

Uppdukat

Nr 4 november 2023 årgång 35

RIKSFÖRENINGEN FÖR OPERATIONSSJUKVÅRD





Nya möjligheter i striden mot infektioner

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

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

Förskrivningsinformation: Chloraprep/Chloraprep färgad (Kutan lösning, Klorhexidylglukonat 20 mg/ml Isopropylalkohol 0,70 ml/ml), ATC-kod: D08AC52, Ej förmån. Indikation: Detta läkemedel ska användas för desinficering av hud före invasiva medicinska ingrepp. Kutan användning. Chloraprep/Chloraprep färgad kan användas på alla åldersgrupper och patientpopulationer. Chloraprep/Chloraprep färgad ska dock användas med försiktighet på nyfödda spädbarn, särskilt prematurt födda. Kontraindikationer: Känd överkänslighet för Chloraprep/Chloraprep färgad eller något av läkemedlets hjälpämnen, särskilt för dem som tidigare uppvisat eventuella allergiska reaktioner mot klorhexidin. Varningar och försiktighet: Lösningen är brandfarlig. Använd inte i samband med diatermi eller andra tändkällor förrän huden är helt torr. Ta bort allt blött material, operationslakan eller skyddsrockar innan behandlingen fortsätter. Använd så liten mängd som möjligt och låt inte lösningen bli kvar i hudveck eller under patienten och inte heller droppa på lakan eller annat material som är i direktkontakt med patienten. Om ocklusivförband ska appliceras på områden som tidigare behandlats med Chloraprep/Chloraprep färgad, måste försiktighet iakttas så att det inte finns något kvar av produkten innan förbandet appliceras. Endast för utvärtes bruk på intakt hud. Chloraprep/Chloraprep färgad innehåller klorhexidin. Det är känt att klorhexidin inducerar överkänslighet, bland annat generaliserade allergiska reaktioner och anafylaktisk chock. Förekomsten av överkänslighet mot klorhexidin är inte känd, men enligt tillgänglig litteratur är detta sannolikt mycket sällsynt. Chloraprep/Chloraprep färgad ska inte administreras till någon som eventuellt tidigare uppvisat en allergisk reaktion mot lösningar som innehåller klorhexidin. Lösningen verkar irriterande på ögon och slemhinnor, med risk för ögonskador som nedsatt syn och kemiska brännskador. Därför får den inte användas i närheten av dessa områden. Om lösningen kommer i kontakt med ögonen, måste de sköljas omedelbart och grundligt med vatten. Användning av klorhexidinlösningar, såväl alkohol- som vattenbaserade, för huddesinfektion före invasiva ingrepp har satts i samband med kemiska brännskador hos nyfödda. Tillgängliga fallrapporter och publicerad litteratur tyder på att risken för hudskada tycks vara störst hos prematura spädbarn, särskilt de som är födda före graviditetsvecka 32 och hos alla prematura spädbarn under deras två första levnadsveckor. Får ej användas i öppna hudår. Får ej användas på icke intakt/skadad hud. Dessutom måste direkt kontakt undvikas med nervvävnad och mellanörat. Undvik långvarig hudkontakt med alkoholhaltiga lösningar. Det är viktigt att rätt appliceringsmetod används. Om lösningen har använts alltför rikligt på mycket ömtålig eller känslig hud, kan det uppstå lokala hudreaktioner som exempelvis: hudrodnad eller inflammation, klåda, torr och/eller avflagnande hud och smärta på administreringsstället. Så fort tecken på lokal hudirritation visar sig, måste appliceringen av Chloraprep/Chloraprep färgad stoppas. Fall av anafylaktisk reaktion har rapporterats under anestesi: Symtom kan vara väsende/svårt att andas, chock, svullnad i ansiktet, nässelutslag eller andra hudutslag. Observera att symtom på anafylaktisk reaktion kan döljas hos en patient under narkos, då en stor del av huden är täckt eller patienten är oförmögen att kommunicera tidiga symtom. Om överkänslighet eller en allergisk reaktion inträffar/misstänks ska behandlingen genast avbrytas. Alla produkter innehållande klorhexidin under anestesi ska tas bort, för att undvika att patienten exponeras för andra klorhexidinnehållande produkter under pågående behandling. Förpackningsstorlekar: Läkemedlet är tillgängligt i volymerna 1 ml, 3 ml, 10,5 ml och 26 ml för ofärgad. Läkemedlet är tillgängligt i volymerna 3 ml, 10,5 ml och 26 ml för färgad. Förpackningsstorlek: 1ml, 60 applikatorer, 3 ml, 10,5ml och 26ml: 25 applikatorer. Senaste översyn av produktresumén: 2019-08-20. För ytterligare information se www.fass.se

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

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



Utgivare

Riksföreningen för operationssjukvård ISSN 1101-5624.

Upplaga

2000 exemplar. Tidningen utkommer med fyra nummer per år, till alla medlemmar i riksföreningen och övriga prenumeranter.

Prenumeration

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

Prenumeration via agentur 500 kr per kalenderår

Omslagsbild

Nya kompetenser?

Foto

byLindahl

Annonser

annonsansvarig@rfop.se

Redaktion

Kristina Lockner
Yvonne Törnqvist
Jennifer Båskman
Marina Emanuelsson
Maria Munoz
Ebba Westerström

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

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

Eftertryck från tidningen utan Riksföreningen för operationssjukvårds medgivande är förbjudet.

Layout: MittKompetens AB

Tryck: Allduplo Offsettryck AB

Innehåll

Uppdukat nr 4 2023 årgång 35

REDAKTIONENS ORD

Ordförande...sid 4

HISTORIA

Kejsarsnittets historia och de första operatio caesarea i Sverige...sid 6

KOMPETENS

Tvärprofessionell workshop ...sid 10

KOMPETENS

ERASMUS projektet MYORCO...sid 12

KOMPETENS

Bästa examensarbetet...sid 14

KOMPETENS

Nya kompetenser...sid 16

PORTRÄTTET

Monica Thompson...sid 20

REPORTAGE

Smärta hos opererad patient...sid 22

HYGIEN

Steriliteten vs. miljön...sid 26

POPULÄRVETENSKAP

Uppdukning och övertäckning, sen då?...sid 28

PÅ VÅR OPERATIONSÄVDELNING

Centraloperation, Sundsvalls sjukhus...sid 32

REPORTAGE

Sjuksköterskan inom operationssjuksköterskan...sid 36

HYGIEN

Klarar flergångsrockar samma krav som engångsrockar?...sid 40

FÖRENINGSNYTT

RFop...sid 42

sid 10



sid 12



sid 20





Året närmar sig sitt slut och här kommer som sig brukar årets sista Uppdukat. Vi har som vanligt fyllt numret med artiklar som har beröringar direkt och indirekt med operationssjukvård och operationssjuksköterskans profession. Vi har arbetsmiljö, patientsäkerhet, populärvetenskap, historia, hygien och mycket mer.

En ny kompetens?

Internationellt sett har sjuksköterskebemannning och *högre kompetensnivå hos sjuksköterskor* visat sig sänka morbiditet och mortalitet inom slutenvården. Inom operationssjukvården har specialist-sjuksköterskornas utbildningsnivå visat sig påverka andelen infektioner i det postoperativa förloppet. I Sverige är en av de vanligaste vårdskadorna vårdrelaterade infektioner, varav postoperativ sårintektion utgör en betydande andel. Och så mycket som hälften av alla infektioner uppkomna postoperativt anses vara helt i onödan.

Under året har ett förslag om en ny kompetens inom operationssjukvård kommit och det har varit/är en debatt om det ska bli eller ej. Läs mer om detta på sidan 16.

Problematiken – det saknas operations-sjuksköterskor, det saknas sjuksköterskor är argumenten som lyfts. Hur kommer vi att klara bemanningen i framtidens operationssjukvård? Vilka kompetenser

kommer att finnas där? Hur kan vi redan nu jobba för en fortsatt patientsäker operationssjukvård? Under årets Höstkongress kommer vi att ha en paneldebatt om *Framtidens operationsavdelning – vilka kompetenser behövs där?* Är det självklart att det är samma kompetenser som vi har idag? Eller vilka nya kan vi se?

Vilka kompetenser *kan komplettera* ersätta? operationssjuksköterskan och i så fall i vilka arbetsmoment? Att på nationell nivå klargöra kompetensområdet för specialistsjuksköterskan med inriktning mot operationssjukvård och därmed bidra till en jämlik, god och säker vård för patienter som ska genomgå kirurgiska ingrepp, undersökningar och behandlingar är viktigt.

Höstkongress

Du kan fortfarande anmäla dig till årets Höstkongress 30/11-1/12. Målet med kongressen är att alla, såväl nyutbildade som erfarna, oavsett om du jobbar på ett mindre sjukhus eller ett Universitets-sjukhus, ska få ett utbyte av att delta. Operationssjukvården är bred fast samtidigt ett smalt område. Intentionen är att det ska finnas något för alla och du får möjligheten till nätverkande och det professionella utbytet med kollegor från hela Sverige.

60 år

Nästa år fyller Riksföreningen för operationssjukvård (RFop) 60 år! Det ska vi fira och styrelsen planerar för flera aktiviteter, bland annat kommer vi att öka vår, operationssjuksköterskans, närvaro vid andra föreningskongresser, utbildningstillfällen, debatter, kanske rent av Almedalen, helt enkelt försöka synliggöra vår profession så mycket som möjligt. Fast hur vill du fira? Vad skulle du önska att vi som förening gör, lyfter nästa år under vårt jubileumsår? Vilka artiklar vill du läsa? Vilka föreläsningar vill du lyssna på? Och är det någon ny konceptutbildning vi ska genomföra? Hör av dig till rfop@rfop.se. Vi vill att alla ska vara med och vara stolta över de första 60 åren och planera för framtiden.

Nu önskar hela redaktionen Dig en God Jul och ett Gott Nytt År! ●

MDR, Juridik & Upphandling

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

Juridik

Hur styr och påverkar regelverken vardagen i vården? Genom kunskap och användning av regelverken kan du bidra till en bättre och mer patientsäker vård!

MDR, det medicintekniska regelverket

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

Upphandling

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

Tid

Fredag 12 april och 18 oktober 2024
Kl. 08.30 - 15.30

Plats

Sheraton Stockholm Hotel

Kostnad

Medlem	3 450 kr exkl. moms
Icke medlem	4 750 kr exkl. moms

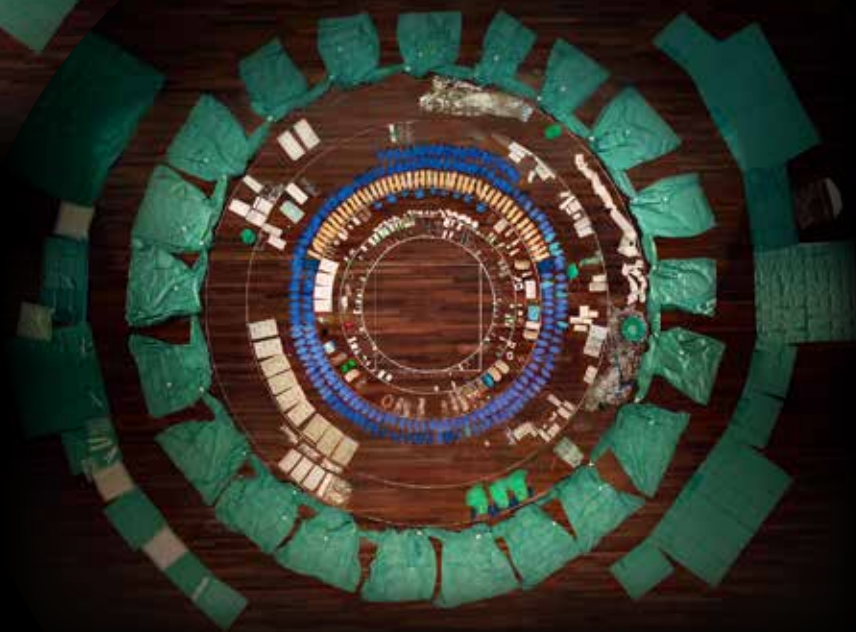
Mer information och anmälan på rfop.se

ProcedurePak® hjälper dig att minska avfallet i operationssalen*

Finns det något annat sätt?



Det finns ett annat sätt!



Visste du att ett byte från singelpackade produkter till ett Mölnlycke® ProcedurePak® kan minska det kirurgiska förpackningsavfallet med upp till 90%*, utan att kompromissa med säkerheten?

* Assessing the carbon and waste benefits of moving to Procedure Packs at Royal Liverpool and Broadgreen University Hospitals, NHS Trust, 2011.



Läs mer på www.molnlycke.se

Mölnlycke Health Care AB, Box 13080, Gamlestadsvägen 3 C, 402 52 Göteborg. Tel.: 031 722 30 00. info.se@molnlycke.com
Mölnlycke och ProcedurePak varumärken, namn och logotyper är registrerade globalt hos ett eller flera av företagen i Mölnlycke Health Care-gruppen. ©2023 Mölnlycke Health Care AB. Alla rättigheter förbehållna. SESU1332310


Mölnlycke®

Kejsarsnittets historia och de första *operatio caesarea* i Sverige

"Denna kallas partus caesareus, thet är: Den Keiserliga Födelsen, ty man håller så före at den första Keisaren wijd Nampn Julius Caesar sålunda född är hwar utaff han sedan Namnet bekommit, ty caesus betyder utskurin"

Johan von Hoorn 1697, förlossningskonstens grundläggare i Sverige.

I gudamytologin finns många berättelser om gudar som fötts genom att skäras ur sin moders kropp. I den grekiska mytologin sägs att både Dionysius (vinets gud) och Askepois (Läkekonstens gud) fötts genom kejsarsnitt men efter att deras mödrar var döda. Enligt Lex Regia och senare Lex Caesarea från romartiden var det förbjudet att begrava en oförlöst kvinna innan barnet tagits ut. På 200-talet före Kristus förklarar Plinius den äldre att ordet kejsarsnitt härstammade från "a caeso matris utero", vilket betyder att skära genom moderns livmoder. Det är allmänt trott att kejsarsnittet härrör från Julius Caesars födelse. På den tiden utfördes ingreppet endast om modern var död eller döende. Det är inte troligt att Julius Caesar blev född genom kejsarsnitt eftersom hans mor Aurelia påstås varit med och hört om sonens invasion av brittiska öarna.

Kejsarsnitt på döda kvinnor har i historien kopplingar till arvsrätten. Det dokumenterade fallet av ett levande barn skars ut genom buksnitt på en avliden kvinna i Sverige ägde rum i Kalmar 1360. Enligt dokument från Riksarkivet handlade det om Bo Jonsson Grips hustru Margareta Porse. Modern var "ny-död" och den nyfödde sonen överlevde tillräckligt länge för att kunna döpas vilket möjliggjorde för fadern att arva hustruns stora egendomar. Det första framgångsrika fallet av kejsarsnitt på en levande kvinna rapporterades i Europa från början av 1400-talet. En

tysk barnmorska påstås 1411 ha utfört sju kejsarsnitt där moder och barn överlevde i samtliga fall. År 1595 rekommenderade en italiensk dominikanermunk, kejsarsnitt som förlossningsmetod vid bäckenförträngning, medan andra starkt avrådde från sådana ingrepp. Det första historiskt säkra beskrivna kejsarsnittet i Skandinavien utfördes år 1758 av Herman Schützer, som senare adlades och fick namnet Schützercrantz. Herman hade studerat medicin för Linné var utbildad fältskär och var verksam som kung Fredrik I:s livkirurger. Kejsarsnittet utfördes med den kände kirurgen Olof af Acrel som assistent. Patienten var en dvärginna med svår bäckenförträngning. Barnet överlevde men modern dog efter några dagar på grund av bukhinneinflammation.

Operatio caesarea

År 1857 beskriver den 34-årige provinsialläkaren Lukas Andersson i sin årsberättelse till Sundhetscollegiet ett fall av operatio caesarea som utfördes i Cristianstad under året. Den 25 åriga pigan Anna väntade sitt första barn, där barnafadern var hennes ogifta husbonde. Provinsialläkaren blev kallad till kvinnan vars förlossning hade pågått i ett dygn. Vid den vaginala undersökningen upptäcktes rikligt med ärrvävnad i genitalområdet och kvinnan har en sammanväxt slida. "Under sådana omständigheter ansåg jag, att Qvinnan icke på annat sätt än genom operatio caesarea kunde och borde från sitt foster frigöras" skrev Lukas Andersson. Kvinnan gavs en stor dos opium och fördes med vagn in till stadens lasarett. Sjukhuset saknade operationsavdelning och de ingrepp som brukade utföras var öppning av bölder, borttagande av ytliga tumörer och någon enstaka starroperation. Större ingrepp som bukkirurgi utfördes inte och ett kejsarsnitt var något helt främ-

mande. När kvinnan anlände till sjukhuset undersöktes hon av lasarettsläkare Holm som instämde med Dr Andersson om att operatio caesarea var nödvändig. De kallade in stadens övriga läkare och beslöt att telegrafera och rådgöra med en erfaren läkare i huvudstaden. Efter att fått ett positivt svar av Herr Lif-medicus Retzius i Stockholm påbörjades operationen. Kvinnan anesteserades med kloroform, och Dr Andersson, som ansågs vara mest erfaren utsågs till operatör. Han hade tidigare tjänstgjort som adjunkt i förlossningskonst vid Karolinska Institutet i Stockholm. Buksnittet lades i linea alba, och när livmodern genomskars påträffades moderkakan vilken också genomskars vilket resulterade i en kraftig blödning. En levande flicka framdrogs. Moderkakan plockades ut och såret suturerades. Troligen lämnades livmodern öppen vilket var standard vid denna tid. Efter operationen beskrivs kvinnan känna sig fullkomligt kry. Men följande dag började hon känna sig öm i buken, "fick häftiga kräkningar med en högst liten och hastig puls". Hennes tillstånd försämrades, och tidigt nästa morgon avlider kvinnan.

I samband med obduktionen sågs att yttre modermunnen var tilltäppt med ärrvävnad, och hela slidan sammanvuxen ända upp till modermunnen. Det är oklart vad som kan ha orsakat en så svår infektion i slidan att den leder till sammanväxning. Den mest troliga förklaringen är att det är ett resultat av ett misslyckat försök till abort. Man kan spekulera i att graviditeten var oönskad och katastrofal, särskilt från barnafaderns sida, som kanske inte hade för avsikt att gifta sig med sin piga. Det kan misstänkas att något frätande ämne eller instrument infördes i kvinnans slida, vilket orsakade skadorna. Flickebar-

net döptes till Anna efter sin mor och omhändertogs av sina morföräldrar. I husförhållsprotokollen kom det alltid att anges att hon var född genom "operatio caesarea". Hon levde i 78 år och avled år 1935.

Uppsalas första kejsarsnitt

1859 ägde den första BB-förlossningen i Uppsala rum. Barnbördshusets enda barnmorska var Anna Norberg, som anställdes som tjugohåring och var den första och enda sjukhusbarnmorskan i Uppsala under en lång tid. Anna var därför också ständigt i tjänst. Sjukhusförlossningar var fortfarande ovanliga på den tiden, eftersom de flesta kvinnor födde hemma. Anna hade ryktet om sig att vara duglig och hårt arbetande och hon förläste på egenhand över 100 kvinnor varje år. Dödsfall bland mödrar och barn var sällsynta. De barn som dog gjorde det oftast på grund av för tidig tvillingfödelse eller hereditär syfilis.

Det var också här som det första kejsarsnittet vid Barnbördshuset kom att utföras. Tidigt en novembermorgon år 1862 inkommer ogifta förstföderskan Anna Dahlström in med värkar. Barnmorskan Anna Norberg konstaterade snart att det inte skulle bli en normal förlossning. Den magerlagda pigan hade ett alltför trångt bäcken för att kunna föda naturligt. Vid 12 tiden tillkallades professorn i kirurgi Carl Benedict Mesterton. Han blev mycket intresserad, även om han själv aldrig tidigare hade utfört ett kejsarsnitt, men hade läst mycket om det och konsulterar sin kollega medicinprofessorn O Glas. Klockan 19 hade Anna kraftiga värkar, men man avvaktade fortfarande. Stadens läkare och ett antal medicine kandidater hade samlats för att följa händelsen. Klockan 21 underrättas patienten Anna om att en operation eventuellt behövde utföras för att rädda hennes och barnets liv. Hon informeras också om riskerna med operationen och att om hon föder den naturliga vägen skulle inte barnet kunna räddas. Det sägs att Anna utan tvekan och med glatt mod valde operationen.

Förberedelserna för operationen påbörjades. En förlossningssäng användes som operationsbord, den belysning som finns att tillgå är från oljelampor. Nykokta svampar och en stor mängd is placeras på ett bord bredvid. Professor Mesterton skulle vara huvudoperatör,

och flera läkare utsågs till assistenter, som alla får sin tydliga uppgjorda roll innan ingreppet påbörjas. Klockan 22 börjar Anna andas in kloroform, och operationen påbörjades. Mesterton beskriver hur livmodern skars med små snitt, lager för lager och blödnings från sårkanterna var riklig med sprutande blodstrålar. Man försökte stilla blödningsarna med hjälp av svampar doppats i isvatten. Operationen försvårades av att Anna av och till kastar sig våldsamt i samband med långvarig och ihållande värk. Efter att värken avtog genomskars livmodern och ett livlöst, slappt men välskapt flickbarn plockades fram. Det tog två minuter med inblåsningar och iskalla dukar innan barnet var vid fullt liv och barnmorskan Anna kunde ta hand om den nyförlösta flickan.

Trots att blödnings i livmodern har tillstött avslutades narkosen, och Anna var fullt vaken. Man kämpade i nästan en timme med att få livmodern att dra ihop sig. Man använde sig av lokal kompression av uterus samt kompression av dess väggar mot varandra. Först när ett isstycke lades i livmodern började den dra ihop sig och blödnings avtog. Anna fick dricka en blandning av vin och buljong, men inget nämns om de smärtor som Anna måste ha lidit av, vaken med öppen buk i över en timmes tid. Buken syddes ihop med fyra suturer och avslutades med en lätt åtdragen magbinda. Efter att operationen avslutats får Anna ett morfinpulver. Hon övervakades under natten av två läkare. Barnet döptes nästa morgon med alla medicinkandidater närvarande som faddrar. Hon fick namnen Carola Benedicta Caesaria (kejsarinnan) och namnet Benedicta efter Professor Mastertons förnamn Carl Benedict. Anna kunde själv amma sitt barn vid två tillfällen under förmiddagen, men hon börjar klaga över tilltagande buksmärter. Hon hade fått gasbildning, och trots lavemang, kräkmedel och massage av buken under eftermiddagen står tarmarna stilla. Anna avled vid fyrtiden morgonen dagen efter. Obduktionen bekräftar att hon drabbats av "enorma gasbildningar", döden uppfattades såsom aspyxi genom lungornas compression av den enorma gasuppdrevningen av buken" Mestertons förklaring är att det möjligen kan bero på kloroformet, samt att det är välkänt att hysteriska kvinnor får väderspänningar. Det är också ett känt



Sned incission på vänster sida vid post-mortem Caesarean Section C. Stephanus 1648 (Herbert R Spencer Caesarean Section With a table of 120 cases. John Bale, sons & Danielsson LTD London 1925).



Lyckat kejsarsnitt i Göteborg 1890 Öberg L Göteborgs Läkarsällskap En historik. Bild publicerad med rättighet från Göteborgs läkarsällskap.



Romantiserad bild av kejsarsnitt ur lärobok i gynekologisk kirurgi 1921. (Döderlein-Krönig Operative Gynäkologie, Verlag Von Georg Thieme. Leipzig 1921).

faktum att psykiska chocker kan orsaka död, så det kan vara så att Anna fått gasbildningarna på grund av chock enligt Mesterton. Dödsorsaken var bukhinneinflammation. Carola Benedicta Ceasaria växte upp i olika fosterhem. Hon beskrivs som vuxen som en pigg, glad och vänlig torparhustru. Anna Ceasaria som hon kom att kallas, fick aldrig några egna barn, men hon kom att ta hand om tre fosterbarn vilka hon uppfostrade med mycket ömhet. Vår "kejsarinna" levde fram till år 1938.



Carl Benedict Mesterton

En ny och stor epok

Carl Benedict Mesterton avled efter sjuklighet år 1889 vid en ålder av 62 år och hans tjänst övertogs av Karl Gustaf Lennander.

Lennander kom att bli en legendarisk kirurg och har sagts vara vårt

lands främste kirurg efter den svenska kirurgins fader af Acrel. I ett föredrag 1889 inför Uppsalas allmänna läkareförening i samband med sitt tillträde säger den blivande professorn i kirurgi och obstetrik Lennander följande:

"Det ligger i namnet kejsarsnitt något stort, något utöver det alldagliga upphöjt. Det är ett namn värdigt en operation, genom vilken det är möjligt att under vissa omständigheter rädda två liv, som annars skulle båda vara hemfallna åt en säker död".

En ny och stor epok inom kirurgin, antiseptiken utvecklades vid denna tid. Professor Lennander tog steget från antiseptik till aseptik där olika steriliseringsapparater och desinfektionsmedel prövades och bedömdes. Tvätt rutinerna i samband med operationer blev mycket omfattande, och Lennander använde en tid även såpa, sprit och sublimatlösning för att grundligt rengöra sig och sitt skägg, men slutade med det när hans skägg antog en gulröd ton. Barnmorskan Anna Norberg fortsatte tjänstgöra på BB-avdelningen i Uppsala ända in på 1900-talet och var en stor beundrare av professor Lennander.

1893 utnämndes Axel Otto Lindfors som förste att tillträda den nyinrättade professuren i obstetrik och gynekologi vid Uppsala universitet. Hans installations-



Ritning från Pfannenstiels originalartikel (1900) som visar snitten schematiskt. Den böjda horisontella linjen indikerar snittet av hud, subkutan vävnad och fascia (anterior rectus slida). Den avbrutna vertikala linjen indikerar snittet mellan rektusmuskulerna, transversalis fascia och peritonealskiktet. Notera den rätvinkliga positionen för snitten och det minimala möjliga korsningsområdet

föreläsning hade titeln "Ignaz Philipp Semmelweis och hans betydelse för den obstetriska antiseptiken" Lindfors var en föregångsman inom flera områden av kirurgin och han var den förste i Skandinavien att utföra en mjältextription. Under sin tid som professor utförde han 17 kejsarsnitt. Redan år 1904 utförde han ett kejsarsnitt på indikationen eklampsi, vilket på många håll inte ansågs vara en indikation för kejsarsnitt. Patienten, en 25-årig förstföderska med svår huvudvärk, kräkningar, enorma ödem och kraftig albuminutsöndring i urinen, hade endast en urinnängd på 30 ml sista natten innan operationen. Modern liksom, barnen som var tvillingar överlevde operationen. Trotjänarinna Anna Norberg fick tydligen aldrig något riktigt förtroende för den ny professorn, trots hans specialistkunskaper, och när saker inte gick som det borde under den nye professors ledning kunde hon uttrycka. "Vad skulle professorn (Lennander) sagt om detta!"

Att operera med kejsarsnitt valdes oftast som en sista utväg och då efter att kvinnorna hade legat länge i förlossningsarbete. Operationen ledde oftast till döden för mödrarna, vilket oftast berodde på att man inte sydde såret i uterus, vilket gjorde att blod och avslag rann ut i bukhålan. För barnen var prognosen för överlevnad ännu sämre. I statistik

över kejsarsnitt utförda åren 1800–1832 överlevde endast fyra av 200 barn och åren 1832–1875 tre av 143 barn.

I en årsberättelse till Kunglig sundhetskollegium 1861 redogör den 44-åriga provinsialläkaren Carl Reuterman i Torps distrikt i Västernorrlands län om ett patientfall där han utförde ett kejsarsnitt i en torparkoja. Han kallades en sen kväll till avlägsen by där en 40-årig förstföderska hade legat i förlossningsarbete de senaste dagarna utan resultat. Vid ankomsten utförde han en undersökning och kunde känna barnets huvud vid bäckenet och modern munnen som en hård, sträv elastisk ring. Kvinnan åderläts och Dr Reuterman uppsökte en närliggande bondgård för att få några timmars sömn i avvaktan att modern munnen förhoppningsvis under tiden ska utplånas tillräckligt mycket för att en förlossningstång skulle kunna läggas. Han fick bara sova någon timme innan han kallades tillbaka, då ingen förändring hade skett. Han bestämmer sig då för att använda förlossningstången, vilket misslyckas. Därefter utförde han en grundligare undersökning och kände en pulslös navelsträng vid sidan av det emellan korsknölen och blygdbenet alldeles ihop plattade fosterhuvudet.

"Nu började en lång och sorglig inre konsultation vars kortfattade resultat blev: om jag försöker att excerebrera så vinner jag dermed ingenting, ty jag kan ej anlägga tången och även på kroken kan jag ej hoppas. Styckning kan jag i trängseln ej företaga. Jag ansåg mig ej hava annat råd än att tillgripa den avskyvärda Gastrohysterotomien varifrån jag, när jag rest på en förlossning, bett Gud förskona mig."

Med blödande hjerta framställde jag därför denna utväg såsom den enda som hade någon, om ock ringa, utsikt att rädda



Operationssalen, akademiska sjukhuset Uppsala 1906. Professor Lennander, okänt ingrepp

qvinnans liv. Fostret var dött så att tanken derpå gav ingen glädje, endast vissheten att, utgången måtte bli vilken som helst, befria kvinnan från de förskräckliga plågorna gav något ljus.”..... så beslöt jag också i Guds namn att operera. Men det är olika att göra en sådan operation i en välförsedd barnbördsinrättning och i en fattig torparekoja”.

Reuterman sövde kvinnan med Kloroform, ”under hela operationen låg hon och andades så lugnt som i den djupaste och ljuvaste sömn”

”Operationen förrättades, som vanligast, i linea alba och intet blod gick vid bukväggens öppnande förlorat och även vid livmodrens genomskärning var det blott 2:ne mindre arterer som gävo blod, eller rättare blott en, ty det tycktes som samma arter sprutade från varsin sårkant, men som efter en liten tilltryckning snart upphörde. Såret gick rakt på placenta, vilken jag först måste uttaga för att få tag i fostret, vars ena höft var den första synliga delen. [...] Värst var nästan bristen på svampar för blodets upphemtande. Inom en kvarts timme efter full effekt av chloroformen var fostret uttaget och inom ytterligare en halvtimme såret hopsytt och en binda anlagd”

Inget nämns om assistans under operationen, men man kan förmoda att han hade hjälp av barnmorskan som efter operationen fick stanna kvar och övervaka kvinnan, som avled tre dagar efter ingreppet. Även den kände Enköpingsdoktor Ernst Westerlund utförde ett kejsarsnitt 1880 på en 36-årig förstföderska som kom in till Enköpings sjukhus efter tre dagars värkarbete och blödningar. Kvinnan var i mycket dåligt skick och var döende när operationen påbörjades. Varken barn eller mor överlevde.

Överlevnad

Chanserna för överlevnad för mödrarna förbättrades rejält efter att Italienaren Eduardo Porro år 1876 införde metoden att vid kejsarsnitt utföra en uterusextraktion efter att barnet var ute. Porros metod spreds snabbt och trots att den stympade kvinnan på sin livmoder bidrog den till att många kvinnors liv kunde räddas. Porros operation innebar också att äggstockarna avlägsnades. Genom utvecklingen av den operativa gynekologin blev man så småningom medveten om äggstockarnas betydelse och de skadliga följderna av bortoppe-

rerandet blev uppenbara. Redan under 1700-talet hade det gjorts försök att sy ihop såret i uterus med dåliga resultat framför allt för att det saknades lämpligt suturmateriel.

1881 opererade Ferdinand Adolf Kehrer från Heidelberg ett kejsarsnitt på en kvinna med rakiatiskt bäcken. Han sydde livmodersåret med tre lager suturer och både barn och moder överlevde operationen.

Det första kejsarsnittet i Sverige där både mor och barn överlevde utfördes av Mauritz Salin, professor i gynekologi och obstetrik vid Karolinska institutet, år 1885 med Porros metod. Det första kejsarsnittet där livmodern sparades och både mor och barn överlevde gjordes 1890 också av Salin. Han opererade då en kvinna med bäckenträngsel som väntade sitt fjärde barn. Det tre tidigare hade alla avlidit i samband med de svåra förlossningarna. Salin sydde då ihop såret i uterus. Vid den tiden hade tysken Max Sänger förordat att suturering av livmodern alltid bör utföras vid kejsarsnitt.

Det verkar finnas flera historiska nerteckningar på kejsarsnitt utförda just på dvärgkvinnor. Följande kommer från Göteborg. 1890 tillkallades göteborgsläkaren Per Neuman till Cirkus i orensbergsparken, där en singalesisk dvärginna (112cm hög) låg i förlossningsarbete. Då hennes anhöriga vägrade sjukhusvård, fördes kvinnan till Neumans privatbostad. Neuman utförde där ett kejsarsnitt med efterföljande sutur av uterus. Till sin hjälp hade han tre läkar kollegor. Kloroformnarkosen sköttes av stadens privatpraktiserande ögonläkare Dr Ahlström, den som assisterade i såret var provinsialläkare Belfrage och stadsläkare Backlund vid instrumenten och suturer. Operationen lyckades och kvinnan och barnet överlevde. Hon kunde följa med sin trupp vidare, och från Hamburg skickade den senare ett fotografi på henne och barnet där de båda såg friska och välmående ut.

Hermann J Pfannenstiel (1862–1909)

Han föddes i Berlin och kom att studera medicin där. Efter sin läkarexamen specialiserade han sig inom gynekologin och arbetade i Breslau tillsammans med Professor Heinrich Fritsch. Senare



Hermann J
Pfannenstiel

blev han chef över den gynekologiska avdelningen på St Elisabeth systrarnas sjukhus i Breslau, som

också bedrev barnmorskeutbildning. I slutet av 1800-talet användes medellinjesnitt vid laparotomier, där fruktade komplikationer var sårrupturer och bukväggsbräck. Pfannenstiel beskrev sin utveckling av tvärgående snitt ovan blygdbenet redan 1900. Han reste runt till olika länder för att sprida sin teknik, som snabbt blev populär i Europa. Dock skulle det dröja till efter andra världskrigets slut innan tekniken infördes i Storbritannien och USA. Det är tydligt att den estetiska aspekten med användande av den tvådelade baddräkten spelade en roll. Detta snitt kom senare också kallas ”bikinisnitt”. Hermann avled vid endast 47 år ålder efter att ha skadat sitt finger under en operation av en ovarialabcess, och några dagar senare avled han av sepsis. ●

Referenser

Ahlström K. Det första kejsarsnittet i Kristianstad.

Holmdahl B. Människovård och människosyn. Om omvårdnad i Uppsala före år 1900. Uppsala 1989

Robertsdotter Mård A. Kejsarsnitt i en torparkoja 1861. Läkartidningen 3-4 2015

Lindberg B, red. Kvinnosjukvård under hundra år 1894–1994. En jubileumsbok om kvinnokliniken vid Akademiska sjukhuset i Uppsala. Halmstad 1994.

Nilsson U. Det heta könet. Gynekologin i Sverige kring förra sekelskiftet. Wahlström & Widstrand. Falun 2005

Svensk förening för obstetrik och gynekologi arbets- och referensgrupp för perinatologi Kejsarsnitt. Rapport nr 65 2010

Thiery M. Hermann J. Pfannenstiel (1862–1909) and the Pfannenstiel incision. Gynecol surgery (2010) 7:93–95

Öberg L Göteborgs Läkaresällskap En historik. Rundqvists Boktryckeri Göteborg 1983

Tvärprofessionell workshop

Förra läsåret infördes en ny läraaktivitet för operationssjuksköterskestudenter och barnmorskestudenter vid Lunds universitet med syftet att främja samverkan i team och förståelsen för varandras professioner. Vår gemensamma träffpunkt i arbetslivet är kejsarsnitt, elektiva som akuta. Utvärderingarna föll väl ut men med en stark önskan om att utöka antalet professioner som deltog, till vårterminen 2023 så välkomnades även anestesistudenter till läraaktiviteten.

Inför läraaktiviteten fick studenterna tillgång till tre inspelade föreläsningar om kejsarsnitt ur de olika professionernas perspektiv (anestesi, operation och barnmorskans). Filmerna är på ca 10-20 minuter vardera och nyproducerade av de tre lärare som är involverade i aktiviteten med hjälp av Bibliotek och IKT-enheten vid Medicinska fakulteten i Lund. Filmerna riktar sig främst till de studenter som inte läser just den inriktningen.

Dagen började med att studenterna delades in i tvärprofessionella grupper vilka sedan fick tillgång till ett fall samt tillhörande diskussionsfrågor. Under ca

75-90 minuter diskuterade grupperna fallet och vad som är viktigt från deras professions synvinkel, vad är vår respektive roll, vilka professioner närvarar vid ett kejsarsnitt, skillnaden på ett akut och elektivt snitt samt vad ska man tänka på om snittet ändrar karaktär och går från exempelvis akut till urakut.

Efter diskussionerna samlades vi i storgrupp och lyfte frågor som hade kommit upp i grupperna under diskussionen samt även vad de hade diskuterat kring frågeställningarna som de hade fått i fallbeskrivningen. Nya frågor kunde med fördel laddas upp via en padlet (en digital anslagstavla) under diskussionen, vilken sedan kan visas på storbild. Lärare från alla tre professioner fanns på plats under denna stund. Innan dagen avslutades var det dags för operationssjuksköterskestudenterna att visa och instruera barnmorskestudenterna hur man tar på sig steril rock och sterila handskar. Detta moment uppskattades mycket av studenterna. Att vi befinner oss i en föreläsningssal får man ha överseende med men önskemålet att framöver få träna på hela munderingen med glenn-mössa och munskydd tas med till kommande år.

Utvärdering skedde i direkt anslutning via en digital anslagstavla (padlet) och så här utvärderade några av studenterna läraaktiviteten:

"Jättekul att få utbyta kompetens och fokusområden med andra professioner. Känns som att det blir mindre läskigt och större förståelse för varandra!!"

"Bra med kompetensutveckling!! Och utbyte med varandra! Tänka på varandras olika aspekter i situationen."

"Hade varit kul om barnspec-ssk också var med."

"Kanske att man kunde få länk på filmen från Örebro för att ha sett ett sectio innan övningen."

"Bra med att man kan ställa frågor och få svar för djupare förståelse i sectio och förloppet för att ha någon bas att stå på väl ute i yrkeslivet."

Några utmaningar som vi lärare har när vi planerar momentet:

- I nuläget är det inte obligatoriskt för alla vilket medförde färre studenter från barnmorskeprogrammet men framför allt från anestesi-programet deltog.
- Barnmorskeprogrammet är tre terminer så olika år kommer studenter från detta program från olika terminer, vilket innebär skillnad i kunskap inför momentet.
- Önskan om att fler professioner kan delta har även vi lärare men rent schematekniskt är det svårt att få till just nu. Men förhoppning om barnspecialiststudenterna lever kvar.
- Alla studenter har inte varit med på ett kejsarsnitt vilket beror på var de har haft sin VFU. ●





Beställ filter SmokeTrap 100
hos Instrumenta



Testa miljövänliga rökutsugs-
pennan, C-VAC Tornado

UTBYTESKAMPANJEN FORTSÄTTER! 10.000 KRONOR FÖR ER GAMLA RÖKUTSUG



Har Ni en tidigare modell av
SmokeEvac? Ni kan enkelt
byta till den nya.

- Sugkapacitet - Bäst i klassen*
- Arbetsmiljö - Optimal ventilation av diatermiröken
- Låg ljudnivå



Informationsfilm

Rökutsugen SmokeEvac finns på sjukhus i hela Norden med över 800 installerade enheter, inkluderat samtliga Universitetssjukhus i Sverige.

Den förbättrade SmokeEvac 150 är levererad i 35 40 exemplar och finns bland annat på Akademiska sjukhuset i Uppsala, Hallands Sjukhus i Varberg och Kungsbacka, Gävle Sjukhus och Sankt Görans Sjukhus i Stockholm.

Välkomna att boka en kostnadsfri utprovning!

*Förlängt kampanjerbjudande! Kontakta oss senast den 31 december
för att ta del av kampanjerbjudandet.*

*Ni lämnar in Er gamla rökutsug och erhåller då 10.000:- i rabatt
vid beställning av en ny SmokeEvac 150.*

Instrumenta AB, Marieholmsgatan 64, 415 02 Göteborg Tel. 031-336 51 00 info@instrumenta.se

www.instrumenta.se

*) 49% högre sugflöde vid genomfört test, jämfört med på marknaden vanligt förekommande rökutsugar. **) Bilden är ett fotomontage med lånad utrustning.

ERASMUS projektet MYORCO, My Operating Room Nurse Coach

Projektet är mot sitt avslut, den digitala lärplattformen ska vara klar i september 2023. Denna digitala lärplattform www.myorco.eu ersätter inte de reguljära specialist-utbildningarna inom operation- och anestesisjukvård, utan är ett stödande komplement. Arbetet har fortlöpt enligt plan i detta europeiska projekt där målet var att skapa en flerspråkig digital lärplattform där kunskapsribban sattes inom perioperativ operations- och anestesisjukvård. Flera länders organisationer inom perioperativ omvårdnad har både operation- och anestesisjuksköterskor som medlemmar, som också är medlemmar i EORNA, European Operating Room Nurses Association.

Projektets mål: Målet har uppnåtts, där vi har skapat drygt 90 pedagogiska videor, inom basal perioperativ omvårdnad, inom olika kirurgiska specialiteter samt inom anestesisjukvård. Ytterligare drygt 200 bilder på kirurgiska instrument med beskrivning över användningsområden finns att tillgå. Målet är också att stödja studenter inom specialistutbildningarna, nya operationssjuksköterskor och anestesisjuksköterskor kan utbildas digitalt på ett mer självständigt sätt inom de basala grundkunskaperna, i Europa.

Projektpartners är yrkesorganisationer, utbildningscentra, universitet samt universitetssjukhus från Belgien, Finland, Frankrike, Grekland, Tjeckien och Sverige.

Barnoperation på BarnPMI, Karolinska universitetssjukhuset, har bland annat bidragit till projektmålen genom att beskriva och definiera pediatrik perioperativ omvårdnad inom flera kirurgspecialiteter med utgångspunkt i barnperspektivet, de behov barn har beroende på ålder, storlek och mognad i samband med barnets operation.



Presentation av MYORCO av EORNA:s president Jaana Pertunen

Perioperativ omvårdnad i Europa-hur ser det ut?

Projektet förväntas öka vårdkvalité och patientsäkerhet för alla patienter som ska genomgå operation, oavsett operationsavdelning, sjukhus och land, när denna digitala lärplattform implementeras och används. Därmed kan den komma till gagn för både studenter inom specialistutbildningarna, noviser inom specialiteterna, chefer samt utbildningsledare, för att stötta den perioperativa kunskapsutvecklingen och sätta gemensam europeisk basal standard genom att använda lärplattformen. Den perioperativa vården kan se olika ut i de olika länderna, vilket även kan uppfattas i de olika filmerna. Vi har haft flera diskussioner inom projektgruppen, om praxis och rutiner, som är olika beroende på land, lärosäten och sjukhus, men enats till en gemensam basal nivå. Såklart har det varit en utmaning, beroende vilka perspektiv som var och en

har med sig, även om vi tillhör Europa så finns alltid olikheter inom verksamheter som berörs.

PR av MYORCO-nationellt som internationellt

AORN, Association of periOperative Registered Nurses

Vi blev inbjudna till AORN:s 50:e konferens, som ägde rum 1-4 april 2023 i San Antonio, Texas, USA, att presentera MYORCO projektet. Konferensen samlade drygt 6000 deltagare, nationella som internationella, samt ett hundratal utställare. Det erbjöds parallella föreläsningssessioner och workshops alla dagar inom perioperativ omvårdnad, utbildning, forskning, ledarskap, framtidens gemensamma utmaningar som till exempel global brist på sjuksköterskor, vattenförsörjning på sjukhus, våldet i samhället, migration etc.

Presentationen av MYORCO genomförde vi, från barnoperation/BarnPMI/Karolinska universitetssjukhuset, tillsammans med våra projektpartners från Belgien/Universitet Leonardo da Vinci i Bryssel. Tillsammans presenterade vi projektets genomförande och visade upp digitala lärplattformen www.myorco.eu och hur man kan använda sig av den på bästa sätt. Vi visade några av filmerna samt bilder av instrument som finns att tillgå. Vi förmedlade även resultatet av de fokusgrupper som genomförts i alla projektländer där 108 deltagare gav sina synpunkter om MYORCO. Under denna session deltog flera hundra personer varav dryga 300 gav sin utvärdering om presentationens innehåll, som fick mycket hög uppskattning, uppvisat både från mätinstrumentet, av direkta frågor och spontana kommentarer med uppvisat beröm. I kort anslutning till presentationen så efterfrågades inloggning till lärplattformen. Dryga 1400 loggade



Från arbetsmötet i Tours, Frankrike och från auditorium vid UNAIBODE:s konferens

in på www.myorco.eu de efterföljande dagarna, ifrån USA och Canada.

Region Stockholms Regionala studiedag
Vi fick möjlighet att presentera MYORCO för dryga 250 kollegor som deltog vid regionala studiedagen som ägde rum 21 april 2023, Stockholm. MYORCO presenterades, både lärplattformen och projektets genomförande processer.

UNAIBODE
Projektgruppen bjöds till att delta vid den franska organisationens årliga konferens, UNAIBODE, som ägde rum i Tours, Frankrike, sista veckan i maj 2023. Vid denna konferens presenterades MYORCO för de franska specialistsjuksköterskorna inom perioperativ vård, dryga 700 deltagare samt utställare fanns på plats. I samband med konferensen gavs ett par workshops om MYORCO där drygt 100 personer deltog, som våra fransktalande kollegor från Belgien höll.

ESPNIC- European Society of Paediatric and Neonatal Intensive Care
Vi har fått möjlighet att presentera MYORCO i samband med deras 5:e Europeiska konferens som äger rum 20-23 juni 2023 i Aten, Grekland. I samband med detta presenterar vi det pediatrika omvårdnadsperspektivet av projektet.

Arbetsmötet i Tours
Det avslutande fysiska arbetsmötet för projektgruppen ägde rum sista veckan

i maj 2023 i Tours, Frankrike. I början av året 2023, diskuterade projektgruppen lärplattformens fortlevnad efter projektet avslutats. Gruppen föreslog då att erbjuda EORNA att överta lärplattformens fortlevnad också efter augusti 2026. Vid mötet i Tours diskuterades hur projektets sista delar ska avslutas, hur slutrapporteringen till EU kontoret ska ske, några översättningsfrågor, samt lärplattformens fortlevnad. Vidare i samband med mötet i Tours fick vi besked om att EORNA accepterat övertagandet av det framtida ansvaret för MYORCO efter projektets formella avslut i februari 2024. Fram till och med augusti 2026 är webmastern betald av EU. Därmed kan webmastern fortsätta genomföra eventuella korrigeringar, godkänna inloggningar och förmedla kontakter vid behov samt stödja EORNA med användningsstatistik och skapa möjligheter att lägga in sponsors utbildningsmaterial på lärplattformen www.myorco.eu.

Efter augusti 2026 ansvarar EORNA också finansiellt vad gäller webmasteruppgiften, lärplattformens fortlevnad samt uppdatering.

Inloggningar på www.myorco.eu fram till nu (v.23 2023)

Förutom som nämnts om USA och Canada så har Sverige och Belgien dryga 500 inloggningar vardera. Därefter kommer Frankrike med 200. Andra länder som uppvisat intresse och loggat in

förutom i Europa är Libanon, Kina, Vietnam, Singapore, Australien, Nya Zeeland och länder i Afrika samt Sydamerika.

Angivna referenser

Ett antal referenser har lagts till i lärplattformens olika delar. Här ett axplock:

- Principles for surgical field disinfection
- Patient Safety
- Hand hygiene
- Recommendation practices from Swedish association for operating room nurses/SEORNA
- Smoke evacuation
- Guidelines in practice: Smoke evacuation AORN ●

Följ MYORCO på sociala medier
Facebook ● Instagram ● LinkedIn



Fakta: Projektgruppen från Barnoperation/BarnPMI/Karolinska Universitetssjukhuset/Solna, består av Irini Antoniadou (projektansvarig/Utbildningsledare BOP/BUS inom utbildning samt Patientsäkerhet, Sofia Jonsson (medlem/Utbildningsledare BOP, BUS inom Utbildning) samt Janet Mattsson (medlem/OVA BarnPMI).

Bästa examensarbetet

Riksföreningen för operationssjukvård bjöd in samtliga studenter i specialistutbildningarna inom operationssjukvård i Sverige till en tävling om årets bästa examensarbete. Syftet med tävlingen är att främja kunskap, utbildning och forskning. Nu har vi ett vinnande bidrag.

Patients upplevelser av att genomgå kraniotomi i vaket tillstånd – en intergerativ litteraturstudie

Denna uppsats på magisternivå belyser betydelsen av operationssjuksköterskans grund som allmänsjuksköterska. Genom att lyfta fram att flera operativa ingrepp genomförs i regional anestesi belyser författarna av studien kravet på en ökad närvaro och kommunikativ förmåga hos operationssjuksköterskan. Förmågor som grundläggs redan under utbildningen till allmänsjuksköterska. Utifrån rådande diskussioner om att ersätta operationssjuksköterskor med



Anna Claughton Klyft och Lisa Neigart

operationstekniker visar denna uppsats tydligt att operationssjuksköterskans bakgrund som allmänsjuksköterska, med kunskaper om personcentrerad vård och förmåga att tillgodogöra en patients omvårdnadsbehov intraoperativt, är av avgörande betydelse för patienters upplevelser av operationer under lokal anestesi. För deras uppsats som visar att operationssjuksköterskans unika kompetens i det högteknologiska opera-

Institutionen för klinisk forskning och utbildning, Södersjukhuset

Examensarbete i operationssjukvård, omvårdnad 15hp HT 2022

Författare: Anna Claughton Klyft och Lisa Neigart

Handledare: Malin Stenman, med Dr, Institutionen för molekylär medicin och kirurgi

Examinerande lärare: Eva Torbjörnsson, med Dr, Institutionen för klinisk forskning och utbildning Södersjukhuset

tionsrummet är komplex, och genom att belysa operationssjuksköterskans viktiga roll för att säkerställa högkvalitativ vård vilket är avgörande för patientens välbefinnande, utses därför Anna Claughton Klyft och Lisa Neigert till vinnare av bästa uppsats på magisternivå 2023, Grattis! ●

Vill du delta i tävlingen bästa examensarbete 2024?

Examensarbeten i operationssjuksköterskeutbildningen är starten på ett yrkesliv med livslångt lärande som bygger på vetenskaplig grund. Att lyfta examensarbeten som utförs inom utbildningarna är viktiga då det bidrar till utveckling och ny kunskap för redan yrkesverksamma operationssjuksköterskor.

Förutom äran att utses till årets författare av det bästa examensarbetet så tilldelas du ett pris bestående av deltagande på Höstkongressen (resa och boende en natt).

Tävlingsanvisning

De examensarbeten som skickas in till tävlingen behöver uppfylla nedanstående kriterier:

- examinerad och godkänd mellan 15 augusti föregående år fram till 15 augusti det tävlande året.
- Deadline för att nominera examensarbeten är 31 augusti.

- utfört på avancerad nivå med magister- eller masterexamen
- utfört på svenska
- du ska vara villig att publicera en populärvetenskaplig version av ditt arbete i Uppdukat

Examensarbetet skickas till uppdukat@rfop.se

Skicka examensarbetet och en kort redogörelse (max en A4-sida) där ni motiverar varför examensarbetet ska vinna. Bifoga kontaktuppgifter (namn, adress, telefonnummer, e-postadress) samt utdrag från Ladok där examensarbetets betyg framkommer. Redaktionen för uppdukat anonymiserar examensarbetet innan det vidarebefordras till RFop's jury.

Så utses vinnaren

Styrelsen för Riksföreningen för operationssjukvård utser vinnaren efter rekommendation från en jury bestående av medlemmar från Kvalitetsrådet och Redaktionen.

Följande kriterier ligger till grund för bedömning av uppsatserna:

- Innehåll och relevans för operationssjuksköterskans profession
- Förankring i forskning och teorier inom perioperativ omvårdnad och operationssjukvård
- Nyttänkande och bidrag till kunskapsutveckling.
- Nyttan för verksamheter inom perioperativ omvårdnad och operationssjukvård

Välkommen att skicka in ditt bidrag!

"Vår ambition är att stegvis minska vår miljöpåverkan genom att se över vårt materialval samt processer vid tillverkning och distribution under produktens hela livscykel."



Ett mer hållbart draperingsalternativ



[www.molnlycke.com/
or-solutions/](http://www.molnlycke.com/or-solutions/)

För mer information besök www.molnlycke.se

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



Nya kompetenser

Vad har hänt inom operationssjukvården i Stockholm under 2023? Under våren presenterar arbetsgivaren ett förslag på ny kompetens/nya arbetssätt inom operationssjukvården som innehåller den nya kompetensen "operationstekniker", vilket är tänkt att ersätta operations-sjuksköterskan på operationssalen.

Liknande förslag har tagits fram vid ett flertal tillfällen genom de senaste 50 åren där vi genom vår förening bidragit till att de lagts ner. Detta är följaktligen inte något nytt. Om det inte fungerat då, varför skulle det fungera nu? Viktigt att poängtera med det som pågår i Stockholm är att det lätt kan sprida sig till resten av landet, då de flesta operationsavdelningar sliter med likartade problem. Det är således av stor vikt att alla engagerar sig och håller sig uppdaterade. Konsekvenserna vid en alternativ utbildning är framför allt kompetensbrist men även schismer så som konkurrens mellan olika professioner, åsidosatt patientsäkerheten och flykt av specialistsjuksköterskor. Utbildningen som vi har idag är en konsekvens av tidigare försök att utbilda på alternativa vis. Men vad vi vet, så finns det inte idag något universitet, högskola eller annan utbildningsanstalt som har åtagit sig att utbilda den nya kompetensen.

Exempel på alternativa utbildningar har prövats tidigare

- Operationsassistenter (1970-talet), många kompletterade senare sin utbildning för att bli legitimerad sjuksköterska.
- Operationssköterskor (1980-talet), många kompletterade senare sin utbildning för att bli legitimerad sjuksköterska.
- Undersköterskor snabbutbildades under 1 år, klarade inte arbetet därför avslutades projektet. (Projekt i Region Stockholm dåvarande Stockholms läns landsting, 1980-talet)

Förslag på utbildningar som stoppats eftersom de inte ansågs tillräckliga för att uppfylla kärnkompetenserna

- Två till tre utbildningsförslag i Region Stockholm.
- Under 2017 kommer flera förslag om alternativ utbildningsväg från bland annat Sahlgrenska universitetssjukhuset och Universitetssjukhuset i Linköping.

Arbetsgrupp "Nya kompetenser"

För snabbare beslut och aktiviteter, bildade RFop arbetsgruppen "Nya kompetenser". I den ingår följande: Kristina Lockner (Ordförande), Lasse Salomonsen (Kvalitetsrådet), Anna Nordström (Styrelsen och Lärarådet), Veronica Ramirez-Johansson (Distriktsamordnare Stockholm), Maria Muñoz (Redaktör för Uppdukat och sociala medier), Ami Fagerdahl (Universitetslektor och Studierektor för Specialistsjuksköterskeprogrammet - operationssjukvård vid Karolinska Institutet).

Nätverksträff Stockholm möte 1

Första nätverksträffen för hösten anordnades på Nya Karolinska Solna i augusti. Ett hybridmöte för både medlemmar och icke-medlemmar där det fanns möjlighet att delta på plats eller digitalt. Det var bra uppslutning med sammanlagt över 130 deltagare från olika sjukhus inom Region Stockholm. På plats fanns RFop:s arbetsgrupp "Nya kompetenser". Vi uppmuntrade deltagarna innan mötet att tillsammans fundera på: Vad behövs för att öka kvarstannandet? Vad behövs för att locka tillbaka de som slutat? Vad kan någon annan än en operationssjuksköterska göra på en operationsavdelning?

Stor del av mötet gick åt till att informera och beskriva händelseförloppet. Vad ska operationstekniker göra och ha ansvar för i sitt arbete? I förslaget som funktionschef för Perioperativ medicin och intensivvård (PMI) presenterat är

det tänkt att operationssjuksköterskor (gärna disputerade) förslagsvis ska ha ansvar för arbetet på tre operationssalar. Vilket inte många operationssjuksköterskor anser sig kunna eller vilja ha, det vill säga, ha insyn i vad som händer på en sal man inte själv bemannar. Det fanns ett stort behov att få ventiler och lufta sina tankar kring det nya förslaget. Det konstateras även att det som läggs fram som alternativa förslag till vad operationssjuksköterskan ska göra istället, redan är tillgängligt idag. Att operations-sjuksköterskor saknas är inte alltid lika med en brist på operationssjuksköterskor, men det saknas och många gånger jobbar de med annat. Varför stannar de inte i arbetet blir då frågan? Det är viktigt att vi som profession inte bara säger nej utan även bidrar med konkreta förslag på lösningar.

Vidare konstaterades det att förslaget inte har diskuterats i samverkansgrupper inom NKS eller utanför sjukhuset. NKS har tillsatt tre arbetsgrupper: Solna, Huddinge och Omvårdnadschefer (OVC). Genom en serie workshops har de tre arbetsgrupperna arbetat med att ta fram olika förslag på kompetenser och arbetssätt som bidrar till att lösa utmaningarna i operationssjukvården samt vidareutveckla det liggande förslaget. Det kom frågor om vad Socialstyrelsen säger och det verkar vara så att det inte är deras bord. RFop har haft en dialog med Svensk kirurgisk förening som väljer att förhålla sig neutrala i frågan.

Förslaget från NKS hämtar inspiration från länder som Nederländerna, Tyskland och USA. Det som inte nämns är att den sjukvården bedrivs på ett helt annat sätt än svensk sjukvård som har en mycket högre standard. Det föreslogs att vi riktar blickarna till våra nordiska kollegor så som Norge som arbetar med två operationssjuksköterskor per operationssal, där de turas om att instrumentera och passa på sal. Detta arbetssätt upplevdes positivt bland deltagarna.

Kan vi inte bara öka antalet utbildningsplatser på den befintliga specialistutbildningen?

Nej så lätt är det inte då det är regeringen som skickar ut beställningar på hur många utbildningsplatser som ska ges. Ami Fagerdahl informerade och redde ut begreppen att en högskoleexamen måste bestå av minst två år och OM en högskola ska åta sig uppdraget så blir det i så fall ett ihop plock av enstaka kurser och det behöver "beställas" av ett eventuellt kursgivande intuition. Karolinska Institutet ger inte någon utbildningen som inte genererar generell examina. Enligt den examensordning som gäller från och med 1 juli 2007 ska en generell examen omfatta ett huvudområde. Vilket huvudämne har det då tänkt att operationstekniker ska ha?

Nätverksträff Stockholm möte 2

Hybridmöte och workshop på Nya Karolinska Solna för medlemmar och icke-medlemmar. Ett uppföljande möte med syfte att fortsätta dialogen från det första mötet med fokus på lösningar. Från Vårdförbundets avdelning Stockholm deltog avdelningsordförande Emma Jonsson och Mira Nyberg, avdelningsstyrelseledamot. Vi berättade att vi har samma intresse men med olika infallsvinklar och uppdrag. Sammanlagt var det 70 deltagare från Karolinska universitetssjukhuset Solna och Huddinge.

Mötet inleddes med en kort redogörelse för händelseförloppet och aktuell status. Därefter delades deltagarna in i mindre grupper för att diskutera tre frågor: Hur kan vi öka kvarstannandet? Finns det bättre kompetensförsörjningsförslag? Framtidens operationsavdelning – vilka kompetenser behövs där?

Sammanfattningsvis landade många förslag i förbättrad arbetsmiljö med mer tid för pauser och återhämtning. Förkortad eller moderna arbetstider vilket leder till att arbetet inte blir så tungt. Löneutvecklingen behöver främjas och många nämnde två operationssjuksköterskor per operationssal vilket leder till lärande och mer "luft i systemet". Många förslag liknar varandra men med små nyansskillnader som varierande arbetsuppgifter samt arbeta 80% - 20% fördelat mellan kliniskt- och utvecklingsarbete. Locka tillbaka erfarna till koordinators-tjänster och mentorer. Frågan om andra yrkesgrupper kan göra mer till exempel



AI bild, NightCafe, K.ewest

steriltekniker, IT, MT och förråd för att göra yrket mer attraktivt. Vi pratade om hur vi kan visa upp operationssjuksköterskeyrket och öppna det sluta rummet för att locka fler att utbilda sig till operationssköterskor. Bjuda in politiker och höga chefer för att "gå i mina skor". Arbetsgivarna behöver bli mer flexibla och ledarskapet är viktigt.

Vidare diskuterades varför operations-sjuksköterskan behövs och i vilka moment. Där kunde vi entydigt konstatera att förmågan att tolka tidigare journalanteckningar för att kunna förutse vad den individuella patienten behöver är viktigt tillsammans med omvårdnad och en helhetssyn på patienten. Andra arbetsuppgifter som operationssjuksköterskan utför är pre- och postoperativa samtal, ID-kontroll, dokumentation, ansvara för och bekräfta sterilitet, infektionsprevention, preparathantering och läkemedelshantering. Positionering kräver kunskap i fysiologi och anatomi som även är individanpassat. Operationssjuksköterskan besitter sjukdomslära samt en tyst kunskap som bygger på kunskap och erfarenhet. Situationsmedvetenhet innebär att förutse vad som behövs, vilka instrument, risker osv. vilket är svårt utan utbildning.

Mötet avslutades med en kreativ brainstorming kring hur vi praktiskt kan agera för att synliggöra vårt yrke både för NKS styrelse och allmänheten. Några av de förslag som kom upp var gemensamma hashtags på sociala medier, skriva i medarbetarundersökningen samt mobilisera andra sjuksköterskekollegor och professioner på operations-salen.

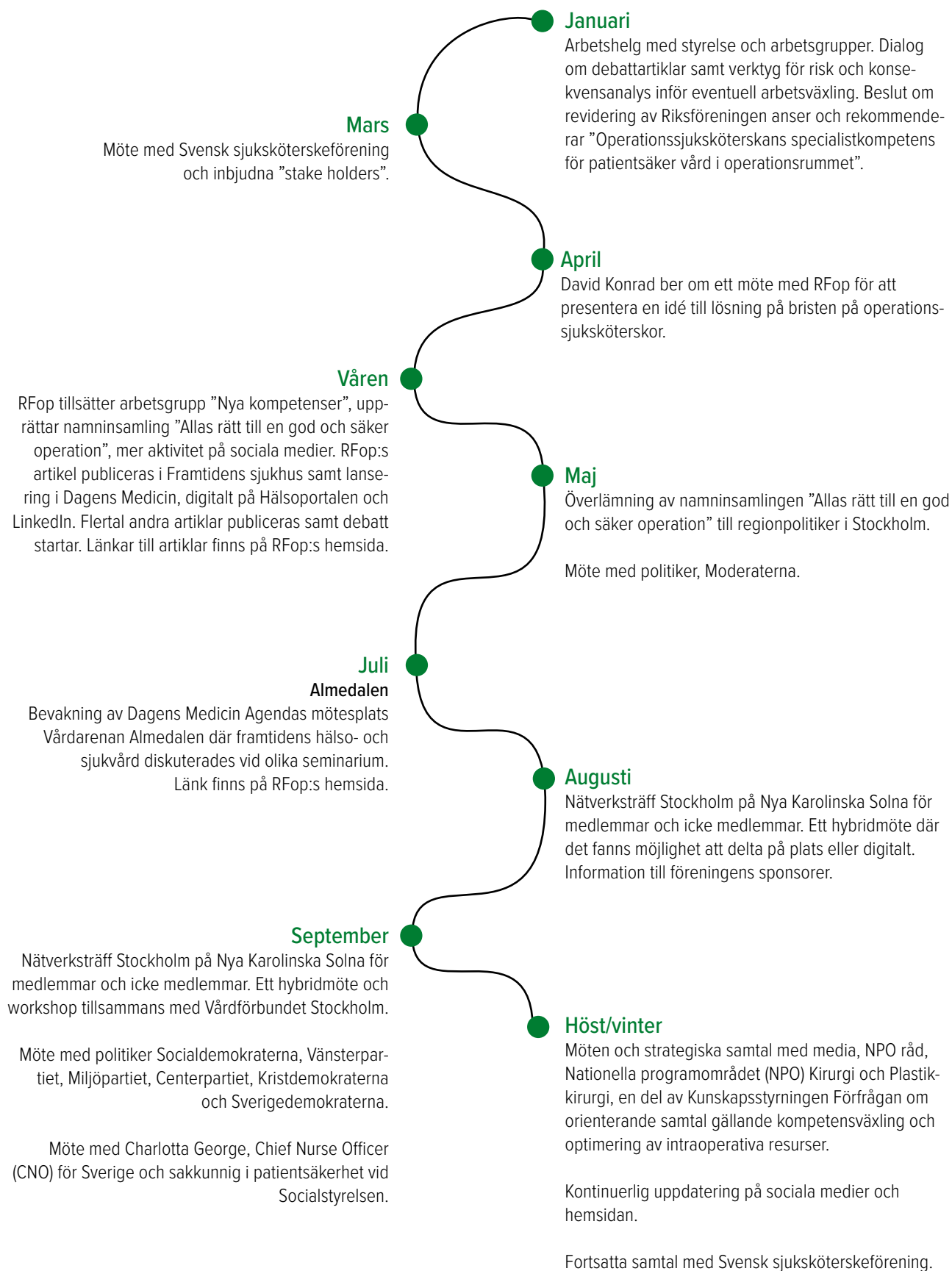
Vad ska RFop göra fortsättningsvis?

- skickat material till politikerna som vi haft möte med
- digitalt möte med verksamhetschefer/liknande i Stockholm under oktober månad
- informationsmaterial till hemsidan för medlemmar att ladda ned och använda
- hålla kontakt med politikerna - "stämma av"
- bjuda in journalister, politiker, tjänstemän till paneldebatten Höstkongress 2023

Se tidslinje nästa sida.....



Tidslinje - detta har RFop arbetat med anledning av föregående sidor





Integra® DUO

LED Surgical Headlight System

Ge dig själv de bästa förutsättningarna för rättvisa beslut med rätt ljus! Integra presenterar sin senaste generationens LED strålkastare som ger styrka, färg och klarhet du behöver.

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



Porträttet

Monica Thompson

Jag heter Monica Thompson, är 51 år och arbetar som operationssjuksköterska och sektionsledare inom transplantation och robotkirurgi på operation 1 och 8 på Sahlgrenska universitetssjukhuset i Göteborg. Jag är uppvuxen i Alingsås och bor idag i Mölnlycke. Min karriär inom vården började tidigt när jag som 20-åring sökte in och började läsa till allmänsjuksköterska på vårdhögskolan i Sundsvall. Att jag skulle arbeta med människor hade jag känt ganska tydligt. Efter tre års studier i Norrland flyttade jag 1995 tillbaka till Göteborg och började min bana på en medicinavdelning på Mölndals sjukhus. Två år senare studerade jag en vidareutbildning i prehospital akutsjukvård, 40hp på vårdhögskolan i Borås, och flyttade till Stockholm där jag tog anställning på akutmottagningen på Södersjukhuset.

På Södersjukhuset hade jag en kollega som varit iväg på en utlandstjänst och jag tyckte det lät intressant. Efter några år på akutmottagningen passade det i tiden så efter ansökning, tester och utbildning blev det en sex månaders FN-tjänstgöring i Bosnien 1999. Jag tjänstgjorde som sjuksköterska på ett sjukvårdskompani där jag ingick i ett rescue team. Vi bemannade en splitterskyddad terränggående ambulans. Det var en jättebra erfarenhet och det var även där jag träffade min blivande man som tjänstgjorde på samma kompani som ambulanssjukvårdare. När tjänstgöringen var slut flyttade jag tillbaka till Göteborg och började arbeta på akutmottagningen på Sahlgrenska universitetssjukhuset.

Specialistsjuksköterskeexamen 2007

Jag trivdes väldigt bra som allmänsjuksköterska på akutmottagningen men det var efter att en vän, som studerat till operationssjuksköterska, pratat gott om sin specialitet som jag blev nyfiken och sökte till specialistutbildningen inom operationssjukvård. Efter ett års studier, 40p vid Göteborgs universitet, tog jag specialistsjuksköterskeexamen 2007. Jag studerade på en uppdragsutbildning från Sahlgrenska universitetssjukhuset, vilket

innebar att jag visste att jag skulle ha anställning när jag var klar med utbildningen. När jag kom till kirurgoperation på Sahlgrenska universitetssjukhuset, vilket är en ganska stor operationsavdelning, blev jag väl omhändertagen. Det var en väldigt trygghet att det fanns så mycket erfarenhet bland kollegerna. Vi är en stor arbetsplats med många specialiteter som innefattar övre gastro, endokrin och sarkom, transplantation, trauma, bröst och melanomkirurgi, akut gyn, urologi kärllkirurgi/hybridkirurgi, rygg och tumörortopedi och robotkirurgi. Efter specialistutbildningen har jag studerat en fristående kurs, radiologisk intervention 7,5 hp vid Göteborgs universitet samt handledarutbildning via Sahlgrenska universitetssjukhuset.

Jag började som gastrokopiansvarig efter inte arbetat speciellt länge på avdelningen och sen blev jag ansvarig för övre gastro under fem år. Jag gillar att djupdyka och redan då var jag intresserad av transplantationsdelen. När uppdraget som transplantationsansvarig blev ledigt 2014 sökte jag och fick det. 2019 utvecklades det till en sektionsledartjänst som innefattar transplantation och robotkirurgi. Idag arbetar jag administrativt ungefär en dag i veckan, resten står jag på sal och instrumenterar. Jag tycker fortfarande efter så många år att det är en helt fantastisk verksamhet att få vara en liten pusselbit i.

Utöver det är jag en del av en beredskapslinje för organdonationer. I beredskapslinjen är vi runt tio operationssjuksköterskor där beredskapspassen börjar klockan sju på morgonen till klockan sju nästa morgon. När vi åker på organuttag sker det många gånger på sen kväll eller på natten. Intensivvården försöker rikta både diagnostik och anhörigsamtal till dagtid och då blir det oftast att resorna hamnar fram på natten. Mycket handlar om att försöka skapa ett bra och tryggt möte när vi kommer ut på operationsavdelningarna runt om i landet. Dels för att man kanske inte varit med på ingreppet tidigare, dels har man kanske inte träffat oss tidigare. Vårt upptagningsområde täcker Norrland, Västra Götaland, Sydöstra regionen och Island.

Donation och transplantation

En annan viktig del i mitt arbete inom transplantation och donation är att föreläsa. Donation och transplantation berör många och är ett tacksamt ämne att föreläsa om. Dels föreläser jag om multi-organdonationer för alla våra nyanställda på avdelningen, både för anestesi- och operationsgruppen. Det är en rutin som har funnits i många år som vi tycker är viktig då en organdonation kan skapa en del känslor och funderingar som vi vill att våra medarbetare ska vara förberedda på. Under de tillfällena pratar vi både operationsteknik, förberedelser, vilka lagar som styr oss och om både etiska och känslomässiga aspekter runt en organdonation.

Jag var med i DCD-projektet som startades 2018. Efter lagändringen 2020 har vi varit och implementerat DCD på i stort sett alla donatorsjukhus i vårt upptagningsområde. Som en del i DCD implementeringen håller vi en tvådagarsutbildning på varje sjukhus. Första dagen föreläser alla specialiteter (kirurg, operationssjuksköterska, IVA-läkare, IVA-sjuksköterska och transplantationskoordinator) om sin del i DCD-processen. Under andra dagen hjälps vi åt att skriva metodkort och checklistor för att det ska passa verksamheten på just det sjukhuset vi besöker, både på operationsavdelningen och IVA-avdelningen. Det tar en förmiddag och sen simulerar vi hela eftermiddagen för att alla ska få träna ihop sig och känna sig förberedda.

Genom att vara med i olika projekt och grupper där man samarbetar mellan yrkeskategorierna håller jag mig uppdaterad i min yrkesroll. Jag tycker fortfarande att det bästa med att vara operationssjuksköterska är att instrumentera, och tillsammans med mitt sektionsledaransvar i frågor jag brinner för, blir mitt jobb fantastiskt roligt. Mitt tips till andra operationssjuksköterskor är att djupdyka i något ämne, arbetet blir så mycket roligare och mer utvecklande. Vi är en stor arbetsplats med många specialiteter och man arbetar sällan med samma personal flera dagar i rad. Men jag har ofta en väldigt bra känsla när jag går hem för dagen efter att vi haft ett bra teamarbete på sal med patienten i centrum. ●

Smärta hos opererad patient

Förekomst av smärta hos den opererade patienten, är det något som berör mig som operationssjuksköterska? Jag heter Ann-Marie Olsson och är utbildad anesthesi- och smärtsjuksköterska. Till vardags arbetar jag på anesthesimottagningen och uppvaket på Visby lasarett. Under många år, närmare bestämt 33, har jag jobbat som anestesijüksköterska och med postoperativ smärta på Karolinska Universitetssjukhuset, Huddinge.

Under mina år, som sjuksköterska, har jag förstått att vi på operation/anestesi har ett gemensamt intresse att förbättra för våra patienter. Jag har ofta, på uppvaket, fått frågan, vad kan vi som operationssjuksköterskor bidra med för att förbättra för våra patienter? Det fick mig att börja fundera och leta material, och det ena ledde till det andra och plötsligt i december månad stod jag på Stockholm Waterfront och föreläste. Nedan följer ett utdrag ur min föreläsning anordnades av Riksföreningen för operationssjuksköterskor

Vad är smärta?

Smärta definieras av den internationella smärtorganisationen International Association for the Study of Pain, IASP, som *"En obehaglig sensorisk och emotionell upplevelse kopplad till-eller liknande det man upplever vid vävnadsskada eller hotande av vävnadsskada."*

- Smärta är alltid en personlig upplevelse som kan påverkas i olika grad av biologiska, psykologiska och sociala faktorer.
- Smärta och nociception (aktivering av en receptor som är selektiv för potentiellt skadligt stimuli) är två olika saker. Smärta kan inte enbart kopplas till aktivitet i sensoriska neuron.
- Det är genom erfarenheter i livet individer lär sig vad smärta är.

- En persons beskrivning av att uppleva smärta ska respekteras.
- Trots att smärta vanligen är en del i kroppens skyddsmekanismer och anpassning, så kan smärta ha negativa effekter på funktionsförmåga och socialt samt psykologiskt välbefinnande.
- Att med ord beskriva smärta är enbart ett av många sätt att uttrycka smärta; oförmåga att kommunicera hindrar inte att en människa eller ett djur upplever smärta

Smärta består av två delar

- Sensorisk del som förmedlas av det nociceptiva systemet (aj det gör ont)
- Känslomässig del som förmedlas av komplexa och ofullständiga nätverk i hjärnan

Vad kan påverka smärtupplevelsen?

Alla patienter som vi möter, har sin egen strategi när det gäller att hantera smärta. Man kan vara uppfostad att inte visa känslor, inte gråta eller tvärtom man får gråta, man får leva ut sina känslor. Här kommer den kulturella aspekten in.

Kulturella aspekter: Alla kulturer är etnocentriska=den egna kulturen är den normalaste. Vi som sjuksköterskor måste vara lyhörda inför våra patienter när vi ska utvärdera/bedöma smärta. Det kan vara utmanande att bedöma smärta hos en patient som är fostrad att "bita ihop" inte visa smärta. Som motsats kan nämnas patienter som är uppfostade att vråla ut sin smärta. Risk finns att vi under/överdoserar dessa patienter.

Ångest: Smärta kan ge ångest och ångest kan via spänningstillstånd i muskler orsaka smärta

Tidigare upplevelser i samband med operation: Vad hände vid förra operationstillfället, kan vi förhindra att det sker igen.

Vi får aldrig nonchalera en patient som säger att det gör ont, inte heller glömma bort patienten som envist hävdar att det inte gör ont. Beroende på vad vi har med oss i bagaget så kan smärtupplevelsen ibland förstärkas. Som personal kan man ibland ha lite svårt att förstå varför vissa patienter reagera mer än andra. *"Det kan väl inte göra ont", "lite smärta ska du väl tåla"*. Om man som patienten blir bemött med de orden så lär det inte göra mindre ont.

Icke farmakologiska hjälpmedel för att dämpa smärta, skrott och humor



Foto: pexels-pixabay-207983

Smärta är alltid subjektiv. Varje individ lär sig betydelsen av ordet genom egen erfarenhet av smärta tidigt i livet (Mersey, 1991)

Det är ofta ett detektivarbete att identifiera smärta. Vi läser ofta av hela patienten och om man ser en blek och kallsvettig patient som ligger blickstill i sin säng, och hävdar att hen inte har ont då drar vi åt oss öronen och tänker ett varv till.

Varför smärtlindra?

Först och främst vill vi ju undvika ett lidande hos våra patienter. Genom att ge patienterna som genomgår en operation en bra smärtlindring kan vi förhindra uppkomsten av långvarig smärta. En god smärtlindring underlättar även mobilerings och nutrition, även sjukdomsperioden förkortas. Lägg därtill all oro som kan dämpas om man är bra smärtlindrande postoperativt

Hur kan du som operations-sjuksköterska påverka?

I den märkliga och mycket underliga miljö, som en operationssal är, är det av viktigt att var uppmärksam på hur vi KOMMUNICERAR, med varandra och med patienten. Självklart kan tyckas men jag tror att vi ibland tappar patientperspektivet. En patient, till yrket polis, blev väldigt orolig och stressad när han skulle genomgå en öronoperation och hörde hur man i operationssalen började diskutera recept. Han vågade inte säga till då han samtidigt visste att kirurgen satt med en skalpell i handen och kanske skulle darra till. Andra patienter har uttryckt att det känns skönt att höra att det finns människor runt om kring som pratar om allt möjligt. Vårt tonläge och hur vi pratar, ropar eller viskar om och med varandra, påverkar stämningen på salen och därmed även patientens smärtupplevelse. Tänk på att inte oro patienten. Vi kommunicerar inte alltid med ord, det bör vi vara medvetna om i operationssalen. Suckar och stön och även ett skratt kan uppfattas av den vakna patienten och direkt skapa en otrygg stämning.

Förebyggande arbete

I mitt arbete bedömer jag patienten inför operation och där är det många frågor från patienter som ofta inte är medicinsk relaterad utan av en annan karaktär. Gör det ont att få en nål? Hur

ligger jag under operation? Kommer jag att kunna se något? Är det många människor i operationssalen? Hur och var sätter dom förbandet, är det stort?

Information och kommunikation

Jag är av den uppfattningen att operationssjuksköterskor skulle tillföra väldigt mycket i det perioperativa samtalet och på så sätt kunna förbereda patienten inför sin operation. På många sjukhus runt om i landet förekommer att man guidar runt barn på operationsavdelningar, liknade information tror jag skulle hjälpa många vuxna. I det arbetet tror jag operationssköterskan har en viktig uppgift. Just nu pågår det ett arbete, med att starta upp ett nätverk med den perioperativa dialogen i fokus. Sjuksköterskor från olika delar av landet deltar och initiativtagare till den här gruppen är Ereboundi Arakelian från Akademiska sjukhuset i Uppsala. Vi måste möta våra patienter där just den här patienten befinner sig med sin rädsla, sin oro, frågor och sina tidigare erfarenheter.

Icke farmakologiska hjälpmedel för att dämpa smärta

Musik, det finns väl inget som kan nå hjärtat så direkt som musik? Vi kan känna stark glädje/sorg, musik kan också få oss att slappna av. Musiken påverkar hjärnan genom frisättning av endorfiner. Musiken har även en stressreducerande effekt. Studier har visat att patienter som lyssnar på musik under operation har ett mindre behov av smärtlindring postoperativt. Musiken som man föreslår ska vara lugn med förutsägbar rytm, lågt tonläge utan vokala inslag och även ha ett tempo som motsvarar hjärtats rytm. I vissa studier har man även låtit patienten själv bestämma musik. En del av resultaten i dessa studier visade dock att patienten inte ville lyssna på samma musik när de kommit hem, det påminde för mycket om deras operation och sjukhusvistelse. Samma effekt kan även skratt och humor ha. Skratt ger initialt en bättre syresättning, ökad andningsfrekvens, muskelspänning och hjärtfrekvens. Därefter kommer en avslappningsfas med sänkning av blodtrycket, hjärtfrekvensen och muskelspänningen. Humor kan användas som copingstrategi för att minska känslor av spänning, ångest och ilska. Man bör dock tänka på att undvika känsliga ämne som sexuella, rasistiska och religiösa anspelningar. Humor kan hjälpa patienten att bevara



Foto: pexels Karolina Grabowska

sin värdighet i betungande svåra situationer. Leende talar om för patienten att hen är bekräftad och därmed hjälper vi patienten att slappna av.

Till sist ett praktiskt och enkelt tips! Istället för att fråga operatören om patienten ska ha lokalbedövning så fråga: - Vill du ha med eller utan adrenalin i lokalbedövningen?

För även om patient tex har en SPA/EDA, är sövd eller har fått morfin i premedicineringen så kan det krävas kompletterande behandling såsom lokalbedövning, i sårkanten, i leden eller i tonsilllogerna. Vi (personalen på POP) vet att just den lilla detaljen kan göra stor nytta för patienten om tex EDA inte fungerar eller spinalen släpper för tidigt. ●

Vill du veta mer?

- Podden om ont av Björn Rudman
- Outsmart the pain, Karsten Ahlbeck
- Digital smärtskola
- Övelista smärtan Carin Hjulström, Karsten Ahlbeck

Föreningar

Sveriges sjuksköterskor mot smärta
Swedish Pain Society



Höstkongress 2023

Riksföreningen för operationssjukvård (RFop) inbjuder till Höstkongress i Stockholm den 30 november - 1 december 2023 på Stockholm Waterfront Congress Centre.

Kongressens målgrupp är operationssjuksköterskor och har som syfte att presentera föreläsningar inom olika ämnesområden så att alla såväl nyutbildade som erfarna, oavsett om du jobbar på ett mindre sjukhus eller ett av universitetssjukhusen ska ha ett utbyte av att delta. Häng med på en konferens som ger dig kompetensutveckling, kunskapspåfyllnad erfarenhetsutbyte och kollegiala kontakter. Operationssjukvården är i ständig förändring där du är en viktig medspelare i skapandet av framtidens operationssjukvård.

En viktig del i vårt program är den medicintekniska industrins utställning, även den kommer att följa gällande säkerhetsföreskrifter! Där ges möjlighet att få information, nyheter, prova och ställa frågor.

2023 har kongressen tema Hållbarhet

Stora globala utmaningar kommer påverka vår framtid. Vad kan vi göra för ett hållbart arbetsliv och klimat. Programmet varvas mellan intressanta föreläsningar och utställningsbesök. Operationssjukvården är en högteknologisk miljö, där den medicintekniska industrin med sina produktspecialister är självklara partners.

Anmälan

Anmälan är öppen, det finns platser kvar. Bekräftelse om deltagande skickas direkt till den e-postadress som anges i anmälan - viktigt att korrekt e-postadress anges.

Anmälan är bindande under förutsättning att kongressen genomförs. Platserna kan efter överenskommelse överlåtas åt annan person.

Tid och plats: 30 november - 1 december 2023, Stockholm Waterfront Congress Centre

Två dagar: Medlem 4 975 kr • Icke medlem 6 475 kr, exkl. moms.

En dag: Medlem 3 250 kr • Icke medlem 5 750 kr, exkl. moms.

Posterutställare: 3 500 kr, exkl. moms.

Föreläsare: Föreläsningsdag 0 kr • Båda dagarna 1 950 kr, exkl. moms.

Studerandemedlem: 1 900 inkl. moms.

Pensionärer: 1 500 inkl. moms.

Avgiften inkluderar lunch och kaffe samt mingel och dryck.

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



Anmäl er här



Torsdag 30 november 2023

Tid	Föreläsning
08.30	Registrering och kaffebuffé
09.30	Välkomna
09.45	Vården i krig Optimalt användande av kirurgiska resurser i väpnade konflikter Måns Muhrbeck Svensk sjukvårds bristande beredskap för kris och krig Andreas Wladis Posters- och forskningsinformation RFop Vetenskapliga rådet
11.30	Utställning och lunch
13.00	Donation Donation vid cirkulationsstillestånd- DCD - Ökar tillgången på livsviktiga organ Ylva Andreasson Erfarenheter vid uppstart av DCD på operationsavdelning Gunnel Hagström Handtransplantation Per Fredriksson och Anna Skanselid
14.30	Utställning och kaffe
15.15	Operationsmiljöns påverkan på klimatet Plast i sjukvården – ett livscykelperspektiv Linn Hemberg Ökad effektivitet – är det möjligt utan att kompromissa med kvaliteten? Lone Kyhl Jensen Cirkulärt flöde av skyddsförkläden - en del i att uppnå hållbarhetsmålen Johanna Albert
17.15	Utställning med mingel, tilltugg och dryck
19.00	Dag 1 slut

Fredag 1 december 2023

Tid	Föreläsning
08.00	Registrering
08.30	Personen bakom tekniken Medicinsk teknik – förbannad välsignelse eller välsignad förbannelse? Bjørn Hofmann Personcentrerad vård i högteknologiska vårdmiljöer Axel Woulf
09.45	Utställning och kaffe
10.30	Arbetsmiljö Fler operationer men mindre personal - hur löser vi framtiden? Elin Karlsson Paneldebatt: Framtidens operationsavdelning – vilka kompetenser behövs där? Paneldeltagare: Kristina Lockner, Oili Dahl, Irini Antoniadou, David Konrad, Elin Karlsson och Annette Erichsen Moderator: Eva Nordin, Journalist & Moderator
12.30	Utställning och lunch
13.30	Kvoterad arbetstid ledde till bättre arbetsmiljö och fler operationer Henrik Andersson och Jenny Lund-Hansen Kjellstrand 34 h arbetsvecka Johnas Aronsson Bästa poster presenteras
14.45	Kaffe i anslutning till föreläsningslokalen
15.00	Den gröna kvinnoklinikens arbete - ett projekt att minska vårdens klimatavtryck Annika Lundgren-Cronsioe och Suzanne Korsner-Borg
15.45	Avslutning



Steriliteten vs. miljön

I september 2015 enades FN:s 193 medlemsländer om att tillsammans avskaffa fattigdom och hunger, förverkliga de mänskliga rättigheterna, uppnå jämställdhet och lösa klimatkrisen.

Detta sammanfattades i Agenda 2030 och i de 17 globala målen. Alla operationsavdelningar behöver bidra för att vi ska uppfylla målen, men gränsen mellan att göra tillräckligt och när miljöarbetet börjar få negativa konsekvenser på andra områden exempelvis ökad risk för postoperativa infektioner och försämrad arbetsmiljön kan vara svår att se. Vi måste inse att miljöarbetet inte kommer att kunna genomföras till 100 procent om man samtidigt ska bibehålla kvaliteten.

Plastbantzprojekt och att tänka ett varv till kring hur vi använder olika material är bra åtgärder på en operationsavdelning men det kan också finnas en risk för patientsäkerheten om vi går till överdrift och helt drar in på vissa material i vår strävan att göra gott för miljön.

Riksföreningen för operationssjukvård fick för en tid sedan en intressant fråga om var gränsen går i prioritering inom frågor för miljö och patientsäker-

het. Operationssjuksköterskor börjar uppleva att deras roll är ifrågasatt när miljö- och hållbarhetstänket går till ytterligheter som att minska svinnet till den grad att patientsäkerheten blir hotad. Närmare bestämt handlar det om att använda mindre draperingsmaterial och ingrepp där man nu föreslår att endast handskar skall användas, alltså att operationssjuksköterskan inte skall stå sterilklädd.

I operationsteamet är det operationssjuksköterskan som ansvar för aseptik och de infektionsförebyggande åtgärderna. Vi får utbildning i detta under våra studier till yrket och är den i teamet som har högst kompetens att driva det infektionspreventiva arbetet på salen. En postoperativ infektion leder inte bara till ökat patientlidande utan även till ökade samhällskostnader och längre vårdtider vilket vi i dagens pressade läge inom sjukvården inte har råd till. Vad vinner vi då på att skär ner på draperingsmaterialet och de sterila rockarna?

De sterila rockarna är utöver ett sterilt förhållningssätt mot patienten ett skydd för personalen vid ingrepp där risk för kontakt med kroppsvätskor finns. Vi

I genomförandet av en risk- och konsekvensanalys behöver operationssjuksköterskans kompetens finnas med eftersom det är den yrkeskategorin som enligt kompetensbeskrivningen bland annat ska:

- Identifiera risker för postoperativa infektioner samt implementera preventiva åtgärder
- Förebygga smittspridning och infektion genom att ta en övergripande ledningsfunktion för hygien och aseptik i operationsrummet
- Säkerställa operationsrummet med avseende på den hygieniska standarden

Dessutom bör vårdhygien kopplas in.

ska ju betrakta alla patienter som om de har en smitta och att då föreslå att operationssjuksköterskan endast ska vara klädd i plastförkläde och sterila handskar strider mot denna riktlinje. Det blir då även en arbetsmiljöfråga då skyddet för personalen reduceras.

Sverige har i jämförelse med andra länder en låg antibiotikaanvändning. I samband med kirurgi exponeras patienten för ett flertal risker varav den största risken och en av de vanligaste undvikbara vårdskadorna är postoperativ infektion. En stor del av dessa infektioner förebygger vi operationssjuksköterskor med hjälp av våra kunskaper om just det infektionspreventiva arbetet. Och där ingen infektion uppstår behövs heller ingen behandling. Vi borde i stället sträva till användandet av rätt arbetskläder och skyddsutrustning så som att använda hjälm.



Foto: Peo Sjöberg

Anna Nordström



Foto: Peo Sjöberg

Sandra Kollberg

Att dra ner på användandet av draperingsmaterial kan leda till att operationssjuksköterskans arbetsmiljö blir mer pressad eftersom det blir en större utmaning att skapa och bevara en steril miljö. Alternativt kan fokus hamna på fel ställe när uppmärksamheten riktas helt till att bibehålla aseptiken i stället för att följa med i vad som händer i operationsområdet. Stort draperingsmaterial, rockar mm. gör att vi kan slappna av i den sterila zonen tack vare god marginal.

Det finns exempel på där arbetsgivare önskar att operationssjuksköterskan endast har plastförkläde och sterila handskar under laparoskopiska ingrepp. Vi undrar om arbetsgivaren har funderat kring vilka risker det kan finnas med att ha en operationssjuksköterska som inte är redo ifall exempelvis en konvertering blir aktuell. Här finns både en risk för försämrad patientsäkerhet och arbetsmiljö. Att ändra rutiner och arbetssätt som är framtagna för att skydda både patient och personal är riskfyllt. En risk- och konsekvensanalys bör alltid göras när en verksamhet planerar en föränd-

ring och förutom patientsäkerhetsrisken bör också risken för försämrad arbetsmiljö uppmärksammas.

Bra exempel på hur man kan arbeta med miljöarbetet utan att riskera patientsäkerheten och arbetsmiljön är:

- Övergå till material som är producerade delvis av tallolja, med mindre fossilt material.
- Plastbyttorna kan bytas ut mot papp.
- Plastbyttor kan reduceras i antal om de ofta slängs utan att användas.
- Gör en översyn av era kund anpassade set så att innehållet motsvarar det ni använder.
- Kontrollera med era leverantörer vilka miljöbesparande alternativ som finns att beställa. ●

NÄTVERKET FÖR Chefer

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

Tid

14 - 15 mars och 12 - 13 september 2024

Start: kl. 12.00 Slut: kl. 12.00

Plats

Stockholm Waterfront Congress Centre

Kostnad

5 750 kr ex moms, inklusive lunch x 2, kaffe x 2, middag och övernattnings på Sheraton Stockholm Hotel.

Mer information och anmälan: rfop.se

KEBOMED



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



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

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

Uppdukning och övertäckning, sen då?

Vad händer egentligen med bakterietillväxt på sterilt gods som står uppdukat och övertäckt i väntan på operation? Och är det någon skillnad om det sterila godset får stå utan övertäckning eller om det är övertäckt? Spelar tiden någon roll? Det är frågor som länge diskuterats av operations-sjuksköterskor både nationellt och internationellt och något som vi ville undersöka i vår studie.

Ungefär 313 miljoner kirurgiska ingrepp genomförs globalt varje år¹, och postoperativa sårinfektioner (SSI) är ett stort problem gällande patientsäkerhet. WHO beskriver att SSI är den näst vanligaste hälso- och sjukvårdsrelaterade infektionen i låg- och medelinkomstländer, Europa och USA². Infektionerna orsakar lidande för patienter med ibland smärtsamma och långdragna behandlingar, samt en ökad belastning och kostnad för sjukvården och samhället i stort. För att minimera risken för SSI är vanliga åtgärder som vidtas inom operationssjukvård till exempel preoperativ huddesinfektion, efterföljsamhet till basala hygienrutiner, bevarad sterilitet, antibiotika-profylax och kontrollerad ventilation inne på operationssalen³.

I Sverige så förbereds uppdukningsborden inne på operationssalarna som sterila fält innehållande både sterila instrument och sterilt material enligt rutin. För att skydda det sterila materialet på uppdukningsborden så täcks dessa ofta över med sterila lakan i väntan på att operationen skall börja. Hur effektivt de sterila lakanen skyddar det sterila materialet mot bakterienedfall har länge varit debatterat, bland annat att det skulle kunna finnas en teoretisk risk att det sterila materialet kontamineras när övertäckningen tas bort. På senare tid har vissa riktlinjer ändrats så att uppdukat material kan täckas med sterila lakan i väntan på att operation ska starta och att det innebär att materialet är skyddat från luftburen bakteriekontamination⁴⁻⁶.

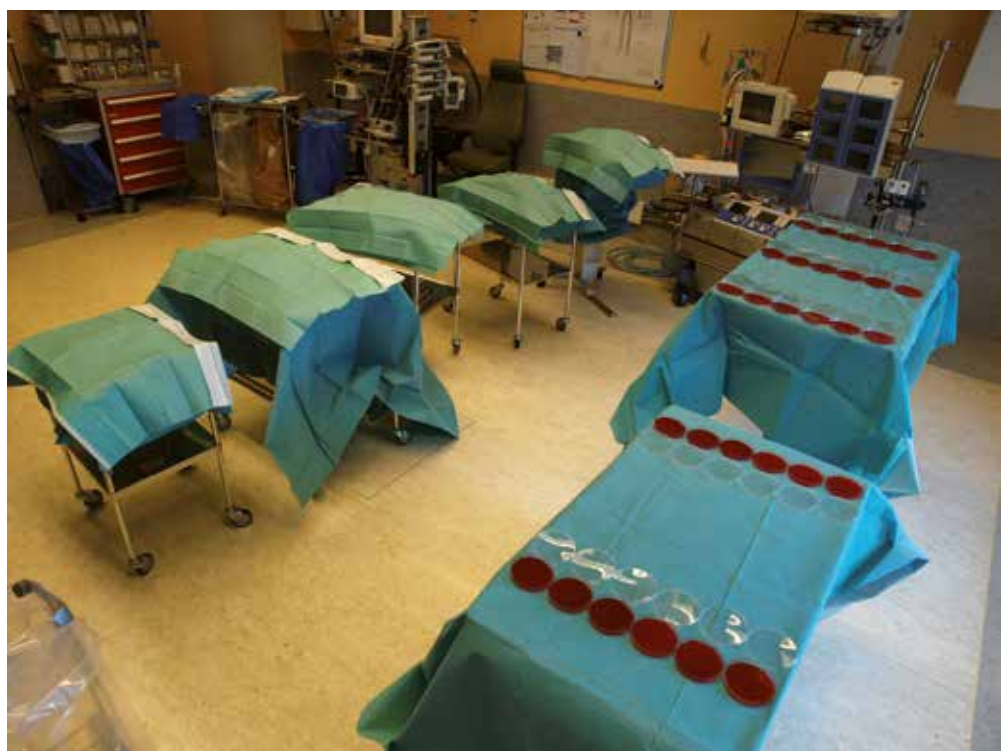
I dessa riktlinjer finns dock ingen tid angiven för hur länge oanvänt sterilt och övertäckt material kan stå i avvaktan på operation.

Då det saknas riktlinjer och kunskap om hur länge sterilt material kan vara uppdukat i väntan på operation, händer det att material kastas eller skickas för sterilisering utan att det har använts vilket bidrar till ökade kostnader samt negativ miljöpåverkan. Detta är en kliniskt relevant forskningsfråga som kan bidra till hållbar konsumtion och produktion samt hållbart nyttjande av naturresurser, vilket finns upptaget i Agenda 2030:s handlingsplan för omställning till ett hållbart samhälle för människor, planeten och välståndet⁷. Vårt syfte med studien var därför att undersöka luftens bakterienedfall på övertäckta och icke övertäckta sterila fält i operationssalen, med ett tidsperspektiv.

Hur gjorde vi?

Studien genomfördes inne på operationssalar på Kärl-thoraxkliniken, Universitetssjukhuset Örebro, under perioden april 2019 till maj 2020. Dattainsamlingen gjordes på helger för att inte störa planerad verksamhet under vardagar. Totalt användes 1584 blodagar plattor för att mäta bakterienedfall på sterila fält, hälften av plattorna var aeroba och hälften anaeroba. Data samlades in vid 48 tillfällen, där blodagar plattorna var övertäckta vid hälften av tillfällena och icke övertäckta vid hälften av tillfällena (se bild 1). Två dattainsamlingstillfällen skedde samtidigt inne på operationssalen. Vid varje tillfälle ställdes sex blodagar plattor ut innan alla förberedelser påbörjades för att mäta bakterienedfall under uppdukningsfasen. Dessa plattor samlades in direkt efter att alla sterila fält hade förberetts och samtliga blodagar plattor som skulle täckas med sterila lakan hade täckts över. Utöver dessa

Bild 1



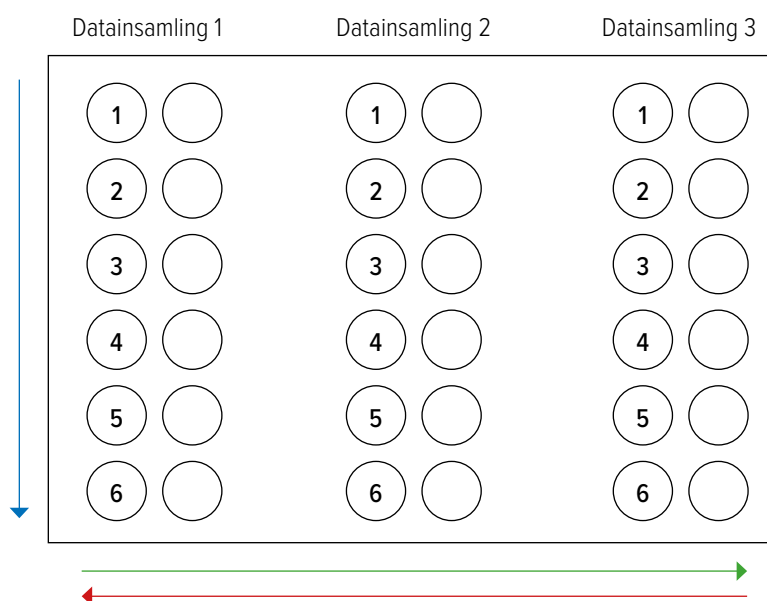
sex blodagar plattor ställdes ytterligare 60 plattor ut, där 30 täcktes över med sterila lakan och 30 lämnades utan övertäckning. Locken till plattorna placerades bredvid respektive platta. Plattorna som täcktes över var placerade på fem olika bord, ett för varje datainsamling, och varje bord täcktes med ett enskilt sterilt lakan.

All data samlades in av oss själva och under alla förberedelser och datainsamlingar så följdes basala hygienrutiner vilket innebar att vi använde munskydd, dok och operationskläder. Vi rörde oss alltid med försiktighet för att minimera att bakterier från oss själva eller golvet virvlade upp och kontaminerade plattorna. Personen som placerade ut och samlade in agar plattorna använde sterila handskar för att undvika att bakterier från händerna skulle kontaminera plattorna. För att ytterligare minimera risken för kontamination så följdes ett förbestämt schema både när plattorna skulle placeras ut och plockas in. Vi placerade ut och samlade in plattorna uppiifrån och ned och från vänster till höger. När vi samlade in plattorna gjorde vi det så att vi aldrig förde vår hand och/eller arm över plattorna som skulle samlas in eller de plattor som skulle samlas in vid ett senare tillfälle. Om flera datainsamlingsomgångar som inte var övertäckta var placerade på samma bord så passerade vi aldrig några plattor som skulle stå kvar till nästa datainsamling. Det här innebar att när vi gick fram till plattorna som skulle samlas in så gjorde vi det från vänster till höger men när vi hade samlat in plattorna så gick vi tillbaka samma väg vi kom, bara för att inte passera de plattor som stod kvar till nästa datainsamling. Se figur 1 som visar en ritning över ett bord med tre datainsamlingsomgångar med sex (6) plattor utställda för varje tillfälle. Förklaring till figuren: blå pil uppiifrån och ner = den riktning som plattorna ställdes ut och samlades in; grön pil från vänster till höger = den riktning i vilken vi rörde oss när plattorna ställdes ut och samlades in; röd pil från höger till vänster = den riktning i vilken vi rörde oss när vi hade hämtat in plattorna; numrering i de runda ringarna som här symboliserar plattorna = den ordning som plattorna samlades in.

Samtliga blodagar plattor ställdes ut på morgonen och eftersom plattorna samlades in under en 24-timmars period så exponerades de för bakterienedfall

Figur 1.

Överblick av datainsamlingen med flera datainsamlingsomgångar placerade på samma bord



under olika lång tid. Plattor samlades in efter 4, 8, 12, 16 och 24 timmar. Vid varje tidpunkt så samlades sex icke övertäckta och sex övertäckta plattor in genom att stänga plattan med sitt lock. För att minimera risken för att potentiellt luftburet bakterienedfall skulle kontaminera plattorna så samlades de ej övertäckta plattorna in först vid varje tillfälle. Efter att plattorna stängts och samlats in förvarades de i kylskåp (+4°C) till dess att de togs till mikrobiologen för analys morgonen efter då 24 timmar hade förflutit och samtliga plattor var insamlade.

Vad blev resultatet?

Studien undersöker luftens bakterienedfall på övertäckta och icke övertäckta blodagar plattor under en 24-timmars period. Gruppen som inte övertäcktes hade 98 bakteriekolonier medan gruppen som övertäcktes hade 20 bakteriekolonier, vilket gav en signifikant skillnad mellan grupperna ($P=0.005$). Totalt fann vi 16 olika typer av mikroorganismer, där den vanligast förekommande var *C. acnes*. Av de 32 kolonierna med koagulas negativa stafylokocker som hittades var 14 antibiotikaresistenta, varav en var multiresistent. Den icke övertäckta gruppen visade på ett positivt samband mellan antal bakterier och tid. Det innebär att det fanns fler bakterier ju längre tid som förflutit på de plattor som inte hade täckts över, medan det sambandet saknades i den grupp som hade varit övertäckt.



Camilla Wistrand



Ann-Sofie Sundqvist

Vad innebär det här?

Vårt resultat visar på att täcka sterilt gods med sterila lakan i väntan på kirurgi är ett säkert sätt att skydda godset mot luftburen kontaminering och att tid spelar mindre roll för bakteriell tillväxt efter att övertäckningen tagits bort. Det går inte att helt eliminera den teoretiska risken att det sterila godset kan kontamineras när övertäckningen tas bort, men resultatet från studien visar att den positivt skyddande effekten av att täcka godset är större än risken för kontamination. Den ökade varaktigheten på godset genom övertäckning kan gagna patientsäkerheten då sterilt gods kan förberedas för att användas vid akut kirurgi. Ett exempel på detta är om operationspersonal har beredskap och befinner sig i hemmet på jourtid och därför inte snabbt kan vara på plats för att färdigställa operationsmaterial. Slutsatsen är att skydda sterila fält med sterila lakan minskar luftens bakterienedfall och kan öka hållbarheten av sterilt material upp till 24 timmar.

Det här är en populärvetenskaplig sammanfattning av artikeln: Wistrand C, Söderquist B, Sundqvist AS. Time-dependent bacterial air contamination of sterile fields in a controlled operating room environment: an experimental intervention study. *J Hosp Infect.* 2021;110:97-102. doi: 10.1016/j.jhin.2021.01.016. Om du vill få direkt åtkomst till artikeln så kan du scanna den här QR-koden. ●



Referenser

1. Meara JG, Leather AJ, Hagander L, et al. Global Surgery 2030: evidence and solutions for achieving health, welfare, and economic development. *Lancet* 2015; 386: 569–624.
2. World Health Organization. Global report on infection prevention and control. 2022. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240051164>
3. Mangram AJ, Horan TC, Pearson ML, et al. Guideline for prevention of surgical site infection, 1999. Hospital

Infection Control Practices Advisory Committee. *Infect Control Hosp Epidemiol* 1999; 20: 250-278.

4. Association of Perioperative Registered Nurses. Aseptic practice. In: Guidelines for perioperative practice (2017 edition). Denver, Colorado: AORN, 2017.
5. National Institute for Health and Care Excellence. Surgical site infection: prevention and treatment. 2008. <https://www.nice.org.uk/guidance/cg74/resources/surgical-site-infections-prevention-and-treatment-975628422853>
6. Swedish Association of Local Authorities and Regions. The handbook for healthcare. 2002. <http://www.vardhandboken.se/In-English/>
7. United Nations. Sustainable Development Goals. <https://www.un.org/sustainabledevelopment/>

Fakta: Camilla Wistrand, operationssjuksköterska, med dr, Kärl-thoraxkliniken, Universitetssjukhuset Örebro
Ann-Sofie Sundqvist, anestesijusköterska, med dr, Enheten för forskningsfinansiering och innovation, Region Örebro län

Vad tyckte du om Höstkongressen 2022?



Johanna Bohman och Sirpa Åhr, Akademiska sjukhuset

”Väldigt bra program. Bra flyt och föreläsarna har kompletterat varandra. Trevlig stämning och kul att träffa kollegor från hela landet.”

Något som kunde varit bättre?

Föreläsningssalen, den kändes väldigt brant.

Önskemål om ämne till nästa år?

Arbetskläder NKS som inte är så täta jämfört de som används Uppsala. Föreläsningar om barnkirurgi hade varit intressant.



KONCEPTUTBILDNING

Infektionsprevention

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

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

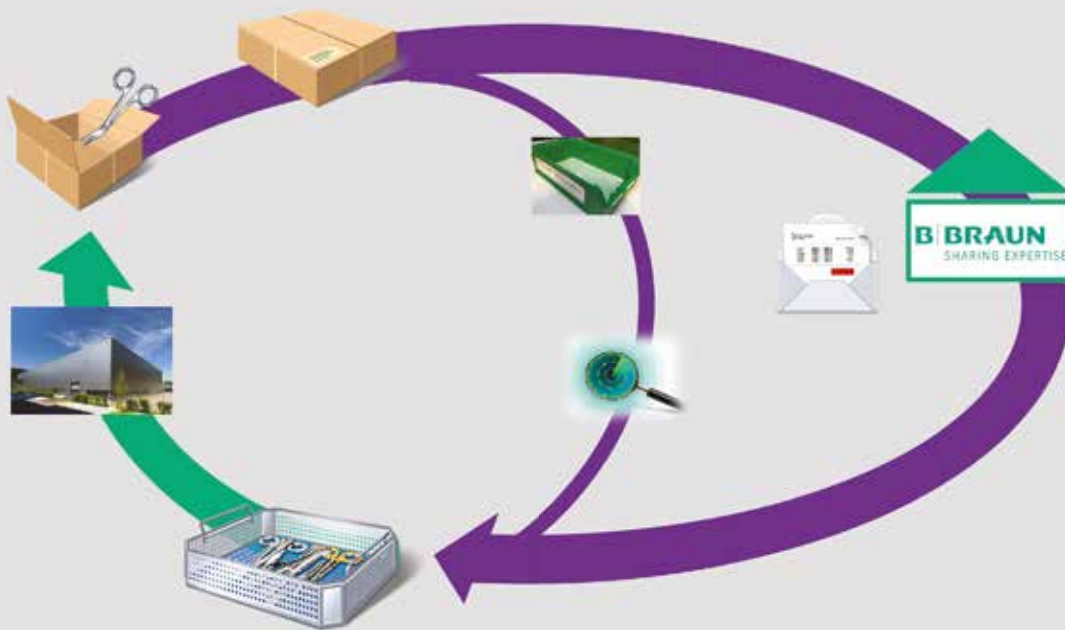
Hur ser det ut på er klinik? Är det dags att göra något nytt?

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

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

Anmälan: rfop.se/utbildning-och-evenemang

Målgrupp: Operationssjuksköterskor och Hygienansvariga sjuksköterskor



Servade instrument på plats inom 2-3 dagar

Aesculap® REvolution – Nästa generations instrumentservice

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



Centraloperation, Sundsvalls sjukhus

Jag heter Sanna Brickman och jobbar som operationssjuksköterska på Centraloperation på Sundsvalls sjukhus. Sundsvall är en otroligt fin stad i lagom storlek och har framför allt en väldigt fin och fräsch operationsavdelning. Sundsvalls Centraloperation har under flera år tagit in aspiranter både på operation- och anestesidan, vilket ger en möjlighet att få se och uppleva yrket ordentligt innan utbildning. Med tanke på att operationsavdelningen är så avskärmd från resten av sjukhuset så tror jag att det är en viktig del för att på riktigt kunna visa upp verksamheten.

Operationsavdelningen på Sundsvalls sjukhus har genomgått en ordentlig ombyggnation och blev helt klar år 2018. Avdelningen upplevs välgenomtänkt med stora ytor och med en tanke bakom

vart bland annat desinfektionsrum, preparatrum och förråd är placerade. Vi har ett stort personalrum en våning upp, samt ett jourförråd nere på operationsavdelningen. Avdelningen består av 15 operationssalar och är uppdelade i två olika block, block ett (kirurgi, urologi och gynekologi) och block två (ortopedi och öron näsa hals). Då en av salarna saknar korrekt ventilation och en sal är dedikerad för kejsarsnitt så är det 13 salar i aktiv användning. Mellan varje sal har vi rymliga uppdukningsskåp där vi operationssjuksköterskor dukar upp inför majoriteten av våra operationer. Den största salen är vår hybridsal där vi utför större delen av våra kärloperationer, trauman och mer avancerad kirurgi. En av våra salar planeras inom en snar framtid att ägnas till robotkirurgi. Vi har ett team med några personer ur varje

kategori som i dagsläget utbildas inför detta och ska senare utbilda oss andra. Vi har även ett team som under en period har planerat och utbildat sig inom karotiskirurgi och har nu haft ett flertal patienter, samt börjat utbilda annan personal på avdelningen.

21 anställda operationssjuksköterskor

Vi har i dagsläget 21 anställda operations-sjuksköterskor med en medelålder på 41 år. Vi har även två sjuksköterskor som gått aspirantprogrammet och är nu under utbildning. Varje klinik har en klinikansvarig operationssjuksköterska som tillsammans med en undersköterska och anestesijuksköterska har ansvar för allt rörande den specifika inriktningen. Det rör sig bland annat om styrdokument, beställningar och samarbete med operatörerna.



En vanlig dag hos oss börjar med att kolla vår styrningstavla för att få en överblick av bemanningen samt vilken sal man är placerad på. Varje team består av en operationssjuksköterska, en undersköterska som salspass och en anestesijuksköterska. Tillsammans med sitt team börjar förberedelserna för dagens första operation och efter det gemensamma morgonmötet tillsammans med samordnare och enhetscheferna hämtar anestesijuksköterskan patienten. Operationssjuksköterskan dukar upp och hämtar all nödvändig utrustning tillsammans med undersköterskan. Vi använder oss av WHO:s checklista för säker kirurgi i samband med varje operation, detta bidrar till att alla i teamet tar del av samma information och ökar patientsäkerheten. Efter operationen går anestesijuksköterskan med patienten till uppvakningsavdelningen, medan vi andra blir kvar och tar hand om eventuella preparat samt börjar förbereda inför nästkommande



operation. Vanligtvis är några av varje kategori placerade ute i korridoren som resurspersonal och kan vara behjälpliga med städning och förberedelserna.

Vi arbetar mot samma mål

Det jag uppskattar med min arbetsplats är teamarbetet gällande alla kategorier, vi arbetar mot samma mål och använder vår specifika kunskap för att få ett bra flyt under dagen. Alla på salen har en lika viktig del i att arbetet ska fungera bra. Variationen med att jobba på en Centraloperation upplever jag som en stor fördel som ny operationssjuksköterska. Eftersom vi har flera olika kliniker med större och mindre operationer inom varje specialitet ger det en bred grund. Vi har också turen att varje månad få en utbildningsdag där vi förutom HLR-utbildning får ta del av föreläsningar om olika ingrepp, uppdateras om ny medicinteknisk utrustning och går igenom redan befintliga moment som tål att upprepas. Jag ser fram emot att fortsätta växa som operationssjuksköterska, ett yrke där man utvecklas hela tiden. ●

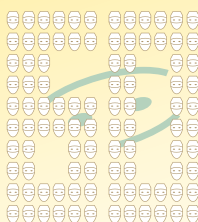


* 2024 Firar RFop 60 år! *

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



1964-2024



Riksföreningen för
operationssjukvård



AO Trauma Grundkurs— Frakturkirurgi för operationssjuksköterskor (med förberedande kurs on-line)

När: 30-31 januari 2024

Var: Uppsala, Sverige

Kursbeskrivning

Förberedande on-line kurs är ett nytt moment för Grundkursen. Fördelarna är att kunna bibehålla färdigheter och kunskaper då det är inhämtat under en längre tid och att lära sig viktiga utvalda ämnen och koncept i egen takt. Den förberedande on-line kursen är en integrerad del av helheten.

1. **Förberedelser on-line:** 4 veckor innan den fysiska kursen (face-to-face).
2. **Face-to-face:** två dagar baserade på interaktiva aktiviteter. Föreläsningar, gruppdiskussioner och praktiska övningar.
3. **Uppföljning on-line:** efter kursen

För mer information:
<https://sforce.co/3kwpANN>

Målgrupp

Kursen vänder sig till alla operationssjuksköterskor som är intresserade av att fördjupa sina kunskaper och färdigheter i frakturkirurgins grundprinciper.

Kursledare

Vendela Scheer Universitetsjukhuset, Linköping
Lena Brauer, Karolinska Universitetsjukhuset, Stockholm

Följ oss: [ao_trauma-opssk_sverige](#)



AO Trauma

Clavadelerstrasse 8 | 7270 Davos | Switzerland
Phone: +41 79 774 12 59
E-Mail: aoges.emea@aofoundation.org

Säker och effektiv patientpositionering

Pink Pad – komplett sortiment för
alla positioneringslösningar

- Tryckavlastande egenskaper
- Bevarar patientens hud torr och varm
- Reducerar risk för postoperativ rodnad och tryckrelaterade komplikationer



Bli volontär på världens största sjukhusfartyg



Mercy Ships seglar till några av världens fattigaste länder. Här är läkar- och resursbristen akut, barn och vuxna dör dagligen i brist på kirurgisk vård. Ombord på våra sjukhusfartyg utförs gratis operationer och vårdutbildningar för att stärka landets egen kirurgiska kapacitet.

Hjälpinsatserna drivs av volontärer från hela världen. Till insatserna 2024, i Sierra Leone, Madagaskar och Ghana behövs operationspersonal - **är det du?**

Få en unik erfarenhet
- din kunskap behövs!

Läs mer och anmäl
intresse:



www.mercyships.se | volontar@mercyships.se | +46 (0)31 77 66 936 | swish 90 00 936

VINGMED

Var rädd om dig och dina patienter!



Använd operationsmunskydd som både är behagliga och ger dig ett extra bra skydd mot stänk och mikroorganismer.

Våra orangefärgade munskydd Typ IIR från Halyard består av ett trelagersmaterial (SMS). En mycket effektiv barriär mot mikroorganismer och med en extra hög vätskeresistens på 160 mm/Hg jämfört med standard som bara kräver 120 mm/Hg.

Med Halyards patenterade POWERGUARD förstärks skyddet ytterligare. Fibrer i materialet laddas och fångar in eventuella bakterier som passerat första barriären. En väl beprövad teknik som används i mer avancerade luftfilter.

Kontakta oss på Vingmed för mer information och varuprov.



Del 1

Sjuksköterskan inom operationssjuksköterskan

Hur operationssjuksköterskan kan använda omvårdnadsteorier i sitt kliniska arbete

De som idag examineras som specialistsjuksköterskor inom operations-sjukvård är trots allt i grund och botten sjuksköterskor. En grund stabil att stå på och viktig att komma ihåg. I den grunden vilar också några av våra största omvårdnadsteoretiker, bland annat Ida Jean Orlando och Florence Nightingale.

Teoriens värde ligger i att personer redan har trampat upp stigarna som vi som vårdpersonal går på. Varje nyutexaminerad sjuksköterska eller klinik behöver inte uppfinna hjulet på nytt, teorin och det vetenskapliga läget är fastställt. Problem och frågor har uppkommit förr och lösts, teorierna är ramverken för lösningarna och erbjuder oss stadga i yrkesutövningen.

Ida Jean Orlando var sjuksköterska inom psykiatri med en masterexamen inom folkhälsa. Hon utformade omvårdnadsprocessen (eg. Deliberative Nursing Process) under 1960- och 70-talet. I ett försök att särskilja och stärka sjuksköterskans ställning från att bara reagera på order från läkare och institution arbetade Orlando fram det vi idag kallar för *omvårdnadsprocessen* som helt baseras på relationen mellan sjuksköterskan och personen som vårdas och dennes behov. Teorin baseras på mycket mer än det direkta mötet med de uttalade behoven. Orlando menar att det i relationer sker en ordlös kommunikation med hjälp av observerbara och/eller väldigt subtila signaler. Dessa är de viktigaste för sjuksköterskan att uppmärksamma.



Florence Nightingale

Förenklat kan teorin uttryckas att observerbara data (signaler/reaktioner) samlas in och bedöms, åtgärd planeras som sedan genomförs och slutligen utvärderas.

Allt detta kan vi som operationssjuksköterskor använda oss av i vårt möte med personen som vårdas och vi gör det många gånger utan att vi reflekterat särskilt mycket över det. Omvårdnadsprocessen bygger på att personen upplever ett behov. Inom operationssjukvården är det oundvikligt att kringgå personers behov då det uppenbara är att de är där för att få hjälp. Sjuksköterskans huvudsakliga aktivitet är att förbättra personens tillstånd av hjälplöshet och det kan alltså utvärderas genom observerbara data.



Ida Jean Orlando

Fem återkommande steg

Det processen framför allt erbjuder är ett systematiskt sätt att arbeta på och har genom åren kommit att utvecklas till fem återkommande steg som börjar med bedömning, fortsätter med en diagnos (i vårt sjuksköterskans fall omvårdnadsdiagnos). Efter diagnosen påbörjar vi planeringen för våra omvårdnadsaktiviteter, slutligen utvärderar vi de åtgärder som har utförts. Processen kan ses som cyklisk, när en utvärdering är gjord startar vi en ny bedömning av en ny omvårdnadsaktivitet eller av samma aktivitet för en reevaluering och/eller justering.

Det intressanta med Orlandos teori är självmedvetenheten hos sjuksköterskan, vår perception. Vi har fem sinnen som vi uppfattar verkligheten med. Varje perception leder till en tanke och varje tanke stimulerar en känsla varpå vi age-

Perioperativa förloppet för en person som vårdas



Perioperativa förloppet för operationssjuksköterskan

Omvårdnadsprocessen är cyklisk och består av fem steg. När en utvärdering är klar börjar nästa.

rar. I vårt korta möte med personer på operationsavdelningen behöver vi vara extra medvetna om våra sinnen, perceptionen, vilka tankar och vilka känslor det leder till inom oss och lita på att agera utifrån dessa. Vi läser journalen, vi observerar hur personen rör sig och tar sig till operationsbädden, behöver personen stöd, har hen ont i ett knä, har hen svårt att röra armen, hoppar hen upp på bädden utan svårigheter, vi inspekterar hudkostymen är den slät och spänstig eller torr och skör, är personen normalbyggd, överviktig eller magerlagd.

Allt ovan kan vi samla in och bedöma på endast några få minuter både i mötet med personen på operationsavdelningen och via journalen. Vi kan sedan fortsätta processen med att planera för positionering och ingrepp. Vi genomför sedan de omvårdnadsaktiviteter vi har planerat för, genomgår operationen och avslutar med att utvärdera både hudkostym och i den bästa av världar postoperativ smärta och/eller stelhet när patienten har fått vakna ordentligt. Det påtagligt svåra blir att bedriva omfattande omvårdnad som påverkar personen som vårdas kirurgiska upplevelse i en miljö där livsuppehållande egenskaper är av högsta prioritet. Målet för den perioperativa omvårdnaden är att genom omvårdnadsprocessen uppnå kontinuitet genom tre faser. Liksom att omvårdnad i stort har ett holistiskt perspektiv har också den perioperativa omvårdnaden det. Perioperativ omvårdnad definieras första gången i USA under sent 1970-tal. Peri står för *hela* det operativa förloppet

och innefattar tre kronologiska faser; preoperativ fas, intraoperativ fas och postoperativ fas.

Den perioperativa omvårdnadens faser

Vi behöver ha klart för oss att den perioperativa omvårdnadens faser ser olika ut för personen som vårdas och för operationssjuksköterskan. Den preoperativa fasen för personen börjar mycket tidigare än för operationssjuksköterskan. För personen som ska genomgå ett kirurgiskt ingrepp börjar den preoperativa fasen redan i hemmet eller på hemmakliniken och avslutas när de är där åter eller i sämsta fall aldrig om de får dras med komplikationer eller postoperativa symtom resten av sina liv.

Om vi utgår från Tolleruds uppdelning av de tre faserna och tittar på vad som sker på operationsavdelningen ser vi att den preoperativa fasen börjar med att bedöma patientens vakenhetsnivå, granska journalen, identifiera patienten samt att verifiera operationsområde. Därefter skapas en vårdplan. Det läggs stor vikt vid det psykologiska stödet som operationssjuksköterskan kan erbjuda

genom att berätta för personen vad som händer, att bedöma psykologiskt status, ge förvarning om saker som kan göra ont samt att kommunicera personens emotionella tillstånd till andra teammedlemmar.

Den andra fasen, den intraoperativa, innefattar att upprätthålla patientsäkerheten, att övervaka den fysiska och psykologiska statusen innan sövning



Det är stor skillnad på det perioperativa förloppet för den person som vårdas och för operationssjuksköterskan. För operationssjuksköterskan finns dessutom en tydlig början och ett tydligt slut.



Faserna är kronologiska och följer på varandra.

samt under vakenkirurgi och att leda omvårdnadsarbetet. Till patientsäkerheten hör att hålla rätt på dukar, nålar och instrument, att personen är korrekt positionerad avseende funktionalitet, att exponering av operationsområdet är tillfredsställande liksom att positionen kan upprätthållas under hela ingreppet, att personen är säkert förankrad och att förse densamme med fysiskt stöd. I den fysiska övervakningen ingår att beräkna på personen vätskeförluster, att skilja på bra och dålig hjärt-och-lungdata och att rapportera förändringar i puls, andning, temperatur och blodtryck. Sjuksköterskan ska också erbjuda emotionellt stöd, stå nära och ha fysisk kontakt med personen som vårdas, kontinuerligt utvärdera den mentala statusen, kommunicera personens emotionella status till andra teammedlemmar. Sjuksköterskan ansvarar för att upprätthålla patientsäkerheten tillsammans med att kontrollera att de aseptiska förhållandena upprätthålles liksom att personalresurserna används optimalt.

Den avslutande fasen inkluderar överrapportering och utvärdering. I överrapporteringen uppges personens

namn, typ av operation som utförts, intraoperativa åtgärder som fortfarande är aktuella som kateter, dränager med flera fysiska begränsningar, också försämringar orsakade av det kirurgiska ingreppet uppmärksammas, personens preoperativa medvetandetilstånd rapporteras liksom behov av nödvändig utrustning kommuniceras. Den postoperativa utvärderingen är förlagd till uppvakningsavdelning och består kort och gott av punkten att utvärdera personens omedelbara respons på ingreppet.

Även om den perioperativa modellen börjar bli till åren känns den mer relevant

Fakta: Ex: I journalen läser vi oss till att personen är stelopererad i halsryggen sedan tidigare. Det ger oss en hint om att personen kan behöva ha sitt huvud och nacke positionerat på ett speciellt sätt, vi börjar fundera på vilka tillbehör vi har som kan optimera läget. I mötet med personen uppmärksammar vi dessutom skör hud och lägger på minnet att vara extra rädda om huden med hjälp av draperingen med skonsamt klister.

än någonsin med skillnaden i faserna för personen som vårdas och operations-sjuksköterskans perspektiv på pre-, intra-, och postoperativt arbete. Att belysa detta innebär också att vi blir mer medvetna om vad en person går igenom som skall genomföra ett kirurgiskt ingrepp. Den kan också påverka hur vi ser på operations-sjuksköterskans roll utanför operationsrummet, som på en avdelning eller inom primärvården. Att vara medveten om vilka teorier som finns och vari grunden i vårt yrke vilar kan stärka oss som både sjuksköterskor och operationssjuksköterskor. Framför allt erbjuder det ett systematiskt arbetssätt som gynnar patientsäkerheten i vårt mångfacetterade yrke. I nästa nummer kan du läsa om Florence Nightingales värde för dagens operationssjuksköterskor

Lästips!

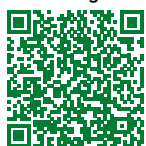
Orlando, I. J. (1972). *The Discipline and Teaching of Nursing Process*. G.P. Putnam's sons.

Tollerud, L., Botsford, J., Hoglan, M., Price, J., Sawyer, M., & Bradley, J. (1985). A model for perioperative nursing practice. *AORN Journal*, 41(1), 188-194.

PLATSER KVAR!

HÖSTKONGRESS • CHEFKONFERENS
STOCKHOLM WATERFRONT, 30 NOV - 1 DECEMBER 2023

Höstkongress



SKANNA KODEN OCH
ANMÄL ER HÄR!

Chefkonferens



Vad tyckte du om Höstkongressen 2022?



Emelie Sonnesjö och Chantal Stigendal,
Operation 1, Östra sjukhuset

"Jättebra! Mycket utställare och väldigt bra föreläsningar. En dag med fokus på patientsäkerhet var ett bra upplägg."

Något som kunde varit bättre?

Maten vid lunch.

Önskemål om ämne till nästa år?

Positionering, lärorikt med tips och tricks.



Beställ filter SmokeTrap 100
hos Instrumenta



Testa miljövänliga rökutsugs-
pennan, C-VAC Tornado

UTBYTESKAMPANJEN FORTSÄTTER! 10.000 KRONOR FÖR ER GAMLA RÖKUTSUG



Har Ni en tidigare modell av
SmokeEvac? Ni kan enkelt
byta till den nya.

- Sugkapacitet - Bäst i klassen*
- Arbetsmiljö - Optimal ventilation av diatermiröken
- Låg ljudnivå



Informationsfilm

Rökutsugen SmokeEvac finns på sjukhus i hela Norden med över 800 installerade enheter, inkluderat samtliga Universitetssjukhus i Sverige.

Den förbättrade SmokeEvac 150 är levererad i 35 40 exemplar och finns bland annat på Akademiska sjukhuset i Uppsala, Hallands Sjukhus i Varberg och Kungsbacka, Gävle Sjukhus och Sankt Görans Sjukhus i Stockholm.

Välkomna att boka en kostnadsfri utprovning!

*Förlängt kampanjerbjudande! Kontakta oss senast den 31 december
för att ta del av kampanjerbjudandet.*

*Ni lämnar in Er gamla rökutsug och erhåller då 10.000:- i rabatt
vid beställning av en ny SmokeEvac 150.*

Instrumenta AB, Marieholmsgatan 64, 415 02 Göteborg Tel. 031-336 51 00 info@instrumenta.se

www.instrumenta.se

*) 49% högre sugflöde vid genomfört test, jämfört med på marknaden vanligt förekommande rökutsugar. **) Bilden är ett fotomontage med lånad utrustning.

Klarar flergångsrockar samma krav som engångsrockar?

TEKNISKA SPECIFIKATIONER · SIS/TS 137:2023

Sjukvårdstextilier - Vägledning till
SS-EN 13795 gällande operationsrock,
draperingsmaterial och specialarbets-
dräkt i flergångsutförande.

I detta dokument anges krav och ges rekommendationer för hantering av operationsrock, draperingsmaterial och specialarbetsdräkt, samtliga i flergångsutförande, så att krav angivna i SS-EN 13795-1:2019 och SS-EN 13795-2:2019 kan uppnås och bibehållas produktens hela livslängd.

Detta dokument är avsett att användas för:

- urval av prover, provuttag samt provning efter standardiserad tvättprocess för validering av material och produkter
- hantering och validering av produkter och processer under hela livscykeln
- bevarande av mikrobiologisk renhet och prestanda hos specialarbetsdräkt under hantering, lagerhållning och transport inom vårdinrättningar.

I SS-EN 13795 del 1 och del 2 anges de krav som ställs för operationsrockar, draperingsmaterial samt specialarbetsdräkt för operation vad gäller bland annat fibersläpp, torr och våt bakteriepenetration, mikrobiologisk renhet mm. Att dessa krav kan kontrolleras och uppnås av produkter i engångsmaterial är en sak men hur säkerställer man att produkter i flergångsmaterial klarar dessa krav under hela livscykeln? En arbetsgrupp med deltagare från flera olika aktörer inom svensk textilhantering samt vård och omsorg tillsattes av

Svenska Institutet för Standarder (SIS) för att utarbeta en vägledning för hur kraven i SS-EN 13795 ska uppnås för produkterna i flergångsmaterial.

Dokumentet innehåller krav och vägledning för provning och funktionskontroll för tillverkare, provning och funktionskontroll för provningsinstitut och rekonditionerare (tvätteriet) samt hantering, transport och lagerhållning i vårdgivarens lokaler. Syftet är att prestanda och renhet för operationsrock, draperingsmaterial och specialarbetsdräkt kan säkerställas och bibehållas i enlighet med deras avsedda användning, men även kvalitetssäkras hela vägen, och under cirkulation, från tillverkare och rekonditionerare fram till slutanvändning.

Vägledningen är uppdelad i tre avsnitt där del 1 och 2 (avsnitt 1-5) berör både operationsrock, draperingsmaterial och specialarbetsdräkten. Del 3 (avsnitt 6) berör endast specialarbetsdräkten eftersom den inte går vidare från tvättprocess till sterilisering och då inte omfattas av rekommendationer för lagerhållning och hantering av sterila produkter, SIS-TR 57:2a020.

Tillverkarens ansvar

Tillverkaren ska tillhandahålla information om avsedd användning för produkterna. Operationsrock, draperingsmaterial och specialarbetsdräkt ska vara tillverkade av material som uppfyller kraven i SS-EN 13795 och tillverkaren ska ange tvättrekommendationer. Dessa ska inkludera information om temperatur för tvätt och torkprocess för att möjliggöra att produkten uppnår rekommenderad livslängd under dess cirkulation. För specialarbetsdräkten ska tillverkaren ange den teoretiska källstyrkan från utförda provningar enligt SS-EN 13795-2:2019.

Foto: byLindahl



Rekonditionerarens ansvar

Rekonditioneraren ansvarar genom löpande funktionskontroll för att egenskaper i operationstextilier och specialarbetsdräkt av flergångsmaterial bibehålls. Rekonditioneraren ska vidarebefordra tillverkarens information om avsedd användning av produkten till vårdgivare. Produkterna och tvättprocessen ska valideras genom att provas enligt standardiserade provningsmetoder. I dokumentet finns en tabell som anger vad som ska provas och enligt vilken standard, tabell 1. I dokumentet finns också en tabell 2 som anger information om åtgång av material för de olika provningsmeto-

derna. Rekonditioneraren ansvarar för att förpacka produkterna så prestanda inklusive renhetsgrad bevaras fram till användning. Operationsrockar och draperingsmaterial går sedan vidare till sterilisering, antingen på tvätteriet eller till extern steriliseringsanläggning. Specialarbetsdräkten förpackas utifrån vårdens önskemål. Detta kan skilja sig åt beroende på vilket förvarnings-system för arbetskläder vårdenheter har.

Vårdgivarens ansvar

Vårdgivaren ska säkerställa att specialarbetsdräktens renhetsgrad och övriga egenskaper enligt detta dokument bibehålls vid all transport inom vårdenheter. Specialarbetsdräkten ska rekonditioneras, dvs tvättas, torkas, manglas/strykas och vikas efter varje användning. Den ska hanteras och förvaras korrekt för att undvika kontamination så att prestanda inklusive renhetsgrad bevaras och i dokumentet anges rekommendationer för hantering och förvaring. Tillverkarens användarinstruktioner ska följas för att specialarbetsdräktens funktion ska uppnås.

Tillverkaren anger den teoretiska källstyrkan utifrån utförda provningar men för att verifiera detta bör vårdgivaren genomföra mätningar av bakteriebärande partiklar, dvs kolonibildande enheter, i operationssalen vid aktivitet motsvarande höftledskirurgi. Specialarbetsdräkten ska skickas i retur till rekonditioneraren separerat från andra textilier och föremål, för att minimera kontamination av fibersläpp från andra material. Den ska heller inte användas utanför operationsavdelningen för att inte belastas med högre mängd smittämnen och partiklar än vad tvättprocessen är validerad för.

Rekonditioneraren ska tillsammans med vårdgivaren göra en riskanalys för att optimera hantering och förvaring av specialarbetsdräkten. Syftet med riskanalysen är att hitta faktorer som kan påverka livslängden eller öka risken för kontamination av produkterna. Vårdhygien kan vara behjälplig med råd och rekommendationer både vid riskanalys och för att hitta lämpliga och adekvata rutiner för hantering och förvaring. ●

KONCEPTUTBILDNING Trauma

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

Traumautbildning "Basic Trauma"

Tid

Fredag 22 mars och 18 oktober 2024
Kl. 08.30 – 15.30

Plats

Sheraton Stockholm Hotel

Kostnad

Medlem	3 450 kr exkl. moms
Icke medlem	4 750 kr exkl. moms

Mer information och anmälan: rfop.se



Infection can be catastrophic

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

Protect your patients from the inside out



STRATAFIX™ Plus Knotless
Tissue Control Devices

DERMABOND™ PRINEO™
Skin Closure System

Please refer always to the Instructions for Use / Package Insert that come with the device for the most current and complete instructions.
*standard interrupted suture. #A trademark of BASF. **Staphylococcus aureus, Pseudomonas aeruginosa, and Enterococcus faecium.

References: 1. Heit M, Avelar R, Sheehan M, Cushman F. Water-tight knee arthroscopy closure: comparison of a novel single bidirectional barbed self-retaining running suture versus conventional interrupted sutures. J Knee Surg. 2018;34(5):55. (10924-200818). 2. Ming X, Rothberger S, Yang D. In vitro antibacterial efficacy of Monocryl Plus Antibacterial Suture (polyglactone 25 with tricolsan). Surg Infect (Larchmt). 2007;8(2):204-207. (109401-200824). 3. Ming X, Rothberger S, Nichols MM. In vivo and in vitro antibacterial efficacy of PDS Plus (polydioxanone with tricolsan) suture. Surg Infect (Larchmt). 2008;9(4):481-487. (109401-200824). 4. Burdett TA. Chemistry and safety of tricolsan, and its use as an antimicrobial on Coated VICRYL® Plus Antibacterial Suture (coated polyglactin 910 suture with tricolsan). Surg Infect (Larchmt). 2002;3(suppl):549-553. (109401-200824). 5. Ethicon. In: DERMABOND™ Study Report for in vitro evaluation of microbial barrier properties of DERMABOND™ ProPatch. December 2006. Data on File. (142228-200603).

Ethicon Endo-Surgery (Europe) GmbH
Hummelsbütteler Strasse 171
22181 Norderstedt, Germany

www.jnjmedicaldevices.com

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

ETHICON
Johnson & Johnson SURGICAL TECHNOLOGIES



Nätverksträff

Västernorrland 26 maj 2023

Text: Emelie Emanuelz,
distriktssamordnare

Jag heter Emelie Emanuelz och är ny distriktssamordnare för region Västernorrland. Jag har arbetat som operationssjuksköterska sedan januari 2022 och trivs otroligt bra i mitt yrke!



Emelie Emanuelz

Fredagen den 26 maj anordnades en utbildningsdag på operationsavdelningen i Sundsvall. Då passade vi på att även ha en nätverksträff för medlemmar i region Västernorrland. Det var 27 operationssjuksköterskor från Sollefteå, Örnsköldsvik och Sundsvall operationsavdelningar som deltog.

Dagen började med gemensam fika för alla, följt av föreläsningar inom bl.a. endokrin kirurgi. Sex olika företag var med under dagen och ställde ut och berättade om sina produkter. Alla operationssjuksköterskor deltog även vid ett studiebesök på patologen där BMA analytiker visade "preparatets väg" från det att personalen lämnar det, till färdigt svar. I slutet av dagen hölls en nätverksträff för alla och Anne-Marie Nilsson från RFop styrelse gick bland annat igenom RFop hemsida samt öppnade upp för en viktig diskussion angående det nya utbildningsförslaget som kom från KS. Förslaget ansågs var väldigt dåligt.

Det var uppskattat av många att ses igen efter många år med uteblivna nätverksträffar, nu hoppas vi på att påbörja en ny tradition av att träffas i länet igen.



Rose-Marie
Gabrielson

Vad tyckte du om Höstkongressen 2022?



Lisa Arosenius och Gordana Kamceva,
Vrinnevisjukhuset

"Jättetrevligt att få nya kunskaper och träffa kollegor från andra ställen. Möjlighet att diskutera saker som betyder något för professionen. Få möjlighet att få ta del av ny forskning inom operationssjukvården."

Något som kunde varit bättre?

Lagom längd på föreläsningarna varit bra.

Önskemål om ämne till nästa år?

Operationssjuksköterskans arbetsmiljö, gärna forum för utveckling.



Lina Carlén och Julia Olofsson,
Enköpings lasarett

"Första dagen var jättebra. Variation på föreläsningarna. Patientsäkerhet ur olika perspektiv var intressant. Trevlig och intressant utställning."

Önskemål om ämne till nästa år?

Flöden på operationsavdelningar.
Dagkirurgi.

Hygienforum 2024

Riksföreningen för operationssjukvård inbjuder till det 15e Hygienforumet i Stockholm, 23 - 24 maj 2024.

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

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

Tid och Plats

Torsdag och fredag den 23 - 24 maj, 2024
på Stockholm Waterfront Congress Centre.

Programmet presenteras i sin helhet på Höstkongressen



Riksföreningen för
operationssjukvård

Enabling Wellbeing

Halton

CRC Medical är nu en del av Halton

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

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

Kontakta oss för mer information!

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



Nya kollegor

KI

Examen våren 2023

Lärare: Ami Fagerdahl, Annika Sandelin, Charlotta Olivecrona, Malin Stenman, Eva Torbjörnsson, Anki von Vogelsang

Bakre raden från vänster: Kristina Greby, Cathrine Johansson, Katarina Rosengren, Gabreille Andersson, Mareen Gehlich, Eman Adam, Ella Bogstedt, Julia Banda, Emine Arslan, Sohaila Amiri, Lisa Olofsson, Mikaela Brink, Muna Abdisalam Mohammed, Alice Talling, Maria Åhlund, Elliot Ljunggren, Sophie Eriksson, Eric Fridjonson

Främre raden från vänster: Niklas Andersson, Elena Merkulova, Christina Höggren, Bülent Arslan, Sandra Karlsson, Alexandra Yacoob Lotak, Anna Lingbro, Nikola Ciric

Saknas: Rido Pettersson, Caroline Mattsson, Angelina Perisic



KI

Lunds universitet

Examen 2 juni 2023

Från vänster: Anna Bolanca, Carmen Nguyen, Caroline Göransson, Sara Estenlund, Jennifer Amidi, Elin Johanneson, Jelena Latinovic, Johanna Moberg, Ebba Westerström, Marcus Dahlgren, Martina Hofvander.

Främre raden: Ida Solding, Elin Partoft, Amanda Ryberg Welander
Frånvarande: Anna-Claudia Holst, Felicia Mågård och Helena Fredricson.

Kurs- och inriktningsansvarig lärare:
Anna Nordström



Lunds universitet

Göteborg

Examen juni 2023

Lärare: Annette Erichsen, Sofia Ere-
stam, Anneli Magnusson och Ulrika
Källman

Jessica Huovla Andersson, Angelina
Blom, Johanna Franzen, Vesela Vera
Hervy, Maria Hult, Linn Johansson,
Tove Nyström Johnsson, Karin
Johnsson, Rebecca Karlsson, Sussana
Korpela, Jenny Nyström, Anna Qwint,
Emelie Sedin, Rebecka Starke, Ingela
Westman, Maria Öjerklin, Maria
Björkbacke, Lisa Cederqvist, Made-
leine Diderot, Marika Hagberg, Cecilia
Rubensson du Hane, Cecilia Lundahl,
Matteus Mattson, Tommy Davidsson,
Frida Sandelin, Paloma Sanguesa och
Adnan Veletanlic



Göteborg

Medtronic

Together,
we can improve
patient
outcomes

One
complete solution
for your surgical
needs





Nya medlemmar

53 nya medlemmar!

Vi Välkomnar 53 st nya medlemmar till föreningen. Vi hoppas att ni kommer att få mycket glädje av ert medlemskap. Vår medlemstidning Uppdukat som utkommer 4ggr/år. Hygienforum och Höstkongress som du kan delta på med reducerat deltagaravgift. Olika konceptutbildningar som redan finns och nya som är på gång. Dom annonseras i tidningen och på hemsidan rfop.se.

Jag vill också påminna alla medlemmar att ni måste själva meddela adressändringar. Vi behöver också komplettera medlemsregistret med era mejladresser, mejla till annemarie.nilsson@rfop.se

Jag önskar er alla eftersom det närmar sig, GOD JUL och Gott Nytt ÅR

Sara Abraha Kalander, Uppsala
Najat Aboudrar, Enskede
Maria Ackarsjö, Norrköping
Jennifer Amidi, Lund
Mimmi Andersson, Björklinge
Rebecca Andersson, Umeå
Cathrine Backas, Åland
Erzebet Balogh, Åkersberga
Erika Bengtsson, Listerby
Giti Berglund, Västerås
Angelina Blom, Göteborg
Ella Bogstedt, Tullinge
Louise Broqvist Morales, Karlstad
Anna Broström, Tystberga
Hanna Drott, Västervik
Malin Ekberg, Huddinge
Jakob Ekman, Umeå
Karin Engvall, Fritsla
Anette Eriksson Moussaid
Uppsala, Anneli Eriksson, Luleå
Stine Mathilde Fagerli, Göteborg
Nathalie Ferm, Vallentuna
Annika Fernqvist, Karlstad
Anna Franz, Malmö
Emma Gladewitz, Vattholma

Marika Hagberg, Mölndal
Maria Hellström, Hägersten
Piritta Hermansson, Huddinge
Ulrika Hjärpe, Hammarö
Linn Holm, Göteborg
Malin Häggqvist, Malmö
Ida Hörning, Lingham
Varinderjeet Kaur, Borås
Eugenia Liljendahl, Solna
Albulene Lindström, Annerstad
Therese Lundgren, Västerås
Antonia Lundin, Mariehamn
Birgitta Lundin Jönsson, Västerås
Lina Maina, Linköping
Hanna Martensjö, Kumla
Stina Mattsson-Mård, Solberga
Karin Månsson, Kristianstad
Maja Reuterswärd, Vreta Kloster,
Katarina Rosengren, Vendelsö
Sofie Sandsioe, Vikingstad
Alisa Sawander, Sollentuna
Christine Schwarzmann, Boliden
Anne Siberg, Örby
Karolina Sjöström, Landskrona
Rebecca Warenfelt, Munka Ljungby
Nina Wikström, Gustavsberg
Natthanan Wongsakun, Upplands Väsby
Joanna Ziolkowska, Uppsala.

Vad tyckte du om Höstkongressen 2022?



Lena Forsman Edsvik och Johanna Ekholm, Operation 2 & 3 Umeå

"Helt fantastiskt! Otroligt givande. Man blir mer yrkesstolt när det finns människor med högre (chief nurse) positioner. Hög kompetens hos kollegor. Patientsäkerhet kan användas mot den egna avdelningen.

Utställningen är alltid rolig men man får lite för kort tid där! Engagemanget är stort hos Rfop som anordnar arrangemanget."

Något som kunde varit bättre?

Stå och äta var lite jobbigt eftersom det finns så få bord.

Önskemål om ämne till nästa år?

- Kirurgi - att få hit fler läkare som föreläser.
- Specialiteter som är stor utveckling med.

Bli medlem i RFop

Som medlem i Riksföreningen för operationssjukvård får du:

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

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

Läs mer på
rfop.se



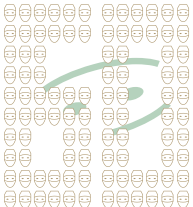


RFop kalendarium

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

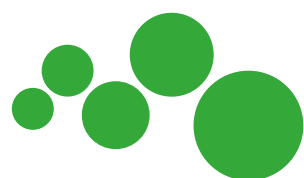
Alla utbildningar och evenemang som RFop bedriver ska stärka och utveckla ledarrollen inom den perioperativa omvårdnaden samt främja utvecklingen av densamma. Vi arrangerar årliga utbildningar i form av bland annat Hygienforum, Höstkongressen och Chefkonferens. Dessa hålls i syfte att synliggöra aktuell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

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

2023 9-10 November Trauma Utbildning Nivå 3	2023 30-1 Nov/Dec Höstkongress 2023	2023 1 December Chefkonferens 2023	1964-2024  Riksföreningen för operationssjukvård	2024 14-15 Mars Nätverksträff för chefer	2024 22 Mars Trauma Utbildning Nivå 1
2024 22 Mars Infektions- prevention Steg 2	2024 12 April MDR Juridik & Upphandling	2024 22 Maj Årsmöte	2024 23-24 Maj Hygienforum 2024	2024 12-13 September Nätverksträff för chefer	2024 20 September Infektions- prevention Steg 1
2024 18 Oktober Trauma Utbildning Nivå 1	2024 18 Oktober MDR Juridik & Upphandling	2024 7-8 November Trauma Utbildning Nivå 3	2024 28-29 November 60-års jubileum Höstkongress 2024	1964-2024  Riksföreningen för operationssjukvård	

POSTTIDNING B

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



Mölnlycke®

 **Instrumenta**



BD

MEDI PLAST



Medtronic
Further Together

Halton

B | BRAUN
SHARING EXPERTISE

KEBCOMED

Johnson & Johnson MEDTECH