har möjlighet att komma till Stockholm och delta i den, av många efterlängtnade, 56:e Höstkongressen. Vi jobbar för fullt för att kunna presentera ett så aktuellt och spännande program som möjligt, en utställningshall full av möjlighet till kunskapsinhämtning och erfarenhetsutbyte samt nätverkande med kollegor från hela landet som en ej kunnat träffa på mycket lång tid.



Martina Gustavsson

En högaktuell föreläsning om moralisk stress får vi av Martina Gustavsson, leg. sjuksköterska, doktorand och forskningshandläggare vid institutionen för global folkhälsa vid Karolinska Institutet och forskningsassistent vid Uppsala universitet.

Moralisk stress,

vad är det och hur påverkar det oss?

Moralisk stress/etik är ett ämne som lyft alltmer under den pågående pandemin. Ett ökat patientbehov kombinerat med resursbrist gör att vårdpersonal ställs inför fler etiska utmaningar samtidigt som de arbetar under hård press under långa perioder. Under denna föreläsning går vi igenom vad moralisk stress är och hur vi kan minska negativa sekundära konsekvenser.

Andra föreläsningar är preliminärt:

Torsdag 2 december

Kommunikation på operationssal

- Teamarbete på hybridsal
- Teamträning på operation
- OpLeanAn
- Black Box på operationssalen för säkrare kirurgi

Svensk forskning och utveckling

- Operationsklädselns påverkan på operationsmiljön
- Provs väg till patologilabb
- Aspects of teamwork and intraoperative factors in the operating room

Aktuellt från RFop

- Kvalitetsrådet
- Vetenskapliga rådet
- Operationssjuksköterskans profession och kompetens i Svenskt perioperativt register (SPOR)

Avslutningsföreläsning dag 1

- Ja, jag vet hur det känns att hamna under en buss! Med Anki Bromert

Fredag 3 december

Omvårdnad i samband med operation

- Forensisk omvårdnad
- Operationssjuksköterskans vårdande och kompetens inom perioperativ vård
- Amputation hos patienter med benartärsjukdom

Innovationer inom kirurgin

- Upplevelser och erfarenheter av utveckling av och arbete i hybridsal med intraoperativ MR
- Transoral robotkirurgi
- Endovaskulära operationsmetoder för trauma och blodningschock

Avslutningsföreläsning dag 2

- Skrätt – Inget man skojar bort!
Med Henrik Widegren



STOCKHOLM WATERFRONT
2 - 3 DECEMBER 2021



VINGMED KIRURGI



Humipak – för din tid och patientens säkerhet

Använda instrument behöver inte diskas direkt efter operation. Stoppa dem i Humipak när du behöver spara tid. Instrumenten kan förvaras i flera dygn utan risk för smittspridning eller att blod, proteiner och fett torkar in. Både transport till sterilenhet och fördisk underlättas.

Humipak kan användas för alla instrument på operation, till och med endoskop. Inga kemikalier behövs, utan bara den fuktighetsbevarande påsen och vanligt vatten.

Kontakta oss så får du prova!



Tack för Din kunskap Gunnar

Text: Inger Andersson

Hygienfrågans svarspanel har under många år varit en person, Gunnar Hagström, hygiensjuksköterska med mycket olika erfarenheter inom Vårdhygien och operationssjukvård.

Antalet svar till "Hygienfrågan" som uppdaterat oss om aktuella riktlinjer är många och också funderingar som utvecklats till "Aha" eller!

Gunnar kommer nu att dela med sig av sina kunskaper och arbeta inom skola och utbildning.

Redaktionen och Riksföreningen för Operationssjukvård vill tacka dig Gunnar för ditt engagemang och att du delat med dig av dina kunskaper till oss och tidningen Uppdukats läsare.



Foto: Peo Sjöberg

Gunnar Hagström



Ann-Sofi Mattsson

I nr 3 presenterar vi vår nya expert, Ann-Sofi Mattsson, Hygiensjuksköterska, Smittskydd och Vårdhygien Region Örebro län

Boktips



Traumaomvårdnad - vård av svårt skadade patienter

Gunilla Wihlke, Rebecka Schmidt (red)

En nyutkommen bok i år om multidisciplinärt samarbete i hela vårdkedjan vid trauma. Grundläggande kunskaper om de olika delarna i traumavård. Medförfattare är olika yrkeskategorier verksamma inom Svensk traumavård. Samarbete, kommunikation, kunskap men också om förmåga att hantera kriser av olika slag.

Ett måste för alla som jobbar med dessa patienter

Förlag: Liber förlag, ISBN 978-91-47-12781-8



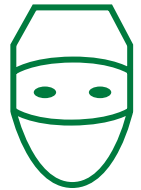
Hälsogåtan - evolution, forskning och 48 konkreta råd.

Läkaren och biträdande statsepidemiologen Anders Wallensten debuterar som författare.

Boken handlar om hur vår kropp fungerar och om mat, motion, sömn, relationer och omgivning idag och hur vi kan dra nytta av kunskap från det förflutna. Hur vi kan påverka vår hälsa genom vår livsstil. Mycket av det många av oss kanske har funderat lite extra på under det gångna året.

Förlag: Bonnier Fakta, ISBN 9789178872541

RFop kalendarium



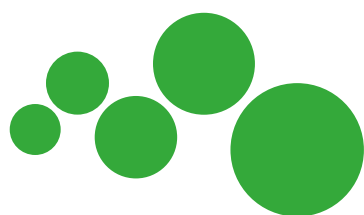
RFop är aktiv i olika projekt, seminarier och tillfälliga utbildningar – både självständigt och i samverkan med andra. Alla utbildningar och evenemang som RFop bedriver ska stärka och utveckla ledarrollen inom den perioperativa omvårdnaden samt främja utvecklingen av densamma. Vi arrangerar årliga utbildningar 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

2021 12 Mars SPOR Nätverksträff <i>Digitalt</i>	2021 24 April Årsmöte <i>Digitalt</i>	2021 5 Maj Internationella Handhygien- dagen	2021 21 Maj SPOR Nätverksträff <i>Digitalt</i>	2021 2-3 September Chefnätverk	2021 24 September SPOR Nätverksträff <i>Digitalt</i>
2021 1 Oktober Rök- och alkoholstopp inför operation	2021 29 Oktober Trauma- utbildning, Nivå 1	2021 26 November SPOR Nätverksträff <i>Digitalt</i>	2021 2-3 December Höstkongress 2021	2021 3 December Chefkonferens 2021	2022 5 Maj Internationella Handhygien- dagen
2022 19-20 Maj Hygienforum 2022	2022 1-2 December Höstkongress 2022	2022 2 December Chefkonferens 2022	2023 5 Maj Internationella Handhygien- dagen	2023 25-26 Maj Hygienforum 2023	2023 30-1 Nov/Dec Höstkongress 2023

POSTTIDNING B

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



Mölnlycke®



Medtronic
Further. Together

B | BRAUN
SHARING EXPERTISE

VINGMED



BERNER
Medical

stryker

KEBOMED