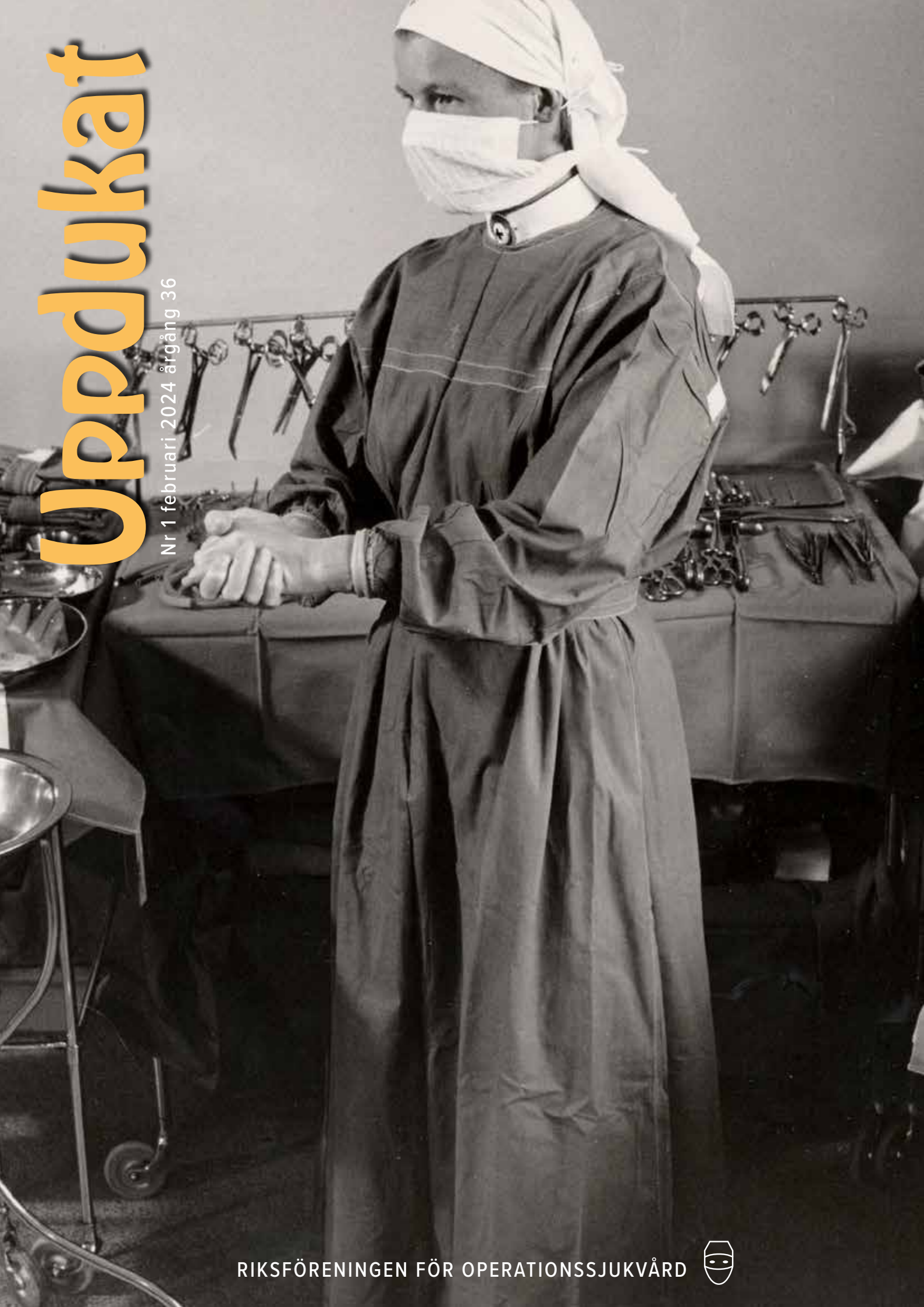


Uppdukat

Nr 1 februari 2024 årgång 36



MIKROTEXTURERAD HANDSKE FÖR ENASTÅENDE TAKTIL KÄNSLIGHET

Medispo-handskarna är designade med mikrotexturerade fingertoppar, vilket ökar känsligheten och beröringen för användaren.

En vattenbaserad beläggning gör handskarna lätta att ta av och bekväma att ha på sig.

FÖRDELAR OCH FAKTA

- ▶ Inget klor i produktionen
- ▶ Fingrarna är mikrotexturerad
- ▶ AQL 065
- ▶ Steriliserad med E-beam
- ▶ MDR godkänd
- ▶ Str. 5,5-9,0
- ▶ PPE III
- ▶ Helt sortiment i latex och polyisopren (latexfritt)



Utgivare

Riksföreningen för operationssjukvård ISSN 1101-5624.

Upplaga

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

Prenumeration

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

Prenumeration via agentur 500 kr per kalenderår

Omslagsbild

Operationssjuksköterska

Foto

Lennart Olson ©
Hallands Konstmuseum.
Bilden är beskuren.

Annonser

annonsansvarig@rfop.se

Redaktion

Kristina Lockner
Yvonne Törnqvist
Maria Munoz
Ebba Westerström
Sofia Jonsson

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

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

Eftertryck från tidningen utan Riksföreningen för operationssjukvårds medgivande är förbjudet.

Layout: MittKompetens AB

Tryck: Allduplo Offsettryck AB

Innehåll

Uppdukat nr 1 2024 årgång 36

- **REDAKTIONENS ORD**
Ordförande...sid 4
- **HISTORIA**
Theodor Billroth...sid 6
- **REDAKTIONEN TIPSAR**
Karin Falk Brynhildsen ...sid 10
- **KOMPETENS**
Utbildning till operationssjuksköterska genom decennierna...sid 11
- **KOMPETENS**
Framtidens operationssjukvård...sid 14
- **KOMPETENS**
Traumautbildningar för operationssjuksköterskor...sid 16
- **HYGIENFRÅGAN**
Ann-Sofi Mattsson svarar...sid 18
- **HYGIEN**
Replik till Sterilitet vs miljö...sid 20
- **KRÖNIKA**
Ny redaktör...sid 22
- **PORTRÄTTET**
Monica Kelvered...sid 26
- **KRÖNIKA**
Låt patienter vara patienter...sid 29
- **REDAKTIONEN TIPSAR**
Marie-Thérèse Crafoord...sid 30
- **POPULÄRVETENSKAP**
Att välja att stanna kvar, en kvalitativ intervjustudie med fokusgrupper...sid 32
- **REPORTAGE**
Sjuksköterskan inom operationssjuksköterskan...sid 34
- **FÖRENINGSNYTT**
RFop...sid 38

sid 16



sid 26



sid 42





Foto: Peo Sjöberg

Riksföreningen för operations- sjukvård fyller 60 år! Det ska vi fira på olika sätt hela året.

1964 bildades Rikssektionen för operationssjukvård och hade det året 175 medlemmar. Syftet med föreningen var att operationssjuksköterskor från hela landet skulle träffas för fortbildning och erfarenhetsutbyte. 1971 bildades Riksföreningen för operationsassistenter och femton år senare, 1986, gick föreningarna ihop och bildade Riksföreningen för operationssjukvård inom SHSTF. I samband med Vårdförbundets organisationsförändring blir föreningen fristående och 1998 ändrades namnet till Riksföreningen för operationssjukvård.

Och i november 1989 kom det första numret av medlemstidningen Uppdukat ut. Idag har vi breddat oss med ytterligare medier, Instagram, Facebook, LinkedIn och YouTube. Se sid 10.

Idag har föreningen nästan 1 600 medlemmar och vi vill bli fler. Vårt främsta syfte är det samma som när föreningen startade, *fortbildning och erfarenhetsutbyte*. I vår föreningsstadga står det idag: *främja utveckling av den perioperativa omvårdnaden*. Och det gör vi bland annat genom våra nätverk: Chef-, lärare-, och medlemsnätverksträffar genomförs regelbundet. Samt via våra kongresser, Hygienforum, Chefkonferens och Höstkongress, fast numer även via en hel rad

av olika konceptutbildningar och från i år även webinarier, se kalendariet på näst sista sidan och läs mer om de olika innehållen på rfop.se. Och sist men inte minst genom Uppdukat och alla våra olika socialamedier.

Operationssjuksköterskans år i år

Den första specialistutbildningen startades på Massachusetts General Hospital 1876, dessförinnan hade utbildning skett genom praktisk upplärning (Kneedler & Dodge, 1994). Vid slutet av 1800-talet beskrevs operationssjuksköterska som ett eget yrke och ansågs då ha hög status. Den höga statusen på att yrket involverade ett nära arbete med kirurgen och detta betraktades vara prestigefullt och krävde ett stort ansvar. Världens största yrkesorganisation för perioperativa sjuksköterskor Association of periOperative Registered Nurses (AORN) grundades 1949 och år 1969 kom de första officiella riktlinjerna som definierade operationssjuksköterskans omvårdnad i operationssalen.

Operationssjuksköterska är den äldsta specialiteten inom sjuksköterskeyrket fast trots vår långa historia är det fortfarande de (även inom sjukvården) som ej har få kännedom om vad en operationssjuksköterska egentligen utför under arbetstiden. Det vill vi ändra på. Styrelsen har utropat år 2024 till operationssjuksköterskans år och målet är att profilera vår specialitet under året på så många olika ställen och sätt så att när vi kommer fram till vår jubileumsmiddag ska ingen (?) kunna säga "operationssjuksköterska? Vem är det? Går det inte lika bra med operationstekniker".

Projekt en patientsäker och hållbar operationssjukvård

Under året ska RFop genomföra ett projekt med syfte är att kartlägga hur det ser ut inom operationssjukvården i Sverige, samt se på olika delar i hur kan arbeta för att säkra en patientsäker och hållbar operationssjukvård i framtiden. Målet är att föreningen ska bidra aktivt i arbetet till att säkra framtidens hållbara operationssjukvård. Mer att läsa om projektet kommer i nummer 2 samt på rfop.se. ●



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.

14 – 15 mars 2024, nätverksträff lunch till lunch

Välmående och hållbarhet för oss själva bygger på att vi får till kontinuerlig återhämtning. På jobbet. Varje arbetsdag. Om än i liten skala. Forskare förmedlar att det handlar om att skapa utrymme för variation, reflektion och vila. Hur ska det gå till? I just ditt läge i livet. Och hur skapar du de kontraster som ger variation i ditt liv som helhet just nu?

Nätverksträffen kommer att ledas av Annika Widmark och Åsa Dickson på Ut&Insikter som har med sig övningar, forskningsbaserade tips och erfarenheter av sitt arbete med personlig hållbarhet och välmående för ledare på jobbet.

Tid

14 - 15 mars och 12- 13 september 2024

Start: kl. 12.00 Slut: kl. 12.00

Plats

Sheraton Stockholm Hotel

Kostnad

5 850 kr ex moms, inklusive lunch x 2, kaffe x 2, middag och övernattning på Sheraton Stockholm Hotel.

Mer information och anmälan:

rfop.se

1964-2024



Riksföreningen för
operationssjukvård

Anmäl dig här!

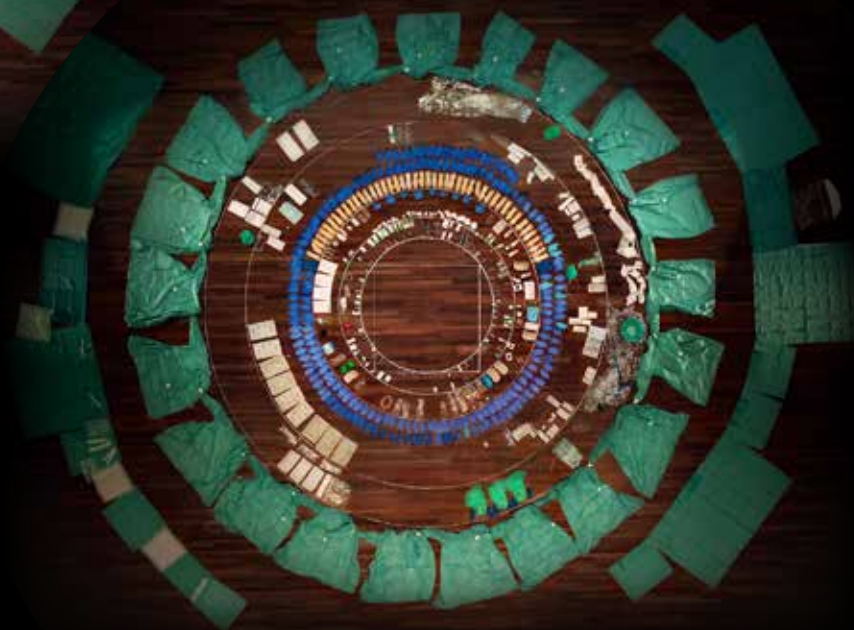


ProcedurePak[®] hjälper dig att minska avfallet i operationssalen*

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[®]

Theodor Billroth

– Kirurg, musiker och grundaren av den moderna bukkirurgin

Många är bekanta med begreppen Billroth I och II vid magsäcksoperationer, men vet kanske mindre om upphovsmannen till dessa ingrepp. Christian Albert Theodor Billroth föddes 1829 på ön Rügen. Ön Rügen hade tillhört Sverige sen 1648 men återlämnades 1815 till dåvarande Preussen. Han hade svenskt påbrå på sin fars sida. Fadern var luthersk präst, och hans mor var husmor. Billroth var äldst i en syskonskara av 5 och hans far avled kort efter att hans yngste broder fötts.

Under sin skolgång hade han svårt för språk och matematik, vilka var viktiga ämnen vid den här tiden. Men han var fascinerad av musik, melodier och rytm och var som tonåring pianospelare närmast på professionell nivå. Han lade det mesta av sin tid på att spela eller komponera musik. På uppmaning av sin mor och påverkan av en respekterad vän till familjen som var kirurg, valde Billroth att satsa på en karriär inom medicinen. Han började läsa medicin vid 19 års ålder, men den första terminen blev rätt misslyckad då han lade sin tid på musik och sociala aktiviteter. Han flyttade sedan till universitetet i Göttinger och tog han sina studier på större allvar. Trots att hans studier var krävande och tog det mesta av hans tid, engagerade han sig i den lokala musikscenen som pianist och skrev sånger till olika festligheter. En höjdpunkt under hans tid i Göttingen var när den svenska operasångerskan Jenny Lind, känd som ”the Swedish Nightingale” uppträdde vid en studentfest, och Billroth fick äran att ackompanjera hennes framträdande på piano. Han har i brev till sin mor beskrivit festen och uppträdandet; *Ord äro försvaga och döda för att kunna ge uttryck för denna rika och levande känsla. Jag förmår icke säga dig mer, ty Jenny Lind kan ej beskrivas.*



Theodor Billroth

Integrerar musiken i sitt liv

Efter avslutade studier började han arbeta som assistent till Bernhard von Langenbeck vid Charite sjukhuset i Berlin. Han fokuserade nu på sin kirurgkarriär, och det musikaliska fick stå tillbaka. Dr Billroth gifte sig 1858 med Christine Michaelis. 1860, vid en ålder av 31 år utnämndes Billroth till professor i kirurgi i Zürich. Där trivdes han och moderniserade utbildningen samt utvecklade den. Han bröt ner den traditionella hierarkiska relationen mellan professor och student, skapade en samhörighet och brödraskap, och höll regelbundna sammankomster med studenterna på onsdagskvällar. Dessa sammankomster inkluderade vetenskapliga program som studenterna höll i. Kvällarna avslutades ofta med gemensamma måltider med öl och musik, och inte sällan avslutades natten med att Billroth själv spelade piano.

Trots sitt upptagna arbete som professor lyckades han integrera musiken i sitt liv. Han blev den lokala tidningens första musikjournalist, tog violinlektioner

deltog i musikuppträdanden och hade ofta musiker som uppträdde hemma hos sig. Under sin tid i Zürich träffade han den unga kompositören Johannes Brahms under ett av dennes framträdanden vid operahuset i Zürich. Billroth var redan en beundrare av Brahms musik, och de utvecklade en nära och livslång vänskap. Brahms dedicerade sina första två stråkkvartetter (opus 51) till Billroth och delade ofta med sig av sina nyskrivna kompositioner för att få hans åsikter.

Billroth var också intresserad av problemen med sepsis, och hans forskning och publikationer inspirerade stort Robert Koch, professor i hygien och den som upptäckte att en viss bakterie orsakar en viss sjukdom. Billroth besökte Lister's klinik och följde Lister's lära om antiseptik, även om han ansåg att det rikliga användandet av karbolsyra inte var ofarligt.

Professor i kirurgi

År 1867 fick Billroth en begäran av Kejsare Franz Joseph I att bli professor i kirurgi i Wien. Wien var ett centrum för det Habsburgska riket, vetenskap och konst. Det var en extremt ovanlig utmärkelse med tanke på att Billroth bara var 38 år gammal vid tiden. Efter tunga år i Zurich, där familjen drabbades av sjukdomar och förlorade ett barn i scharlakansfeber, tackade Billroth med glädje ja till utmärkelsen. Hans vän Brahms hade redan bosatt sig i Wien. Billroth förblev på sin position i Wien fram till sin död 29 år senare, och gjorde sina största kirurgiska framsteg där. År 1873 utförde han som den förste en laryngectomi, där han använde sig av protes hans själv skapat.

Under sin tid i Wien samarbetade Billroth med sina assistenter och utförde partiella gastrectomier på hundar för

att hitta den optimala operationsmetoden. Han studerade placeringen av anastomoser och suturer med hänsyn till magsaftens påverkan på suturer och läkning. Dessa experiment på hundar låg till grund för att utveckla metoder som senare skulle tillämpas på människor.

Therese Heller

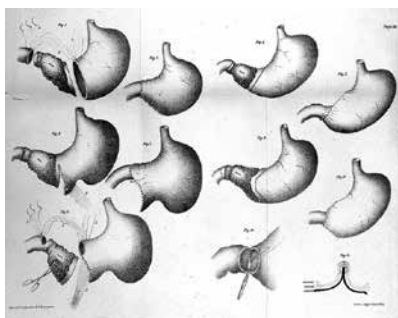
År 1881 blev Therese Heller, en 43-årig kvinna och mor till 8 barn, en viktig del av medicinhistorien. Hennes symptom med dålig matsmältning började i oktober 1880. En halvtimme efter varje måltid kräktes hon upp det mesta av den föda hon ätit. Hon gick snabbt ner i vikt och vid jultid samma år var hon sängliggande, bara förmögen att inta mjölk teskedsvis. Den 25 januari skrivs hon in på sjukhuset i Wien och undersöks av Dr Billroth. Hon är kakektisk, och vid bukundersökningen kände man en tydlig och mobil knöl till höger i buken, ungefär stor som en mindre knytnäve. Dr Billroth och hans kollegor var ganska säkra på diagnosen: en malign tumör i magsäcken som, utan behandling med all sannolikhet skulle leda till kvinnans död. Billroth observerade och undersökte patienten under några dagar innan han beslutade sig för att utföra en operation. Hon förbereddes inför operationen genom att vätskas upp, vilket gjorde genom att administrera vätska per rektum. Tidigare hade det gjorts försök med magsäcksoperationer men resultaten var dåliga. Den första dokumenterade operationen av magcancer utfördes i Paris 1879 av Julés Emilie Péan (skaparen av Peangen) där patienten avled 5 dagen efter operationen. Nästa operation utfördes 1880 av den polske kirurgen Ludwik Rydygier på en patient med magsår: Det var också en av hans första operationer på människor, eftersom han tidigare mestadels hade opererat på djur. Patienten avled 12 timmar efter operationen.

Therese Heller opererades på morgonen den 29 januari 1881. Operationsteamet, med Billroth och hans assistenter ansåg sig vara väl förberedda för ingreppet med många års träning på hundar. Billroth själv hade stor kunskap om dessa tumörer baserat på alla de obduktioner han hade utfört. Men alla var väl medvetna om de svårigheter de stod inför, och för ovanlighetens skull lät han en av assistenterna, Dr Wolfler, sköta anestesin och administreringen av kloroform

med uppmaningen att inte säga ett ord om det inte var absolut nödvändigt. Operationen inleddes med ett medellinjessnitt ovan naveln. Den äppelstora tumören i pylorus fridssekerades och tumören skars bort tillsammans med en del av magsäcken. Den kvarvarande delen av magsäcken anastomerades med duodenum med enstaka silkessuturer. Buken förslöts, och hela ingreppet tog en och en halv timme. Det postoperativa förloppet var komplikationsfritt. Patienten smärtlindrades med små doser morfin, och fick börja dricka små mängder surmjölk efter 24 timmar, senare kaffe och mer fast föda. 20 dagar efter operationen åt Therese en måltid bestående av wienerschnitzel, nåt som hade varit otänkbart några veckor tidigare. Hon skrevs ut från sjukhuset, och i mitten av april bedömdes hon vara helt återställd. Tyvärr får historien ett tråkigt slut. Cancern hade redan spridit sig till lever och andra organ, och Therese avlider den 24 maj samma år.

Operationen fick stor uppmärksamhet

Billroths operation fick stor uppmärksamhet och spreds som nyheten om ett medicinskt underverk över hela världen, vilket markerade starten på en ny era inom kirurgin. Med rätt utrustning och teknik finns det inte längre nåt som inte går operera. Billroth grundade också konceptet med patientuppföljning, där han publicerade årliga rapporter med mortalitetsciffror efter operationer från sin klinik. Han följde också komplikationer och femårsuppföljningar av sina patienter. 1885 genomförde Billroth sin andra typ av gastrektomi, som senare kom att kallas Billroth II. 1883 valdes Theodor Billroth in som utländsk ledamot av Kungliga svenska vetenskapsakademien, hans invalsförslag skrevs av de svenska läkarna Gustav Von Düben och



Originalbeskrivning av Billroth 1 Wellcome Collection



Hake Billroth i olika storlekar

Carl Santesson, de lyfter hans storhet och betydelse för kirurgins utveckling i hela världen och hans skara lärjungar från när och fjärran och då icke minst från Sverige.

Den svenske kirurgen John Berg (1851-1931) senare professor i kirurgi vid Karolinska institutet och överkirurg vid Serafimerlasarettet, reste utomlands för kirurgiska studier. Berg deltog i ett antal operationskurser för Billroths försteassistent Wolfler, med förhoppning att få delta i operationer med den berömde Dr Billroth. Billroths personlighet imponerade på Berg, som skrev:

” Han räcker tydligen huvudet högre än alla de andra storheterna - han är inte heller wienare utan räknar släktskap med Sverige, ty han är född i Pommern. Hela hans hållning liksom hans tal vittnar om den geniale vetenskapsmannen och om en av Europas mest anlitade kirurger.... Om man med fog kan säga, att han var medveten om sin överlägsna begåvning, såg jag intet drag av högmod och beundrade ofta hans fördragsamhet mot de unga praktikanterna, som ofta visade prov på en oerhörd okunnighet?”.

(Svensk kirurgi- historisk rapsodi, W Kock s.132)

Billroth opererade i ett amfiteatriskt rum där operationsbordet var omgivet av ett skrank. För hedersgäster fanns fyra stolar innanför skranket. Rummet hade 200 nummerade platser, och åskådarna fick betala 10 gulden för sin plats. Dr Berg fick ett personligt inbjudningskort för att få närvara vid en av Billroths laparotomier. 10 Österrikiska gulden på 1880-talet motsvarar ca 2000 svenska kronor i dagens värde (historia.se)

Målningen "Theodor Billroth Operating" av konstnären Adalbert Seligmann (1862-1945) ger en bra samtida skildring av hur det såg ut i Billroths operationssal vid det allmänna sjukhuset vid Wiens universitet. Målningen visar Billroth i 60-årsåldern och på höjden av sin berömmelse. Han avbildas i vitt skägg i mitten av duken, med blicken bort från patienten. En assistent räcker honom ett kirurgiskt instrument, och hans pose är närmast kunglig. Sju vitklädda assistenter omger patienten, som ligger på rygg med rakat huvud. Enligt konstnärens anteckningar är ingreppet en neurotomi för trigeminusneuralgi. En av assistenterna anesteserar patienten med öppen droppmetod. Billroth föredrog en blandning av alkohol, kloroform och eter och förutsåg en modern trend att administrera flera medel vid anestesi. Varken Billroth eller hans assistenter bär gummihandskar eftersom man inte börjat införas vid denna tidpunkt, men samtliga bär vita rockar, och Billroth var en av de första att bära vit rock. Ett stort fönster till höger om operatören gör att naturligt dagsljus strömmar in i salen. Konstnären själv är placerad på höger sida av första raden, på motsatt sida kan man också se hertigen av Bavaria som kom till operationerna för underhållningen. Många andra läkare och studenter ses sitta och stå för att kunna följa operationen och undervisningen. Målningens exakta ålder är oklar, det finns olika målningensdatum angivna 1880, 1889 och 1890.

Den första i Sverige

Den första gastroenterotomi vid ventrikelcancer i Sverige utfördes 1884 i Visby av Dr Bolling. Trots att Dr Bolling initialt inte ville genomföra operationen, övertalades han av patienten, en 48-årig kvinna som var i allmänt dåligt skick och var enträgen om att bli opererad. Operationen var komplicerad med många sammanväxningar, och patienten avled



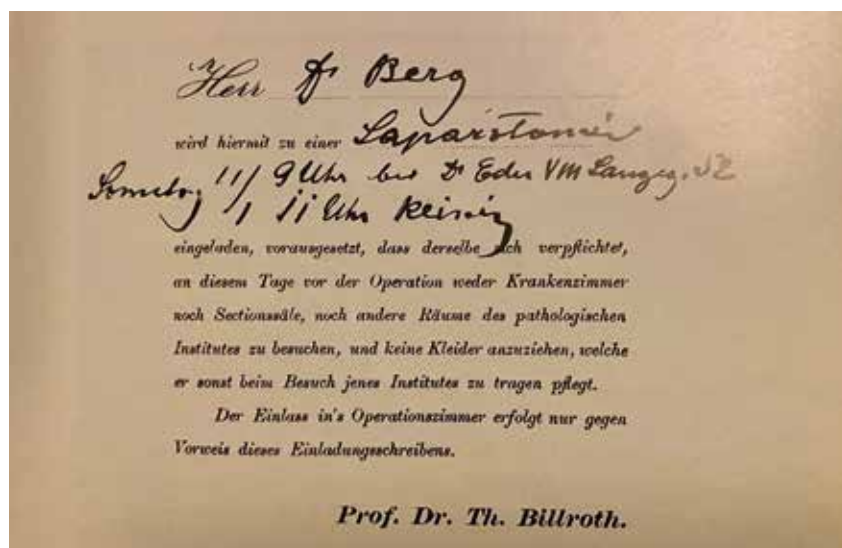
Målningen "Theodor Billroth Operating" av konstnären Adalbert Seligmann ca 1880-90

plötsligt och oväntat omedelbart efter ingreppet. År 1891 utförde K.G. Lennander vid Akademiska sjukhuset den första gastroenterostomin vid ventrikelulcus.

Theodor Billroth författade ett antal böcker och vetenskapliga artiklar. Han engagerade sig också i att modernisera utbildningen av sjuksköterskor, han grundade Rudolfinerhaus, den första sjuksköterskeskolan i Wien som undervisade i modern omvårdnad utan inblandning av kyrkan. Billroth skrev läroböcker riktade till sjuksköterskor, och en av dessa var "Sjukas vård i hemmet och på sjukhuset- Handbok för familjer och sjuksköterskor" hade i Tyskland rönt stora framgångar, och som översattes till

svenska 1882. Bokens svenska översättare, Dr H W Hülpers, påpekar i sitt förord att det saknas litteratur för utbildning av sjuksköterskor. Han nämner att det var 20 år sedan "Miss Nightingales bekanta arbete *Anteckningar om sjukas vård och skötsel* öfverfördes till svenska språket, och att inget omfattande arbete sen dess getts ut, han fortsätter att det skett viktiga förändringar i vården efter Miss Nightingales bok, exempelvis den epokgörande antiseptiska behandlingsmetoden, och att Miss Nightingales arbete inte längre kan anses fullt motsvara tidens fordingar". Billroth själv avslutar förordet i boken med följande; "Man bör helst afråda mindre intelligenta kvinnor att egna sig åt sjukskötsel, icke endast därför att erfarenheten visat, att ett pålitligt utförande af viktiga uppdrag nödvändigt förutsätter en viss utbildning af intelligensen, utan äfven därför, att hjertats godhet endast i förening med förståndets utveckling kan åstadkomma praktiska resultat inom sjukvårdens område".

Boken innehåller ett kapitel om *Operationer och anläggande af förband*. Avsnittet inleds med; "Då kirurgiska operationer förestå, tillhör det sköterskan att främsta rummet förbereda sig sjelf". Hon bör kamma och sätta upp sitt hår, tvätta underarmar med tål och nagelborste och täcka sina kläder med ren linnekofta. Billroth påpekar vikten av att linnekoftan bör vara nytvättad inför varje operation för att undvika att operationssåret utsätts för alla det skadliga ämnen som kunnat fästa sig i kläderna



Inbjudningskort från Billroth till John Berg att närvara vid en bukoperation (Svensk kirurgi- historisk rapsodi, W Kock s.133)

från alla de sjuka som sköterskan tidigare befattat sig med. Han skriver också "att det utgör ett tecken på stort förtroende om operatören åt en sköterska öfverlämnar renhållandet och desinfektion af svampar och silke". Han beskriver sen ingående processen för rengöring, blekning och desinfektion av natursvampar.

Öfvade sköterskor kunna ock erhålla uppdrag att framlägga behöfliga instrument för operationen. Kännedom derom kan först efter hand genom öfning inhämtas"

Författaren fortsätter beskriva de vanligaste kirurgiska instrumenten samt användningsområde. Han lyfter också vikten av förberedelser: "Hastigheten och säkerheten vid operationer samt den ringa blodförlusten dervid bero till stor del derpå, att förberedelserna äro så ändamålsenliga och fullständiga att intet af hvad som skall verkställas slår felt, utan allt sker efter beräkning". Boken beskriver även hur instrument ska omhändertas och rengöras efter avslutad operation.

Dr Billroth en livsnjutare

Dr Billroth beskrivs som en livsnjutare som uppskattade mat och dryck, det sades att ingen cigarr var för stark för honom att röka. Han drabbades de sista åren av dålig hälsa och hjärtsvikt. 1887 efter en Italienresa drabbades han av pneumoni och var allvarligt sjuk, han flyttade då in sin säng i sitt älskade musikrum i sitt hem och innevånarna i Wien visade vid denna sjukdomstid att den nordtyske kirurgen vunnit deras stora tillgivenhet och respekt. När Billroth började återhämta sig från sin sjukdom och efterfråga "Sand tart" spred sig hans önskan som en löpeld över Wien, och bagare och husmödrar runt om i staden började baka och fylla Billroths skafferier med bakverk. Han kom aldrig att återfå hälsan och skriver i ett brev till en vän " nu är mitt liv färdiglevt, det bleknar tyst bort, för mig vackert och harmoniskt". Han tillbringade mer tid borta från Wien och avled vid en ålder av 65 år i Abbazia i Kroatien 6 februari 1894. Billroth såg aldrig konflikten mellan konst, musik och vetenskap, utan levde ett rikt och harmoniskt liv där hans kirurgiska karriär och personliga intressen existerade i harmoni, eller som han själv beskriver det: "I may have been married to Medicine, but music was always my mistress."

Även om Billroth var produktiv som kompositör är hans enda bevarade musikaliska verk "Todessehnsucht". ●

Referenser

Billroth T. *Historical studies on the nature and treatment of gunshot wounds from the fifteenth century to the present time.* Berlin 1859. Yale journal of biology and medicine Vol 4 No1.

Billroth T. Sjukas vård- I hemmet och på Sjukhus. Handbok för familjer och sjuksköterskor. Stockholm 1882. P.A. Nordstedt & söners förlag.

Ellis H. The first successful Gastrectomy. J perioper pract June 2015 Vol 25 Issue 6. 115-6

Favara, D M. *Theodor Billroth: A surgeon for the 21 st century.* The American Surgeon dec 2014, Vol 80.

Kock W. Svensk Kirurgi-historisk rap-sodi. Södertälje 1978. Rabén & Sjögren.

Kock,W.: Genombrottstiden i svensk kirurgi 1880 – 1920. svensk kirurgisk förenings 50-årsjubileum

Lewis J M. O`leary P. *Theodor Billroth: Surgeon and Musician.* The American Surgeon June 2001 Vol 67.

Sunderman F,W *Theodor Billroth as Musician.* Bulletin of the medical library association. May 1937 No 4 Vol 25

Yafi M. Surgery,Music, and art: How Billroth made the connection. The American surgeon 2021. Vol 0(0) 1-2.

Yu-Yu Lin T. Theodor Billroth: Surgeon, musician, and composer. The American Surgeon 2021. Vol 87(4) 507-510.

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. Det har visat att dödlighet i förhållande till skadans svårighetsgrad skiljer sig mellan olika sjukhus och är kopplad till organisation, kunskap och intresse för traumatologi. Det har också visat sig att sjukhusets storlek och resurser inte varit det avgörande utan viktigare är att det finns en god organisation för omhändertagande av skadade, och att personal inom sjukvården har fullgod utbildning för traumaomhändertagande.

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

Basic Trauma ger teoretiska baskunskaper om traumapatienten, skademekanismer och vänder sig till operationssjuksköterskor som vill öka sin kompetens inom traumaområdet.

Traumautbildning Basic Trauma

Tid

15 mars 2024
Kl. 08.30 – 15.30

Anmäl er här



Plats

Sheraton Stockholm Hotel

Kostnad

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

Mer information och anmälan: rfop.se

Karin Falk Brynhildsen

Redaktionen vill uppmärksamma att Karin Falk Brynhildsen den 29 november utnämndes till Docent vid Örebro Universitet. Med en bakgrund som operationssjuksköterska vid Kärl-Thoraxkliniken vid USÖ, Örebro, fick Karin en medicine doktorsexamen 2013 med sin avhandling som studerade effekterna av de preventiva förberedelserna för att optimera patientens hud inför hjärtkirurgi. 2014 började hon jobba vid Örebro Universitet, och 2015 blev hon universitetslektor inom omvårdnadsvetenskap.

Karins forskning har haft fokus på den intraoperativa vården ur patientens perspektiv såväl som personalens, och hennes forskning har skett på både nationell som internationell nivå. Bland annat har Karin varit ansvarig för forskningsprojektet Trycksår på operation, projektansvarig för ett pedagogiskt projekt inom forskargruppen *Lärande och professionsutveckling*



Foto: Peo Sjöberg

Karin Falk Brynhildsen

Den undervisning som Karin bedriver sker på grund- och avancerad nivå. Där ingår kursansvar och handledning för uppsatser, metodkurser och undervisning i aseptik och sterilitet. Karin undervisar och examinerar även vid Kliniskt träningscentrum i steril metod för sjuksköterskestudenter.

Redaktionen önskar Karin ett stort grattis till sin nya titel och önskar henne all lycka med sin fortsatta gärning inom det vetenskapliga fältet.

Vad är en docent?

Ordet docent härstammar från det latinska ordet "docens" som betyder undervisande. Docent är idag en akademisk titel som markerar en högre grad av vetenskaplig kompetens än vad en doktorsexamen ger. För att bli docent så krävs det ungefär fyra år av heltidsforskning efter avlagd doktorsexamen och ger rätten att undervisa och handleda inom alla nivåer inom högskolan och ingå i en betygsnämnd vid en disputation.

Docent är idag inte ett yrke utan är en vetenskaplig kompetensmarkering som visar att den som erhållit titeln avsevärt breddat och fördjupat sin forskning i förhållande till doktorsavhandling. ●

Sociala medier



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



INSTAGRAM



FACEBOOK



LINKEDIN



YOUTUBE

Utbildning till operationssjuksköterska genom decennierna

Sedan 1800-talet har det kontinuerligt funnits en utbildning till sjuksköterska och operationssjuksköterska i Sverige. Begreppet sjuksköterska fanns däremot beskrivet redan år 1764 i svensk litteratur¹. Utbildningens utformning har varierat och varit anpassad till det samtida samhället och vårdens inre organisation. På 1800-talet vårdade sjuksköterskan patienten både på vårdavdelningen¹ och på operationsavdelningen, medan dagens professionella specialistsjuksköterska inom operationssjukvård har både en yrkes- och akademisk examen gällande både vårdande och forskning. Dessutom är titeln operationssjuksköterska en skyddad yrkestitel som endast kan användas av dem med en examen från en godkänd utbildning^{2,3}.

För de första sjuksköterskorna, som utbildades i Sverige vid diakonissanstalten i Stockholm från 1851⁴, ingick även vården vid patientens operation. Vid operationen var fokus - då som nu - patientens bästa genom hygieniskt och aseptiskt vårdande, den kirurgiska utrustningen och teamarbetet som också innebar ett nära samarbete med kirurgen vid instrumenteringen. I slutet av 1800-talet fanns en sjukhusanknuten utbildning till operationssjuksköterska på en del platser i landet. Arbetet som operationssjuksköterska beskrivs nu som ett eget yrke. På den här tiden var yrkesbenämningen operationssköterska och inte som idag operationssjuksköterska.

Sahlgrenska sjukhuset i Göteborg anställde en operationssjuksköterska år 1884 och i Lund anställdes en år 1898⁴. Holmdahl skriver i boken om *Sjuksköterskans historia*⁴ "Den äldsta specialiteten är operationssköterskans. Med aseptikens framgång och de stora operationernas genombrott anförtröddes detta arbete till den mest betrodda sköterskan. Det var status att bli ope-

rationssjuksköterska...^{4 s 210}. Och, den enda specialistsjuksköterskan med expertkunskap på patientsäkert hygieniskt vårdande vid kirurgi⁵ med ett ständigt vakande öga över patientens bästa vid operationen var inrättad⁶. Svenska sjuksköterskors vårdande har sedan 1850-talet varit influerat av Florence Nightingales teori om vårdhygien⁷. Nightingale sägs även ha myntat begreppen Scrub Nurse och Circulating Nurse som inom svensk operationssjukvård kan jämföras med instrumenterande - och cirkulerande operationssjuksköterska.

Staten bestämde att utbildningen från år 1920 skulle omfatta 2 år¹ med utgångspunkt i dåvarande Medicinalstyrelsens arbete om sjukvårdspersonalens utbildning. År 1920 tillkännagavs Kunglig Majestäts kungörelse angående statens godkännande av sjuksköterskeskolor och sjuksköterskebyråer. Sjuksköterskebyråer kan jämföras med dagens bemanningsföretag för sjuksköterskor - inget nytt under solen, eller? År 1920 tillkännagavs även kungörelsen angående instruktion för inspektrisen över sjuksköterskewäsendet¹ med kontroll av att de olika utbildningarna i landet uppfyllde fastställda fordringar. Antagningskraven till utbildningen skärptes nu och det krävdes högre utbildning än folkskola för att bli antagen. Det var endast de som genomgått en statskontrollerad sjuksköterskeutbildning som uppfyllde behörighetskraven för en anställning som sjuksköterska i "det allmännas tjänst" med rätt till pension¹. Operationssjuksköterskan var härmed en person som ingick i landets samhällsbärande verksamheter.

På 1930-talet gav medicinalstyrelsen ut reglemente för en enhetlig sjuksköterskeutbildning med både planer för undervisning och för arbetsordning. Inträdeskrav till utbildningen var en formell examen från t ex en

flick- eller realskola. Specialisering till operationssjuksköterska ingick i utbildningen om sex terminer¹. Lärarna i sjuksköterskeutbildningen valde ut de duktigaste "eleverna" som fick bli operationssjuksköterskor. *Elev* var den här tidens benämning på en blivande sjuksköterska under utbildning.

1957 infördes Legitimation som sjuksköterska efter en genomförd och godkänd utbildning¹. Idag beviljar Socialstyrelsen samtliga legitimationer för sjuksköterskor och ansvarar även för register över de legitimerade sjuksköterskorna. Och det är fortfarande Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd, HSN, som hanterar anmälningsärenden som kan leda till deslegitimering av en sjuksköterska, medan Inspektionen för vård- och omsorg, IVO, hanterar övriga anmälningsärenden för personal inom hälso- och sjukvården.

1960-1981 genomförs en ny enhetligt nationell utbildningsmodell om fem terminer till sjuksköterska. De blivande sjuksköterskorna benämndes nu *studenter* och fick inte längre fungera som arbetskraft och ersätta vårdpersonalen som tidigare⁴. Därmed gick titeln "elev" i graven. En avkortad variant med tre av de fem terminerna erbjöds till vårdpersonal med en formell undersköterskeutbildning. En fristående påbyggnadsutbildning/vidareutbildning, VUB, om två terminer till operationssjuksköterska inrättades⁸. Sådan VUB om två terminer kunde ibland fram till 1977, ge formell dubbelbehörighet för tjänstgöring både som operations- och anestesijuksköterska. Det förekom även andra möjligheter till vidareutbildning för legitimerade sjuksköterskor som t ex "Lundamodellen" med VUB inom operations- och anestesijuksvård samt intensivvård.

År 1961 startades utbildning till operationsassistent där antagningskravet var en slutförd enhets/grundskoleutbildning. Assistentutbildningen följde dåtidens läroplan för yrkesskolans utbildningar och omfattade till en början fyra terminer. Efter 13 års arbete för en förlängning av utbildningen tillkom en femte termin. Utbildningen pågick t.o.m. 1981. Så småningom infördes att operationsassistenter efter fyra års väl vitsordad tjänstgöring kunde ansöka hos Socialstyrelsen om en legitimation som sjuksköterska. 1979 genomfördes, vid ett tillfälle, en arbetsmarknadsutbildning som omfattade mindre än två terminer till operationsassistent. Antagningskravet var erfarenhet av arbete på operationsavdelning som undersköterska. Utbildningens start omgärdades av omfattande protester. En protestlista med 5000 namnunderskrifter av kirurger och operationssjuksköterskor lämnades till dåvarande landstingsborgarrådet Bo Könberg i Stockholm under den timmes audiens för samtal protestgruppens kärntrupp beviljades. Samtalet med borgarrådet resulterade i överenskommelsen att ingen ny sådan utbildning skulle startas före utvärderingen granskats. I slutet av 70-talet, 1977, införlivades de medellånga vårdutbildningarna i den landstingskommunala högskolans organisation. Vårdhögskolor inrättades med landstingen som huvudmän och Universitets- och högskoleämbetet, UHÄ, som tillsynsmyndighet⁴.

1982 introducerades en ny enhetlig nationell utbildningsmodell⁹. Gymnasieutbildningens vårdlinje om två år inrättades och ledde till en undersköterskeexamen som också var antagningskrav till Hälso- och sjukvårdslinjen till sjuksköterska om två år⁸. Sjuksköterskeutbildningen hade flera inriktningar som allmän-, operations-, onkologi- och psykiatri- eller röntgensjuksköterska. Det första läsåret lästes och genomfördes gemensamt för de olika inriktningarna.

Perioperativ omvårdnad för operationssjuksköterskans specifika vårdande enligt omvårdnadsprocessen infördes i utbildningen under den här perioden. Vi lärare var inspirerade av våra amerikanska operations-sjuksköterskekollegors forskning¹⁰, innan vi hade skapat kunskap inom området i Sverige genom egen forskning. En första svensk studie *Betydelsen av individuell vårdplanering inom operationssjukvården - sett ur*

operationsteamets perspektiv presenterades i en rapport från Borås av operationssjuksköterskan Ulla Ots 1988. Flera kliniska projekt följde därefter bl.a. vid Neuro Operation i Uppsala på 1980-talet med perioperativ omvårdnad och perioperativ utbildning¹². Specialiseringen till operationssjuksköterska ingick i de fyra terminerna till sjuksköterska, medan specialiseringen inom anestesioch intensivvård fortfarande var påbyggnadsutbildningar efter allmänsjuksköterskeexamen. Utbildningsmodellens utformning medförde svårigheter för operationssjuksköterskor att skaffa sig en akademisk doktorsexamen utan omfattande kompletteringar, jämför t.ex. att antalet disputerade anestesijuksköterskor fortfarande är fler än dubbelt så många som disputerade operationssjuksköterskor (*se Rfop.se/nätverk).

1993-års reform medförde återigen en ny enhetlig nationell utbildningsmodell till sjuksköterska om sex terminer och med en fristående specialisering till operationssjuksköterska om två terminer. 2007 blev denna utbildningsvariant en universitets- och högskoleutbildning som ingick i ett europeiskt, EU, system enligt den s.k. Bologna-processen för högre utbildning. Det medförde ett enhetligt beräkningssystem för utbildningspoäng och tre nivåer för akademisk examen inom EU. Grundnivån leder för sjuksköterskor i Sverige fram till en sjuksköterskeexamen och en akademisk kandidatexamen. På den avancerade nivån finns vår specialistutbildning inom operationssjukvård och den svenska modellen för en magisterexamen. Den tredje nivån är forskarutbildningen som leder till en doktorsexamen¹³. I Sverige finns även Licentiatexamen som är på en nivå före doktorsexamen. Operations-sjuksköterskeutbildningen är också grunden för operationssjuksköterskor för en tjänst som chef, produktspecialist inom industrin, lärare, forskare m.fl. funktioner som är centrala för landets operationssjukvård. För dem med en utländsk sjuksköterskeexamen gäller att de har en jämförbar sjuksköterskeutbildning och specialistutbildning som vår nuvarande svenska och godkända examina via svenskt utbildningsbevis eller via Socialstyrelsen^{2,3} för en anställning som operationssjuksköterska.

Idag vårdar operationssjuksköterskor med olika svenska, nordiska, europe-

iska och utomeuropeiska utbildningsbakgrunder tillsammans patienterna som opereras på våra operationsavdelningar. *Och, samtliga använder de svenska operationssjuksköterskornas excellenta uppfinningar Fröken Rapps knuthållartång och Karin Klarins öronskydd vid patientens operation, när det behövs.*



Foto: Peco Sjöberg

Birgitta Å Gustafsson

* Många tack kollega och vän Monica Kelvered, med omfattande kunskaper inom området, för goda synpunkter på artikelns innehåll. •

Fakta: Birgitta Å Gustafsson, Operations-sjuksköterska, vårdpedagog och Med. Dr.

Referenser

- Bohm, E. (1972) *Okänd, godkänd, legitimerad*. Uppl.2. Svensk sjuksköterskeförenings förlag, s 407.
- SFS 1993:100. Nationella riktlinjer för specialistsjuksköterska inom operationssjukvård i Högskoleförordningen. http://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/hogskoleforordning-1993100_sfs-1993-100. [Hämtad via Google sök 20170419]
- SFS 2010:1369. Patientsäkerhetsförordning, avsnitt Specialistsjuksköterskor. http://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patientsakerhetsforordning-20101369_sfs-2010-1369. [Hämtad via Google sök 20170419]
- Holmdahl B (1994) *Sjuksköterskans historia - Från siukwacterska till omvårdnadsdoktor*. Liber förlag, s 255.

5. Gustafsson B Å. (2005-2016) *Att söka kunskap inom operationssjuksköterskans perioperativa omvårdnad*. Undervisningsunderlag för Specialist-sjuksköterskeutbildning inom operationssjukvård [Hämtad via Google sök 20170419]

6. Kelvered M, Öhlen J, Gustafsson BÅ. (2012) Operating theatre nurses' experience of patient-related, intraoperative nursing care. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, Sep;26(3), pp 449-57.

7. Woodham-Smith C. (1951) *Florence Nightingale*. - A biography based on private papers and letters never before

made public. Mc Graw-Hill Book Company, Inc. pp 382.

8. Svenska hälso- och sjukvårdens tjänstemannaförbund, SHSTF, Utredningssektionen (1987) *SHSTFs Operations-sjuksköterskeenkät. En undersökning genomförd på uppdrag av arbetsgruppen Operationssjukvårdens framtid*. SHSTF, s 75.

9. Utbildningsplan för Hälso- och sjukvårdslinjen. SÖ/UKÅ 1981-05-12.

10. Davies J. (1978) Operating room nursing: Perioperative role. *AORN Journal*. May. Vol 27, No 6, pp 1156-1175.

11. Ots U. (1988) *Betydelsen av individuell vårdplanering inom operations-sjukvården- sett ur operationsteamets perspektiv*. FoU-rapport nr. 1. Borås: En undersökning genomförd vid Centraloperationsavdelningen vid Borås lasarett.

12. Willman A, Johnsson GB. (1994) Perioperative nursing education and experience: a Swedish perspective. *Today's OR Nurse*, Nov-Dec;16(6), pp 8-14.

13. *Bologna processen. Europa ska vara ett sammanhållet område för högre utbildning* <http://www.uka.se/fakta-om-hogskolan/bologna-processen.html>. [hämtad via Google sök 20170419].

Tabell

Nationellt reglerad utbildning till Sjuksköterska och Operationssjuksköterska

Regering & Riksdag Utbildnings reform år	Behörighetskrav	Grundutbildning/ antal terminer till Sjuksköterskeexamen	Specialisering	Fristående specialisering & antal terminer	Antal terminer totalt
1930	Flickskoleexamen Realskoleexamen	6	Ingår	-	6
1960	Realskole – och Studentexamen Undersköterske- utbildning	5 3	- -	2	7
1982 Landstingskommunal högskola	Vårdlinjen till Undersköterska 4 terminer	4	Ingår	-	8
1993 Landstingskommunal högskola	Studentexamen	6	-	2	8
2007 Europiskt universitets & högskolesystem	Studentexamen	Grundnivå 6	-	Avancerad nivå Specialistsjuksköterska inom operations sjukvård 2	Yrkes - & Magisteexamen 8

Tabell

Operationsassistentutbildning

1961-1981	Behörighetskrav	Operationsassistent	Antal terminer totalt
Yrkeskola	Enhets-/grundskola Undersköterske- utbildning	Versioner 1 2 3	4 5 < 2

Paneldebatten –

Framtidens operationssjukvård

Under höstkongressen 2023 introducerades en nyhet i form av en paneldebatt som ägde rum under kongressens andra dag. Beslutet att införa paneldebatten grundades på det återkommande förslaget att ersätta operationssjuksköterskor med personal med lägre kompetens, vilket varit en återkommande utmaning sedan 2014. För att driva samtalet framåt och undvika att fastna i enskilda arbetsgivarprocesser, valde Riksföreningen för operationssjukvård (RFop) att skapa en dialog där huvudfokus låg på att främja patientsäkerheten inom operationssjukvården. Denna strategi syftade till att lyfta dialogen till en ny nivå och samtidigt skifta fokus till ett kollektivt och strategiskt samtal om framtiden.

RFop öppnade samtidigt upp möjligheten för icke-kongressdeltagare att delta som åhörare. Det blev en framgångsrik programpunkt med en fullsatt föreläsningssal och över 100 unika tittare som följde sändningen digitalt. Det ska tilläggas att även regionpolitiker fanns på plats i publiken. Efter några sista-minuten-ändringar mantlade till sist Isabelle McAllister rollen som moderator för debatten. Med på scenen medverkade de fem paneldeltagare: Arthur Jänes, Annette Erichsen, Oili Dahl, David Konrad och Irini Antoniadou.

Paneldebatten, som det stod på programpunkten, mognade fram till ett samtal som navigerade genom olika ämnen men primärt respekten för kompetens, bristen på operationssjuk-

sköterskor, patientsäkerhet, arbetsmiljö och framtidspaning. Inledningsvis fastslogs det att råder en nationell brist på specialistsjuksköterskor, inklusive operationssjuksköterskor, vilket bekräftades genom en kartläggning utförd av Socialstyrelsen och Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) i februari 2022. Det konstaterades att befolkningens ökade ålder och sjukdomsfrekvens, kombinerat med stora pensionsavgångar leder oss mot en kris.

Samtalet spände över olika aspekter men främst utmaningar inom arbetsmiljö, värdering av befintlig personal och nödvändigheten av att bygga en god arbetsmiljö som möjliggör utveckling och trivsel för operationssjuksköterskorna. Diskussionen reflekterade



Foto: Peo Sjöberg

Arthur Jänes, Annette Erichsen, David Konrad, Oili Dahl, Isabelle McAllister och Irini Antoniadou

över behovet av flexibilitet från arbetsgivare för att främja långsiktigt kvarstående. Samtidigt framkom det att arbetsgivaren inte löst problemet med att behålla personal, vilket utgör en nationell fråga inom samtliga regioner. Panelen framhöll tydligt att, trots den inneboende risken vid inkorporation av en annan yrkeskategori, finns det en fortsatt fara att bränna ut även denna grupp. Budskapet var ändå entydigt, betydelsen av att värdera och respektera de operationssjuksköterskor som arbetar i såret kunde inte nog understrykas. Det noterades också att samarbetet mellan lärosätena och verksamheterna är avgörande för att öka tillgängligheten av VFU-platser.

En säker operationssjukvård både för patienter och personal

Det var ett samtal som kantades både av en önskan om att skynda långsamt samt möttes av motsatsen, att det är bråttom. Trots dessa konstaterande synsätt strävar vi gemensamt mot samma mål – en säker operationssjukvård både för patienter och personal. Nu gör vi det

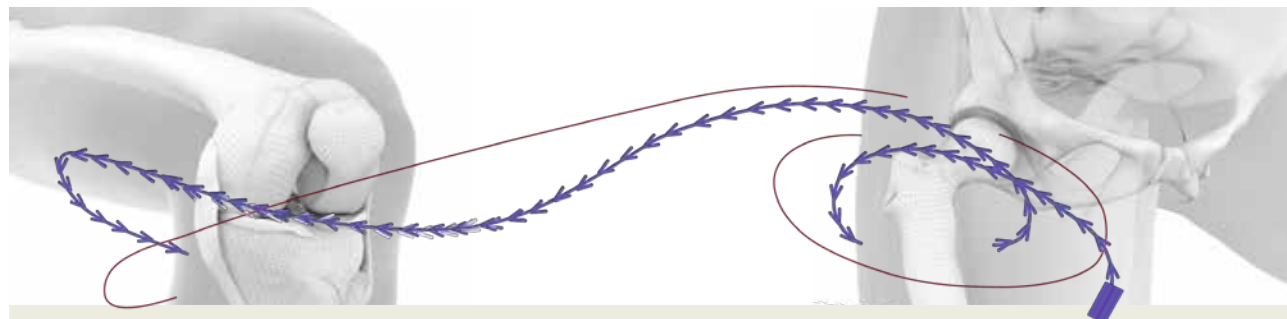
här tillsammans med alla kompetenser involverade och strävar efter att skapa goda och effektiva team. En grundläggande åtgärd är att förstå vad vi gör på en operationsavdelning och hur resurserna används genom en noggrann processkartläggning.

Framtidsspaningen förde samtalet in på vad svensk operationssjukvård står inför. En ökad teknologisk intensitet, inklusive robotkirurgi, kommer att prägla vården. Operationssjuksköterskan närmar sig en komplex verklighet som kräver ökad specialisering för operationssjuksköterskor, där även titeln avancerad specialistsjuksköterska kom på tal. Fokus på arbetsmiljö och ledarskap identifieras som centrala element för framtiden. Arbetsgivaren

måste erkänna befintliga brister och implementera effektiva strategier för att förebygga utmattning och främja välbefinnande. Samtidigt som det poängterades vikten av att lyfta de redan befintliga goda arbetsplatserna och ledarna.

Sammanfattningsvis var paneldelarna överens om att detta markerade en nollpunkt och en nystart där Riksföreningen för operationssjukvård äger frågan. Den 21 december 2023 höll RFop ett upptaktsmöte för att sätta de grova riktlinjerna i projektet. Det är viktigt att här även förtydliga att RFop inte arbetar vidare med förslaget som arbetsgivaren i Stockholm lagt fram utan arbetar aktivt med att utforma egna hållbara lösningar. ●

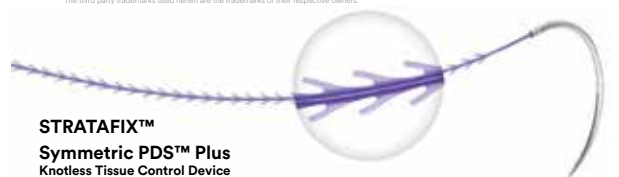
Se hela panelsamtalet på vår nylanserade YouTube-kanal. Skanna QR-koden för enkel åtkomst.



It's the close that counts.

STRATAFIX™: The only barbed suture appropriate for fascia^{1,2 † #}

1. Ethicon 103302096, Tima Zero Tissue Holding - Competitive Claims Comparisons for STRATAFIX Knotless Tissue Control Devices vs Various Products, 2016. Data on File. (166716-230607).
2. Medtronic, V-Loc 950 Absorbable Wound Closure Device, Instructions for Use. Data on File. (166716-230607).
†Refers to STRATAFIX™ Symmetric PDS™ Plus Knotless Tissue Control Device only.
#Based on benchtop testing and clinical effect is unknown.
The third party trademarks used herein are the trademarks of their respective owners.



STRATAFIX™
Symmetric PDS™ Plus
Knotless Tissue Control Device



DERMABOND™ PRINEO™
Skin Closure System

ETHICON
Johnson & Johnson SURGICAL TECHNOLOGIES



DePuy Synthes
THE ORTHOPAEDICS COMPANY OF Johnson & Johnson

© Ethicon Endo-Surgery (Europe) GmbH 2023 252293-230628 EMEA/UK
Please refer always to the Instructions for Use / Package Insert that come with the device for the most current and complete instructions. www.jjmedtech.com

Traumautbildningar för operationssjuksköterskor

År 2019 startade Riksföreningen för Operationssjukvård utbildningen med namnet "Basic trauma". Utbildningen är en endagsutbildning och, precis som namnet antyder, avsedd att ge deltagarna en grundläggande kunskap om traumavård. Den följer traumapatientens flöde från skadeplatsen till operationsavdelningen. Föreläsningarna under Basic- utbildningen hålls av operationssjuksköterskor med intresse och bred erfarenhet av traumavård. Hittills har 143 operationssjuksköterskor från hela landet deltagit i utbildningen. Det finns ett stort intresse och behov av utbildningar som riktar sig specifikt till operationssjuksköterskor. Ett av RPop:s främsta mål och uppgift är att bevaka och gagna operationssjuksköterskornas gemensamma utbildnings- och yrkesintressen samt att främja utvecklingen av den perioperativa omvårdnaden.

I linje med detta har RPop startat en fördjupad utbildning i trauma. Utbildningens innehåll och upplägg har planerats tillsammans med operations-



Nöjda kursledare efter avslutad premiärutbildning, Stina Hermansson, Jason Gahrén och Olga Carlqvist

sjuksköterskorna Jason Gahren, Olga Carlqvist och Stina Hermansson, alla med stor erfarenhet av trauma och som är medverkar som kursledare. Den första utbildningen hölls i Stockholm i mitten av november 2023.

Det är en tvådagars utbildning. Dag 1 innehåller föreläsningar av kirurger med expertkunskaper inom traumavård. Dagen inleds med föreläsningar om erfarenheter av kirurgisk verksamhet under väpnade konflikter och förhållanden med begränsade resurser.

Utbildningen omfattar ämnen som masskadesituationer, skadepanorama vid explosioner och fördjupade kunskaper kring traumapatienter med olika fysiologiska förutsättningar som barn, gravida och äldre. Sista punkten på dagen var en uppskattad praktisk gruppövning i sterildrapering utifrån ett traumaperspektiv där deltagarna delade erfarenheter med varandra. Dagen avslutades med trevlig gemensam middag.

Den andra dagen inleddes med föreläsningar om masskadetriagering för att sen gå över till en "tabletop"-övning. Övningen går ut på att kursdeltagarna i grupp tränar prioritering och beslutsfattande som beslutsfattande position vid en operationsavdelning baserat på ett scenario med händelse



Jan-Olof Svärd



Draperingsövning



Intensiv aktivitet under table-top övningen

där vårdbehovet överskrider tillgängliga resurser.

I kursutvärderingen fick deltagarna svara på frågan, vad är det främsta du kommer ta med dig från utbildningen

- Katastroftänket och andras erfarenheter.
- Ytterligare kunskaper och tankar
- Det finns mycket att förmedla vidare och använda hemma på utbildningsdagar
- Vara beredd på allt och vara flexibel.
- Att vara bättre förberedd inför trauman
- Ny kunskap om trauma
- Tabletopövningarna
- Hur olika alla gör på olika sjukhus-/operationsavdelningar både gällande både trauma och i den dagliga verksamheten. Jättebra att både få input från andra och även från föreläsarna.

Bra med en utbildning som fokuserar på operationssjuksköterskans roll.

- Tabletopövningar och även erfarenheter från andra kursdeltagare
- Hur snabbt man behöver vara på fötter när larmet går. Att man kommer behöva tänka utanför boxen när resurserna inte räcker till. Och att ett starkt team där alla är inkluderade kan man klara stort sett allt.

Utifrån den positiva responsen på utbildningen planeras en ny omgång av den fördjupade traumautbildningen att genomföras under våren 11–12 april. ●

KONCEPTUTBILDNING Trauma

Nästa omgång av Basic Trauma är planerad till 15 mars. Skanna QR-koden och anmäl er där.

Basic Trauma



Webbinarier – en nyhet!

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



The Oxford SSI Reduction Bundle



Rengöring, desinfektion och sterilisering



Operations- och sjukvårdstextilier

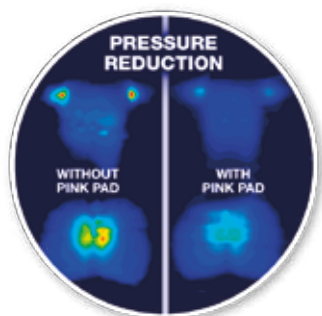


Mikrobiologisk renhet i operationsrum

Hur positionerar du din patient?

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

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





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

Fråga: Är NaCl 9 % alt. Klorhexidin 5 % att föredra som tvätt på förslutet operationsår innan sterilt förband appliceras. Hittat studie som jämför NaCl 9 % och Hibiscrub 4 % med fördel Hibiscrub r/t CFU o...

Svar: Det viktigaste är att tvätta rent och torrt så förbandet fäster optimalt och det inte finns blod kvar som ökar bakterietillväxt. Att använda Klorhexidinsprit, som jag tänker att du menar med Klorhexidin 5 %, kan vara mindre bra då Etanolen irriterar sårkanterna och kan försvårar sårsläkning. Därav kan Hibiscrub/Descutan vara ett alternativ om man önskar uppnå den kvardröjande effekt som Klorhexidin ger. Om inte är NaCl tillräckligt för att tvätta rent från blod mm.

Fråga: Tvätta operationsinstrument med NaCl 9 % indränkt trasa successivt under operation för att inte skitiga instrument med torkat blod ska kontaminera operationsåret...

Svar: Detta diskuteras med jämna mellanrum med bland annat steriltekniker som kan förordar Sterilt vatten för avtorkning av instrument. Men så länge man inte lägger instrumenten i NaCl-bad under längre tid torde de inte ta skada av NaCl, NaCl kan ge korrosionsskador på instrumenten men det gör även blod. Så avtorkning av instrumenten under pågående kirurgiskt ingrepp med NaCl ger sannolikt inga skador på instrumenten.

Fråga: Vi har gammal ventilation (omblandad) på våra akutsalar. Även våra operationsbord är gamla och kommer behöva bytas ut innan vi får ombyggt. Idag kan vi flytta över patienten i en sluss men det kommer vi inte kunna sedan utan sängen kommer köras in på sal. Vi funderar på hur länge en säng kan räknas som renbäddad? Akuta operationer blir ju fördröjda ibland. Efter hur många timmar bör sängen bäddas ren igen? (Vrinnevi)

Svar: Det finns (som för så mycket annat) ingen nationell- eller internationell riktlinje för detta utan det blir en bedömning för varje verksamhet. I direkt eller nära anslutning är sedvanlig rekommendation. Men vad är nära anslutning då? Ja det blir ju upp till verksamheten att bedöma. Allt beror ju på vad som hänt i väntan på att få köras till operationsenheten. Har till exempel patienten legat kvar i sängen och bara varit uppe på toaletten så blir ju inte sängen kontaminerad av smittämnen och smuts utifrån. Likaså om sängen står ren-bäddad och orörd. Så att säga att den ska bäddas ren efter x antal timmar är en omöjlighet för att det ska vara adekvat utifrån ett hygieniskt perspektiv, utan man måste här göra en egen rutin baserad på antingen tid för att göra det enkelt för alla eller låta verksamheterna göra bedömning utifrån varje enskilt fall. Desinfektion av sängens tagtytor kan ju dock oavsett ske i direkt anslutning till att den körs ut från avdelning till operationsenheten (om det inte är akut-/ livshotande tillstånd). När sängen körs ut efter överflyttning av patienten och sängkläder ligger kvar i sängen så försvinner ju den smittkällan, oavsett om den är renbäddad eller inte, från operationsrummet och ventilationen späder efter en tid ut de smittämnen som eventuellt tillförts till rummet. Så det viktiga är att inte duka upp i samband med eller direkt efter att sängen körs in - /ut från salen. Likaså ska man inte påbörja rengöring/desinfektering av ytor och medicinteknisk utrustning förrän patienten och sängen är ute från salen efter operationens slut.

Fråga: Vi följer inte vår hygieniska och sterila kläd principer i den omfattning vi borde, på op miljö. Så vi vill bl.a. börja med rätt klädsel på op sal, ick steril person (väst, kofta, munskydd, dok icke dok, skägg o.s.v.) Har ni några specifika riktlinjer man bör följa?

Svar: All vårdpersonal som arbetar i direkt patientvård ska ha kortärmad arbetsdräkt enligt SOSFS 2015:10. Har man en värmeväst byts den enligt samma rutin som blusen. Värmekofta

som har $\frac{3}{4}$ eller långärm ska tas av vid patientnära arbete. Vid vilka kirurgiska ingrepp alla på operationsrummet ska ha munskydd är en rutin som verksamhetsansvarig ska ta ställning till. Alla som är i det sterila fältet samt inom en armlängds avstånd från sterilt iordningställd operationsutrustning ska bära munskydd. Även vid uppdukning av sterilt material ska munskydd bäras för att inte kontaminera materialet med potentiella smittämnen från luftvägarna.

All personal ska bära mössa som täcker allt hår. Vid krav på hög mikrobiologisk luftrenhet ska samtliga bära dok instopat i blusens halsringning, verksamhetsansvarig ska besluta om för vilka ingrepp detta gäller. Skägg ska liksom huvudhår täckas med munskydd eller liknande för de som är i det sterila fältet. Huruvida man som anesthesi- eller cirkulerande person får ha skägg eller inte finns idag ingen nationell-/internationell riktlinje för. Förutom SOSFS 2015:10 som är den föreskrift som gäller för all vårdpersonal kan man följa de rekommendationer som finns i Vårdhandbokens kapitel om operationssjukvård Arbetsrutiner i operationsrum - **Vårdhandboken** (vardhandboken.se)

Sedan finns ett dokument från LÖF PRISS expertgrupp 4 Optimal operationsmiljö Optimal operationsmiljö vid protesoperation i knä eller höft, PRISS (lof.se) där man kan läsa om rutiner för operationsenheter för knä och höftoperationer men som kan appliceras på samtliga kirurgiska ingrepp. Rekommendationerna är baserade på idag bästa kända kunskap. Ni kan också vända er till er regionala Vårdhygieniska enhet för att få råd och rekommendationer som är anpassade för er region och som då kan anpassas för just er specifika verksamhet.

Fakta: Hygiensjuksköterska Ann-Sofi Mattsson, Region Örebro län



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 iakttagas 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 brännsår. 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 hudsår. Får ej användas på icke intakt/skadad hud. Dessutom måste direkt kontakt undvikas med nervvävnad och mellanörat. Undvik långvarig hudkontakt med alkoholhaltiga lösningar. Det är viktigt att rätt appliceringsmetod används. Om lösningen har använts alltför rikligt på mycket ömtålig eller känslig hud, kan det uppstå lokala hudreaktioner som exempelvis: hudrodnad eller inflammation, klåda, torr och/eller avflagnande hud och smärta på administreringsstället. Så fort tecken på lokal hudirritation visar sig, måste appliceringen av Chloraprep/ Chloraprep färgad stoppas. Fall av anafylaktisk reaktion har rapporterats under anestesi: Symtom kan vara väsende/svårt att andas, chock, svullnad i ansiktet, nässelutslag eller andra hudutslag. Observera att symtom på anafylaktisk reaktion kan döljas hos en patient under narkos, då en stor del av huden är täckt eller patienten är oförmögen att kommunicera tidiga symtom. Om överkänslighet eller en allergisk reaktion inträffar/misstänks ska behandlingen genast avbrytas. Alla produkter innehållande klorhexidin under anestesi ska tas bort, för att undvika att patienten exponeras för andra klorhexidinnehållande produkter under pågående behandling. Förpackningsstorlekar: Läkemedlet är tillgängligt i volymerna 1 ml, 3 ml, 10,5 ml och 26 ml för ofärgad. Läkemedlet är tillgängligt i volymerna 3 ml, 10,5 ml och 26 ml för färgad. Förpackningsstorlek: 1ml, 60 applikatorer, 3 ml, 10,5ml och 26ml: 25 applikatorer. Senaste översyn av produktresuméer: 2019-08-20. För ytterligare information se www.fass.se

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



Replik till Sterilitet vs miljö

I Uppdukat nr 4 2023 finns att läsa ett inlägg av Anna Nordström och Sandra Kollberg. Med anledning av detta önskar vi replikera.

Tack för att ni tar upp detta viktiga ämne. Det föreligger, som väl framkommer, en klimatkris där världen försöker enas i gemensamma mål. Dock saknas en detaljerad färdplan för hur vi ska nå dit. Region Stockholm har satt mål på Ekologisk hållbarhet och klimatneutralitet till år 2035. Dit är resan garanterat intensiv och krävande. Hälso- och sjukvård står för 20% av den offentliga sektorns klimatpåverkan. Vi som ska förebygga och behandla sjukdom bidrar därmed till ökad sjukdom då dessa ökar redan vid små förändringar i klimatet. Behovet av att skyndsamt agera är enormt. Det kan vi endast göra om vi arbetar ansvarsfullt i våra professioner.



Suzi
Korsner
Borg



Annika
Lundgren
Cronsioe

I artikeln framkommer en medvetenhet om behov att möta klimatomål, men parallellt en stark oro för att patientsäkerheten skulle vara hotad och även en stark oro för operationssjuksköterskans arbetsmiljö. Det bör tas på allvar. Vi hoppas här kunna belysa några aspekter av detta.

Inom vår verksamhet arbetar vi sedan flera år med att systematiskt försöka minska vår klimatpåverkan i ett projekt vi kallar ”Den gröna kvinnokliniken”. Det är ett tvärprofessionellt och evidensbaserat arbete. Vi följer våra operationsresultat via det nationella kvalitetsregistret Gynop, dit alla landets kvinnokliniker rapporterar. (Andra specialiteter har sina register uppbyggda på liknande sätt.) Patientrapporterade komplikationer kommer in i registret centralt från enkäter som skickas ut till alla patienter. Svarefrekvensen är hög. Man kan som enhet inte ”fuska” sig till goda resultat.

I Riksföreningen för operationssjukvårds ”Kompetensbeskrivning Specialistsjuksköterska inom Operationssjukvård” finns operationssjuksköterskans kompetensområden beskrivna. Där står det att operationssjuksköterskan har 1) ansvar för aseptik, 2) att arbeta i samarbete med övriga i teamet, 3) att arbeta evidensbaserat, 4) att arbeta patientsäkert och 5) att arbeta hållbart.

Det är viktigt att förstå att alla i teamet har samma mål

Det är ett missförstånd att det är operationssjuksköterskan som ensam har ansvar för infektionsförebyggande åtgärder. Läkaren på sal, har det övergripande medicinska ansvaret, har planerat patienten och är utbildad för kirurgin i fråga samt är primärt ansvarig ifall undvikbara komplikationer uppstår. Att läkaren skulle vara mindre intresserad av patientsäkerheten är svårt att förstå hur man kan tro. Vi måste arbeta som ett team, förstå att vi önskar nå samma

mål. Vi måste dock syna arbetssätten och arbeta betydligt mer resurseffektivt och hållbart, med samtidig fortsatt systematisk och god uppföljning av patientsäkerheten.

Avseende aseptik är behovet beroende på ingrepp och patient. Om operationsområdet inte är rent, behöver förstås inte heller andra delar av salen vara steril. Vid en titthålsoperation skall det som förs in i patienten vara sterilt men zonen, som behöver hållas helt steril, är mindre än vid öppen operation. Om risken för konvertering är låg behöver den aseptiska zonen inte vara lika stor som vid större konverteringsrisk. Det finns exempel på flera kliniker som arbetar med mindre drapering vid enklare rutiningrepp, och har så gjort i många år, där infektionsfrekvens t.o.m. är lägre än där man, som hos oss, draperar med betydligt större marginal.

I inlägget står att man ändrar etablerade ”rutiner och arbetssätt framtagna för att skydda patient och personal”. Mycket av rutiner och arbetssätt har tillkommit i en tid där vi inte beaktat miljöpåverkan och resursutnyttjande, och utan krav på bevis av dess nytta. Ibland kan man undra hur mycket ekonomiska intressen från industrin snarare styr. Beteendet är vi inte ensamma om i världen och att backa tillbaka bandet visar sig vara svårare. Har vi dessförinnan inte skyddat patient och personal tillräckligt? Men ack så viktigt att vi börjar prata! I artikeln saknas referenser på studier som stärker det som anförs. Vi önskar få dela med oss av några referenser som förhoppningsvis kan öka känslan av trygghet för oss alla ”i såret” och för våra patienter när vi minskar miljöbelastningen. Vi tror på ökat samarbete tvärprofessionellt och vetenskapligt samt med stor respekt för varandras kunskaper. Det borde bidra till en god arbetsmiljö och en bättre värld för kommande generationer. ●

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



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

Performance

Reliably seal thick tissue^{3,4,§,Ω}

Precision

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


Procedural efficiency

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

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

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

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

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

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

**Medtronic
Sverige**

Ny redaktör

Jag heter Sofia Jonsson, är 51 år och har varit operationssjuksköterska i snart 12 år. Som 17-åring fick jag arbete som timanställd inom hemtjänsten. Detta var på 80-talet då det inte var så hårt reglerat. I arbetsuppgifterna ingick det att man bland annat gav de boende medicin från dosett. Man fick också lägga om stora och djupa sår efter en snabb instruktion av en kollega. Där väcktes mitt intresse för vården. Innan jag tog studenten hann jag med att plugga på High school i USA ett år.

Efter studenten åkte jag till Annecy som ligger vid de franska alperna, för att försöka lära mig lite franska. Jag åkte en del skidor, umgicks med vänner, hade roligt i Albertville där vinter-OS (1992) pågick och pluggade lite franska. Hösten 1993 påbörjade jag min utbildning till sjuksköterska.

Sjuksköterskeutbildningen hösten 1993

Jag gick min sjuksköterskeutbildning i Falun och 1996 var jag färdig sjuksköterska med en kandidatexamen. När jag studerade ingick det inte en kandidat. Vår klass var en av de första i Sverige som fick möjlighet att läsa extra på kvällstid för att på så sätt få en kandidatexamen. Detta vara alltså frivilligt för de som ville. Vi instruerades om att det inte var tillåtet att göra en litteraturstudie på kandidatnivå och jag och min kurskamrat som jag skrev ihop med hade turen att ingå i en större studie som en av lärarna på FOU på skolan höll i. Vi gjorde observationer i två veckor samtidigt som vi skrev på vår kandidatuppsats. Som färdig sjuksköterska arbetade jag på en kirurgavdelning på Danderyds sjukhus och inom äldreården.

Specialistutbildning för sjuksköterskor- Intensivvård

När jag sökte specialistutbildningen så fanns det två parallella spår för att ansöka. Ett av dem var för de med kandidatexamen, vilket jag då hade och



Foto: Peo Sjöberg

Sofia Jonsson

därför ett lätt val att göra och då söka en specialistutbildning. Jag hade inga visioner om vilken specialinriktning jag skulle välja och att det blev inriktning mot intensivvård var nog mest en slump. Jag kom in på utbildningen och gick på Karolinska Institutet/Institutionen för omvårdnad, och var färdig intensivvårdssjuksköterska 1998. Jag tog anställning på intensivvården på Karolinska sjukhuset i Solna. Där roterade man mellan intensivvårdsavdelningen och den postoperativa avdelningen då båda avdelningarna tillhörde samma arbetsenhet. När jag fick möjlighet att arbeta på operationsavdelning för rekonstruktiv plastikkirurgi på Karolinska sjukhuset Solna tog jag chansen. I mina arbetsuppgifter ingick att ta emot patienter preoperativt, följa med in på sal och hjälpa till med förberedelser inför sövning och slutligen postoperativt. Det var på denna operationsavdelning jag fick upp ögonen för operationsarbetet. Jag insåg att det var på operationssidan som jag ville vara. Denna fantastiska operationsavdelning och underbara kollegor sporrade mig att söka specialist-sjuksköterskeexamen med inriktning mot operationssjukvård.

Specialistssjuksköterskeexamen med inriktning mot operations-sjukvård

2012 blev jag färdig operationssjuksköterska vid Röda Korsets Högskola. Jag gick en uppdragsutbildning och anställdes på Barnoperation på Astrid Lindgrens barnsjukhus i Stockholm. Jag som aldrig skulle arbeta med barn hade jag tidigare tänkt! Barnoperations verksamhet består av allmän kirurgi inklusive akutkirurgi, urologi, ortopedi, ryggkirurgi, neurokirurgi, plastikkirurgi och ÖNH. Barnoperation ingår i sjukhusets traumaberedskap och har även ett nära samarbete med ECMO-centrum. Då en stor del av ingreppen är akuta har vi verksamhet dygnet runt.

Hösten 2016 tackade jag ja till att bli utbildningsledare på Barnoperation. Tillsammans med min dåvarande chef Irini Antoniadou och Anneli Nilsson (vid denna period arbetade Anneli som utbildningsledare på Barnoperation i Lund) drev vi en kurs på avancerad nivå inom pediatrik perioperativ operationssjukvård 15 hp i samarbete med Institutionen för kvinnors och barns hälsa (KBH) vid Karolinska institutet. Kursen gavs två omgångar och en tredje var planerad att genomföras hösten 2022 men det blev tyvärr inte så.

Som utbildningsledare på Barnoperation har jag förmånen att få arbeta tillsammans med andra utbildningsledare inom vårt så kallade Tema- BarnPMI där utbildningsledare på Barnanestesi, Barnoperation i Huddinge, Barnuppväket och dagoperation Barn ingår. Tillsammans utformar vi våra gemensamma utbildningsdagar, innehåll i årshjul för verksamheten samt workshops. Vi ingår även i Astrid Lindgrens barnsjukhus nätverk för utbildningsledare där vi tillsammans tar fram tex. Gemensamma introduktionsprogram för nyanställda inom barnsjukvård.

Ett annat nätverk som vi har är det som de fyra barnsjukhusen i Sverige (Stockholm, Uppsala, Göteborg och Lund) består av. I nätverket ingår de som arbetar på Barnoperation/ anesthesin och uppvaket. De olika Barnsjukhusen turas om att ansvara för en nätverksträff/år.

I år är det Stockholms tur att stå som värd och då är jag med och ansvarar för innehållet i programmet. Hösten 2020 fick jag möjlighet att ingå i ett Erasmus-projekt där vi tillsammans med andra europeiska partners arbetat med en digital lärplattform (www.MYORCO.eu). På denna lärplattform finns det ungefär hundra pedagogiska videos inom basal perioperativ omvårdnad. Även ungefär 200 bilder på kirurgiska instrument och beskrivning över användningsområden finns på lärplattformen. MYORCO är till för att stödja specialiststudenter inom operation och anestesijukvård och de som är nya i yrket men kan även användas av de som behöver uppdatera sig inom olika kirurgiska specialiteter. Lärplattformen kan också användas

av chefer och utbildningsledare för att stödja/stärka kunskapsutvecklingen för nyanställda specialistsjuksköterskor, operation/anestesi, samt skapa ett eget digitalt rum för sitt team med lokalt verksamhetsinnehåll.

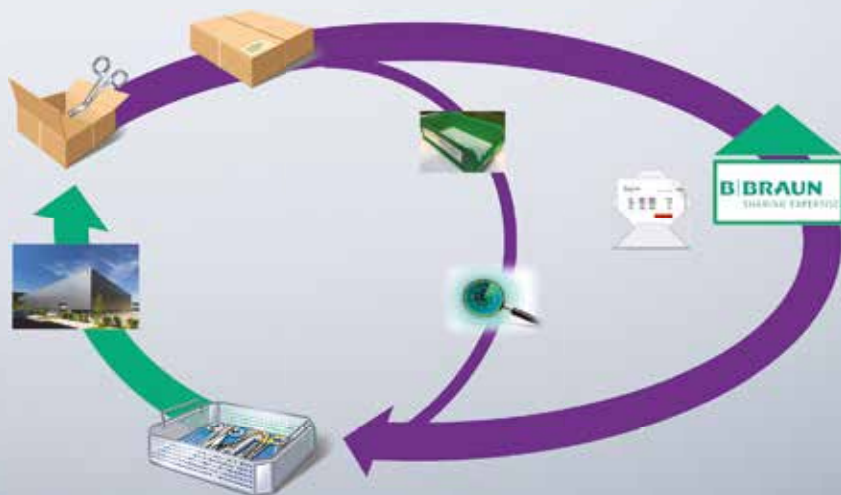
För Sveriges del ingick jag i projektgruppen tillsammans med Janet Mattsson och Irini Antoniadou som var projektledare för Sveriges räkning. Vi har bidragit till projektmålet i sin helhet men även specifikt beskrivit och definierat den pediatrika perioperativa omvårdnaden. Lärplattformen var klar ht 2023 men lite arbete med promotion och workshops för implementering är kvar att göra. Ni kan läsa om projektet MYORCO i tidigare nummer av Uppdukat. Gå gärna in på MYORCOs hemsida och bekanta er med den om ni inte hunnit göra det ännu. Att få vara med i projekt som stärker kompetensutveckling och patientsäkerhet är meningsfullt och väldigt roligt och jag har lärt mig väldigt mycket av det.

Arbete inom vården

Jag har arbetat inom vården i 28 år. Jag träffar fortfarande en del av mina kurskamrater från grundutbildningen i Falun och jag tror att de flesta har stannat i vården. Att så många stannat i vården måste väl betyda att vi vet att vi gör skillnad för sjukvården och patienterna. Jag trivs som bäst när jag får arbeta i team för att tillsammans bl.a. skapa förutsättningar/möjligheter för en god och säker vård för våra patienter.

Ny som redaktör

Jag fick frågan precis innan riksföreningens höstkongress 2023 om att vara med som redaktör i Uppdukat. Jag tackar som ödmjukast för förtroendet och ska göra mitt bästa för att vara med och bidra till vår fantastiska professionstidning Uppdukat. ●



AESCULAP® REvolution

Nästa generations instrumentservice

- Servade instrument på plats inom 2-3 dagar
- Lasermärkning med spårbarhet enligt MDR
- Oavsett skick har alla defekta instrument på sjukhuset ett värde
- Webbaserad plattform

www.bbraun.se | 08-634 34 00

B | BRAUN
SHARING EXPERTISE

HYGIENFORUM

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 ett tillfälle för reflektion, lärande och nätverkande i teamarbetet som behövs för att minska risken för vårdrelaterade infektioner inom operations-sjukvården. Forumet är öppet för alla med intresse för vårdrelaterade hygienfrågor fast vänder sig främst till Dig som arbetar inom operationssjukvård och vårdhygien. Vi fortsätter med nyheten från ifjol med rundabordsdialog. Vi inleder med aktuella frågeställningar och du får själv möjlighet att samtala med andra deltagare och experter i mindre grupper.

Tid och Plats

Torsdag och fredag den 23 - 24 maj 2024 på Stockholm Waterfront Congress Centre. Programmet startar på torsdag med utställningsbesök kl. 08.30 - 10.00 och avslutas kl. 15.30 på fredagen.

Registrering

Torsdag den 23 maj kl. 08.30 – 10.00.

Anmälan

Anmälan görs på rfop.se under utbildning och evenemang eller via QR-koden. Sista anmälningsdag är den 12 april 2024, därefter i mån av plats. Bekräftelse om deltagande skickas direkt till den e-postadress som anges i anmälan. Viktigt att korrekt e-postadress anges.

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

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

Boende

Deltagare bokar själv sitt boende.

Frågor

Angående anmälan och betalning kontakta: rfkongress@mittkompetens.se

Deltagaravgift

Medlem två dagar

4 975 kr exkl. moms.

Medlem en dag

3 250 kr exkl. moms.

Icke medlem två dagar

6 475 kr exkl. moms.

Icke medlem en dag

5 750 exkl. moms.

Posterutställare

4 500 kr exkl. moms.

Föreläsare

Deltar endast under sin föreläsningdag 0 Kr

Deltar båda dagarna 2 150 kr exkl moms.

Studerandemedlem

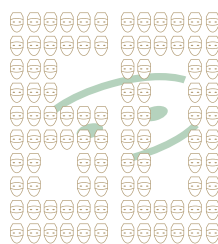
1 900 kr inkl. moms.

Pensionärer

1 500 kr inkl. moms.

Var noga med att ange korrekt fakturaadress samt kostnadsställe i Din anmälan.

1964-2024



Riksföreningen för
operationssjukvård

Anmäl er här



Program

Torsdag 23 maj 2024

Tid	Föreläsning
08.30	Registrering, Utställning och kaffebuffé
10.00	Välkomna. Riksföreningen för operations- sjukvård 60-år –en historisk resa
10.20	Från Florence till Vägledning för vård- hygieniskt arbete. Ett historiskt perspektiv på det smittförebyggande arbetet och dess konsekvenser i Sverige. Susanne Wiklund
10.50	Instrumentvård – vad gör vi, vad får vi Karin Åberg
11.30	Utställning och lunch
12.55	Hygien, luftkvalitet och utformning av högteknologiska vårdmiljöer Sture Gustavsson, Carl Christiansen och Eva Ek
13.40	Realtidsmätning av biopartiklar i operationsrum Lise-Lott Larsson
14.20	Utställning och kaffe
14.50	Materialslitage av invasiva medicin- tekniska produkter- betydelse för patientsäkerheten Gunilla Björling
15.30	Hur säkerställer vi renhet i vårdens lokaler? Pelle Gustafsson
16.30	Utställningen och mingel

Fredag 24 maj 2024

Tid	Föreläsning
08.00	STRAMA – klok användning av antibiotika minskar risken för resistensutveckling Annika Hahlin
08.40	Kläders betydelse för den luftburna mikrobiologisk renheten i en operationssal Catinka Ullman
09.30	Utställning och kaffe
10.30	Ledprotesinfektion ur klinikerns perspektiv Staffan Tevell
11.10	Rundabordsdialog med aktuella Hygienfrågor samt kaffe Anna-Karin Blom och Maria Qvistgaard
12.00	Utställning och lunch
13.00	Återsamling reflektion från rundabordsdialog
13.30	Andrée-expeditionen - att lösa en gåta Bea Uusma
15.30	Avslutning





Porträttet

Monica Kolvered

Mitt namn är Monica Kelvered, jag är 72 år och har just i dagarna avslutat min tjänst som universitetsadjunkt vid Göteborgs universitet och Institutionen för vårdvetenskap och hälsa. Jag har haft förmånen att följa utvecklingen inom operationssjukvården sedan 1970-talet. När jag var 18 år berättade en släkting för mig hur intressant arbetet var som sjuksköterska. Hon var själv sjuksköterska och operationssjuksköterska. Vid ett tillfälle fick jag följa med henne till en operationsavdelning och på en rundvandring fick jag kika in i en operationssal under en pågående operation; jag kände då att det var en häftig och spännande miljö. Alla på operationssalen var så fokuserade i sitt arbete runt patienten. Där väcktes mitt intresse för vårddyrket. Det var brist på sjuksköterskor under den här tiden, så valet för mig var inte så svårt då jag såg arbetsmöjligheter i att utbilda mig till sjuksköterska. Jag sökte in till Skaraborgs sjuksköterskeskola i Lidköping och tog sjuksköterskeexamen i december 1972.

Efter examen i Lidköping flyttade jag tillbaka till Trollhättan där jag är uppväxt. Jag fick min första anställning som sjuksköterska på bemanningen på Vänersborgs lasarett. Där arbetade jag med allt ifrån kirurgi-, BB, gyn-, till intensiv- och postoperativa avdelningen. Det var en intensiv tid men mycket lärorik. När jag var på den postoperativa avdelningen hade jag möjlighet att vara med på en del kirurgiska ingrepp. Då tyckte jag att arbetet med anestesi verkade mer intressant än arbetet i operationsfältet. Min tanke var därför först att utbilda mig till anestesisjuksköterska. Då det var brist på anestesisjuksköterskor, sökte dåvarande överläkare om dispens hos Socialstyrelsen för att jag skulle få arbeta som anestesisjuksköterska. Så det blev en tid på anestesisidan också. Men ödet ville annat då jag i januari 1975 blev antagen och påbörjade den ettåriga vidareutbildningen inom operationssjukvård vid Sahlgrenska sjuksköterskeskola, Vårdskoleförbundet.

Det fanns inte någon tillgång till kliniskt träningscenter (KTC) så som studen-

terna har det idag. Vi fick därför lära oss mycket av kunskapen om operationssjukvård, assistering, instrumentering och ”pass på sal” under vår kliniska praktik. Någon examination av praktiktiden kommer jag inte ihåg att vi hade, utan det gällde mest att vi hade genomfört antalet veckor enligt studieplanen.

Under min utbildningstid fick jag lära mig att sterildrapera med tyg. Det skulle vara fyra lager tyg som skulle läggas på. Använde vi två lager tyg så skulle det finnas en plastduk emellan så att det blev en barriär mot patientens hud. Tyget skulle sedan fästas med handduksklämma för att hålla ihop runt operationssåret. Efter jag arbetat som operationssjuksköterska en tid presenterades engångsmaterial som började användas mer och mer i arbetet med sterildrapering. Det underlättade väldigt mycket då det nu fanns möjlighet att klistra på materialet på patientens hud. Jag minns även hur vi ”trädde” suturtråden på nålarna manuellt. Nålarna rengjordes efter användning och lades i en liten ask med steriliseringsvätska där de låg tills de skulle användas igen. Operationsdukarna har också förändrats från att ha varit tillverkade i bomull till senare ersättas med materialet non-woven som ansågs mer vävnadsvänligt.

Vårdlärarutbildning

Efter min vidareutbildning i operationssjukvård fick jag 1976 anställning på kvinnoklinikens operationsavdelning på Sahlgrenska sjukhuset i Göteborg. En dag sa en av operationskollegerna: ”Nu ska vi söka till vårdlärarutbildningen vid Vårdlärarinstitutionen (VLI) i Mölndal”. Sagt och gjort! Jag kom in och studerade vårdpedagogik i 1,5 år och blev färdig vårdlärare 1981. Tanken var att vi skulle arbeta på någon av de gymnasieskolor som hade omvårdnadsprogrammet. Under tiden på VLI fick vi inslag av vetenskapsteori och forskning inom vårdpedagogik. Jag minns att vi alla undrade till vilken nytta forskningen skulle vara då vi skulle bli vårdlärare. Nu efter alla yrkesverksamma år är jag glad att jag fick kunskapen om vetenskap och forskning med mig i mitt bagage i arbetet som universitetsadjunkt. Jag

har verkligen trivts med att ha utbildat mig till operationssjuksköterska. Att dessutom sedan utbilda mig till vårdpedagog och få arbeta i många år att utbilda operationssjuksköterskor har varit fantastiskt roligt. Det blev ca 40 år på samma arbetsplats men under olika huvudmän.

På 1990-talet läste jag en 1,5 årig utbildning i Omvårdnadshandledning för sjuksköterskor. Jag har haft stor nytta och användning av det innehåll som gavs i programmet inte minst då jag år 2015 fick ett tjänsteuppdrag som VFU (verksamhetsförlagd utbildning) samordnare för flera programs VFU-planering. Jag var VFU-koordinator för specialistutbildningen i operation, anestesi och intensivvård och de senaste åren för studenter inom alla kurser i röntgensjuksköterskeprogrammet. Jag tror att det är viktigt att studenter blir förberedda i praktisk kunskap inne på lärosätet innan deras VFU-perioder. Jag har därför haft möjligheten att under många år arbeta med studenter på olika nivåer genom att ha KTC-övningar i operationssjukvård.

Ett annat tjänsteuppdrag jag hade var att arbeta som uppdragskoordinator för Institutionen för vårdvetenskap och hälsa. Jag fick då möjligheten att inom ramen för min tjänst utveckla flera kurser inom olika ämnen och i samarbete med uppdragsgivare. Detta arbete innebar att jag hade kontakter med verksamheter och företag, för att i samarbete utveckla kurser och kursplaner som var speciellt riktade mot uppdragsgivaren. Jag trivdes mycket bra med uppdraget som jag var tvungen att avsluta då jag gick i pension.

Under de år då jag har arbetat med studenterna i operationsutbildningen har det förekommit olika diskussioner att förändra operationsutbildningen för att möta bristen på operationssjuksköterskor. Det har diskuterats nya kortare utbildningar, ny förlängd specialistutbildning, nytt innehåll i utbildningen och nu det senaste ett nytt yrke med titeln operationstekniker. Jag vill nämna att jag känner en stolthet över dagens operationssjuksköterska som är välut-



Monica Kelvered

bildad, har kunskaper i sitt ämne, att arbeta i team och är vetenskapligt skolad. Jag har märkt när jag varit och examinerat studenter ute i verksamheten, att diskussionerna i operationssalen under åren förändrats. Operationssjuksköterskor diskuterar idag mer vetenskapliga resultat med läkarna. Jag upplever att det är ett team som arbetar runt den kirurgiska patienten där teamet utför ett patientsäkert och professionellt arbete.

Hedersmedlem

Jag har varit medlem i Riksföreningen i operationssjukvård (RFop) sedan 1980-talet. Jag ansåg tidigt att det var viktigt, dels som operationssjuksköterska, dels som lärare inom operationssjukvård. Jag vill verkligen understryka att RFop är ett stöd för operationssjuksköterskan i olika sammanhang. Jag har även själv varit aktiv i RFop på olika sätt och har genom åren varit distriktsamordnare, redaktör och suttit i kvalitetsrådet. År 2019 fick jag utmärkelsen hedersmedlem i Riksföreningen för operationssjukvård. Jag är oerhört stolt över att ha fått denna utnämning. Nu när Riksföreningen för operationssjukvård fyller 60 år så känns titeln som hedersmedlem mycket ärofylld och att ännu få vara med i sammanhanget för att ibland bidra med tankar om olika saker utifrån den erfarenhet jag har.

Till dig som är student i specialistutbildningen till operationssköterska vill jag rekommendera att ta med de kunskaper du har från ditt arbete som sjuksköterska och förmedla och diskutera dessa med dina nya blivande kollegor

inom operation. Till dig som nyligen är utbildad operationssjuksköterska vill jag rekommendera att vara "nyfiken" och att fördjupa din kunskap inom den specialitet som du startar ditt arbete inom. Till dig som arbetat en längre tid som operationssjuksköterska rekommenderar jag att börja tänka "gräva där man står". Med det menar jag att du ska fundera på vad du behöver som operationssjuksköterska i kunskaper när du arbetar på den avdelning du befinner dig på. Sen är det aldrig fel att fortsätta utbilda sig, läsa intressanta kurser och samla ihop högskolepoäng.

Jag vill passa på att rikta en hälsning och ett stort varmt tack till alla er studenter, operationssjuksköterskor, kollegor, chefer, styrelsen i RFop samt andra som jag träffat under åren. När jag nu gått i pension och avslutat mitt yrkesliv och när jag tänker tillbaka, så har jag verkligen haft ett intressant och minnesvärt yrkesliv. Det har varit oerhört intressant och stimulerande att ha fått medverka i att förmedla kunskap inom operationssjukvården och perioperativ vård. ●

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

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

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



Halton

www.halton.com

Låt patienter vara patienter

Personcentrerad vård i alla äramen platsar den verkliga överallt? En vård som ska ske i samråd och samförstånd med en person och dess anhöriga. Vem är ens personen, jaha det är patienten. Vi ska eftersträva en personcentrerad vård men när begreppet sedan används talar vi ändå om patienten, för tydlighetens skull...vore det då inte bättre att bara tala om patientcentrerad vård? För tydlighetens skull. Varför ska vi tvinga in något i ett fack där det inte passar. Varför ska vi titta på ens persons resurser tills vi blir blinda för dennes behov?

Från sjukdom- till patient- vidare till dagens moderna uttryck *personcentrerad vård*. Vi har från 1800-talet gått ifrån en paternalistiskt styrd sjukvård till en holistisk syn på en persons hälsa. I stället för att sjukdomen stod i centrum placerade vi patienten i centrum. Vi började ta hänsyn till personerna som var i behov av vård.

Här någonstans exploderar omvårdnadsteoriernas vara och sjuksköterskan hittar sin nisch. Vi såg till att läkarna såg längre än till sjukdomstillståndet, vi vurmade för bemötandet och upplevelsen av vården där en persons behov fick vara grunden till vårdplanen. Vi såg till att vi tog hand om människorna inte bara botade eller kurerade sjukdomar. Vi förstod att vara mycket försiktiga i den ojämna maktbalansen som rådde mellan vårdpersonal och personer som behövde vård, vi blev också stöttepelare med tydlig riktning.

Då kom någon på att ”vi kanske kan ta det ett steg längre” vi utvecklar ett nytt begrepp. *Personcentrerad vård*. Där ideallet främst tittar på personers resurser i stället för behov. För behov är dåligt... eller? Vi har lite svårt att hålla reda på vem personen är så vi fortsätter kalla

personerna som behöver(!) vård för patient...för tydlighetens skull. Men kan det hända att vi drog det för långt i vår strävan efter att leva upp till nutida pedagogiskt begrepp? Vad var egentligen fel på det patientcenterade synsättet?

Nu har sjukvården rådigt total förlust av auktoritet. Vi efterfrågar att personen, eller patienten eller jag menar personen och dess anhöriga ska berätta om vilka resurser som finns och vilken vård de önskar. Patienter, eller personer upplever sjukvården som otydlig och riktninglös. De googlar och ställer orimliga krav. Vi har egentligen inga svar för *Kunden har ju alltid rätt...Nej, vänta nu!* Är det där skon klämmer? I vår strävan efter att bejaka personerna som söker vård för att berätta om vad de är bra på har vi skapat ett kundperspektiv där konsumentefterfrågan har blivit viktigare än den vetenskap och beprövad erfarenhet som ligger till grund för sjukvården. Dit personer en gång sökte sig för att få hjälp inte för att bli tillfredsställda.

Personcentrerad vård som begrepp bär såklart inte ensamt skulden för den svenska sjukvårdens förfall utan liksom skolreformen på 80-talet där skolan kommunaliserades så tappade vården det när marknaden började styra. Kanske är statlig vård en lösning på problemet? Ätminstone att vi ska våga vara en auktoritet som kan peka med hela handen i den riktning som enligt senaste rön är den bästa. Därmed inte sagt att patientperspektivet inte ska bejakas men det kan bejakas via större forum som patientföreningar.

Varför är det inte okej att vara en person i behov av hjälp. En patient. Att erkänna ett maktförhållande där sjukvårdens förhållningssätt måste vara ytterst delikat för att inte skada. Söker personer någonsin sjukvård utan att

vara i behov av den? Föredrar personer, patienter, ens att berätta om sina resurser i stället för behov när de söker sjukvård?

Hur ska vi i operationsvärlden hantera begreppet personcentrerad vård? Ska vi fortsätta låtsas att vi har långa preoperativa samtal med personerna som ska opereras där vi pratar med dem och deras anhöriga om vilka resurser personen har, eller är det viktigast för oss att snabbt göra en bedömning och diagnosticering om vilka behov som föreligger för att personen skall få en så pass bra operation som möjligt.

I vår vilja att mena väl drar vi ofta saker för långt som att bemöta oönskade beteenden med lågaffektiva metoder, ibland måste man faktiskt ryta i och sätta ner foten. Ibland är nog nog och nu får det banne mig vara nog! Låt patienter vara patienter. Har aldrig hört en patient motsätta sig just det begreppet, de önskar också tydlighet, någon som guidar dem genom mörkret som är trygga i sin befattning och som inte viker för absurda önskemål. Vissa relationer i samhället skall inte vara jämlika utan bygga på en ojämn maktbalans där de bästa inom professionen är de som kan hantera balansen på ett delikat sätt. ●



Marie-Therése Crafoord



Redaktionen vill uppmärksamma en nyligen publicerad avhandling av loperationssjuksköterskan Marie-Therése Crafoord. Marie-Therése försvarade torsdagen den 21 september 2023 sin avhandling *Individualised care for patients with breast or prostate cancer aided by an interactive app: a frame of process evaluation* vid Karolinska Institutet, institutionen för Neurobiologi, vårdvetenskap och samhälle.

Opponent:

Professor Lars Wallin från Dalarnas Universitet, Institutionen för hälsa och välfärd, avdelningen för omvårdnad

Huvudhandledare:

Professor Ann Langius-Eklöf, Karolinska Institutet, Neurobiologi, vårdvetenskap och samhälle, avdelningen för omvårdnad

Examinator:

Professor Åsa Cajander, Uppsala universitet, Institutionen för informationsteknologi Avdelningen för information och interaktion

Patienter som genomgår behandling för bröst- eller prostatacancer upplever en rad olika symtom till följd av deras behandling. Genom att via en app (ePROs) rapportera sina symtom till sjukvården, kan dessa patienter få snabbare hjälp och upplever en lägre nivå av symtom. Tidigare studier visar att en interaktiv app (Interaktor) minskar patienters upplevelser av symtom och ökar deras känsla av att få sina behov tillgodosedda. Syftet med avhandlingen var att undersöka värdet av att implementera ePRO vid klinisk behandling både ur ett patientperspektiv och ett hälsoekonomiskt perspektiv.

I två randomiserade kontrollerade studier samlades kvalitativa och kvantitativa data in för att jämföra resultatet mellan kontrollgruppen och gruppen som erhöll interventionen. 149 patienter

ter med bröstcancer under behandling med kemoterapi, och 150 patienter med prostatacancer under strålbehandling randomiserades till vård med eller utan interventionen. Appen, som beskrivs i avhandlingen, skapades så att patienter kan rapportera sina symtom och oro till sjukvården och snabbt erhålla stöd och råd. Appen innehåller komponenter som daglig rapportering av symtom och oro, varningar till sjuksköterskor om symtom med akuta risker, grafer så att patienter själva kan följa sina symtom och råd om egenvård. Informationen i appen har övervakats av en sjuksköterska, som via telefon kontaktat patienter med allvarliga symtom.

Resultatet i avhandlingen visar att 83 % av deltagarna dagligen rapporterade symtom i appen och följde egenvårdsråden. Patienterna upplevde att appen var enkel att använda, och upplevde en trygghet i vetskapen om att en sjukskö-

terska skulle kontakta dem vid allvarliga symtom.

För patienter med bröstcancer visar avhandlingen ingen skillnad mellan gruppen som erhöll interventionen och kontrollgruppen vad avser upplevelsen av individualiserad vård eller hur de tillgodojorde sig hälsokunskap. För patienter som behandlades för prostatacancer rapporterade gruppen som använde appen en högre upplevd känsla av individualiserad vård, och en ökad förmåga att söka och förstå hälsoinformation.

Resultatet i avhandlingen visar att alla patienter som genomgår en behandling för bröst- eller prostatacancer har en lägre livskvalité, men att gruppen som använde appen hade en högre QALY (quality-adjusted-life-years) jämfört med kontrollgruppen. Resultatet visar att interventionen var kostnadseffektiv för patienter med prostatacancer avse-

ende kostnaden för all sjukvård. Kostnaden för sjukvård varierade stort mellan grupperna. Patienter med bröstcancer som använde appen hade flera sjukvårdsbesök till följd av feber, gruppen med prostatacancer som använde appen hade färre akuta sjukvårdsbesök.

Marie-Therésés avhandling bidrar med viktig kunskap om hur patienters upplevelser av egenmakt i vården kan förbättras. Genom att använda appar kan vården kostnadseffektiviseras, och patienter upplever en mera individualiserad vård. Kunskapen som Marie-Therésés avhandling ger visar att den perioperativa vården kan förbättras genom att använda ePRO som ett komplement till den traditionella vården. ●

Vill du veta mer om avhandlingen och dess innehåll kan du kontakta Marie-Therése Crafoord på: marie.therese.crafoord@ki.se

Avhandlingen kan i sin helhet sökas via eller skanna QR-koden till höger:

https://openarchive.ki.se/xmlui/handle/10616/48712?pk_vid=bc2b86d5901b373716973535893e5563



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

Att välja att stanna kvar, en kvalitativ intervjustudie med fokusgrupper

Vad kan avgöra att specialistsjuksköterskor inom anesthesi- och operationssjukvård stannar kvar på samma arbetsplats under en längre tid?

Regionerna står inför ett stort problem med brist av specialistsjuksköterskor och svårighet att behålla kompetens för att klara framtidens utmaningar. Bristen på specialistsjuksköterskor inom anesthesi- och operationssjukvård kan bli kostsamt och ett stort problem då många planerade operationer ställs in och patienter drabbas. Det tycks finnas ett gap mellan den högre styrningen inom regionerna och den verksamhetsnära styrningen i hur kompetensförsörjningen ska lösas i det korta och långa perspektivet.

Syftet med studien var att undersöka vilka faktorer som kan påverka specialistsjuksköterskor att välja att stanna kvar inom anesthesi och operationssjukvården. Därigenom öka kunskapen om vad som

behöver göras för att förbättra förutsättningarna att klara kompetensförsörjningen i framtiden. Utifrån syfte och frågeställningar genomfördes kvalitativa fokusgruppsintervjuer på fem olika operationsenheter i tre olika regioner.

Efter analys och bearbetning av fokusgruppsintervjuerna visar ett resultat där olika kategorier kan ringas in som viktiga för att få specialistsjuksköterskor inom anesthesi och operation att välja att stanna kvar på samma arbetsplats under en längre tid. Resultatet presenteras i 5 kategorier och 14 underkategorier i tabell 2.

Ledarskap med lyhördhet

I resultatet inkluderades ledarskap med lyhördheten och det individuella bemötandet samt att ledaren, både den formella och den informella, förmedlade och delgav trygghet till arbetsgruppen. Både formellt och informellt ledarskap hade betydelse för arbetsplatserna, att få uppskattning och stöd för sitt arbete

hade också stor betydelse för att specialistsjuksköterskor skulle stanna kvar på sin arbetsplats. Chefen och ledaren behöver möta medarbetaren individuellt och se denna där den befinner sig. Resultatet i studien visade vikten av att alltid ha en kollega att fråga och som tar sig tid att svara på frågor.

Medarbetarskapet byggde på ett engagemang, att det fanns kunskap och erfarenhet och att medarbetarna kände tillit. Det måste finnas en vilja i att arbeta i team och att vilja dela med sig av erfarenheter och kunskap samt att det finns en acceptans för varandras olikheter och att dessa används som styrkor, det framkom tydligt i alla fem fokusgruppsintervjuerna. Informanterna framhöll ett flertal gånger att få arbeta i fungerande team gav en positiv arbetsmiljö. Resultatet visade att tilliten ledde till positiva spiraler som skapade trygghet och stabilitet i arbetsgruppen.

Resultatet hållbarhet innehöll att det måste finnas utrymme både för utbildning och vidareutveckling inom och utanför organisationen. Informanterna tog upp behållningen av att ha ett kort möte för att skapa gemensam målbild eller dela viktig information och kunskap. Dessa så kallade micromöten kunde variera i tid från kort, på ett par minuter upp till en halvtimme, beroende på när det hållits och vilket syfte det hade. På micromöten delade kollegor med sig av olika erfarenheter och kunskaper inom sitt specialområde. Enligt författarna var dessa micromöten en enkel åtgärd för utbildning och vidareutveckling både personligt och för verksamheten.

Professionell utveckling

Den professionella utvecklingen var viktig för både medarbetaren och organisationen. Lärandeprocessen från

Tabell 2

Huvudkategorier	Underkategorier
Ledarskap	<ul style="list-style-type: none"> Formellt Informellt
Medarbetarskap	<ul style="list-style-type: none"> Engagemang Kunskap och erfarenhet Tillit
Hållbarhet	<ul style="list-style-type: none"> Lärande Utveckling Inskolning Variationer
Stämning	<ul style="list-style-type: none"> Kultur Aktiviteter
Organisation	<ul style="list-style-type: none"> Fysiskt Organisatorisk Utmaning för hållbar organisation

inskolning till fortbildning måste ske kontinuerligt, strukturerat och planerat. Hållbarhet i organisationen berikades av variation i arbetsuppgifter och arbetsinnehåll. Informanterna betonade i alla fem fokusgruppsintervjuerna vikten av en bra inskolning oavsett om du kommer som ny eller som kommer som ny med erfarenhet från yrket. Detta blev författarna positivt överraskade av och det har inte fram kommit i tidigare studier som författarna läst.

Resultaten visade att stämningen på en arbetsplats hade en stor påverkan för att få medarbetare att stanna kvar. Stämningen var beroende av vilken kultur som rådde och påverkades av aktiviteter som utfördes i form av värdegrundsarbete men också glädje- och samhörighetskapande aktiviteter. Organisatoriska faktorer som påverkade var hur schema var, hur många personer som tjänstgjorde samtidigt och vilket utrymme det fanns för fortbildning, utveckling och administrativt arbete. I resultatet framkom det att arbeta kliniskt varje dag var tufft och fysiskt jobbigt och att det kunde vara risk att många inte orkade stanna kvar. Risken att inte orka arbeta fram till förväntad pensionsålder var en faktor som inte belystes djupare i denna undersökning men som skulle kunnat fångats in genom följdfrågor vid intervjuerna. Författarna medger att det var en svaghet att ämnet inte belysts ytterligare.

Resultatet visade att arbetsgivaren behövde anpassa ersättningar och tjänstgöringsgrader samt arbeta för att höja statusen för arbete inom anestesi och operationsverksamhet. Informanterna beskrev vikten av ett bra ledarskap och en bra chef som ser och bekräftar medarbetarna. En möjlighet att kunna växla mellan lättare och tyngre mer krävande arbetsuppgifter lyftes som stimulerande och ökade viljan att stanna kvar på arbetsplatsen enligt de tillfrågade informanterna.

Förbättra arbetsmiljön

Informanterna i denna studie belyste vikten av de förebyggande åtgärderna för att förbättra arbetsmiljön, både ur ett fysiskt och ur ett psykosocialt perspektiv. En intressant iakttagelse som författarna uppmärksammade vid analysen var att många nämnde att de gav och tog i en arbetsgrupp och att detta byggde på kamratskap, tillit och en känsla av samhörighet.



Veronica Dahlgren och Anna-Karin Jonsson Sihlén

Utifrån författarnas förförståelse som vårdenhetschefer inom liknande verksamheter var en del av dessa fynd i likhet med det som medarbetare på egna arbetsplatser beskriver. Författarna menade att studien kan komma att användas som ett underlag för att påverka för att förbättra möjligheterna att rekrytera och behålla specialistsjuksköterskor.

Författarnas slutsats var att det inte var en faktor som påverkade utan det fanns många faktorer som påverkade och samverkade varför specialistsjuksköterskor inom anestesi- och operationssjukvård valde att stanna kvar. Att arbetsgivaren kunde erbjuda en bra arbetsmiljö där det fanns möjlighet till flexibla arbetstider och möjlighet till utveckling var viktiga faktorer samt att det fanns utrymme för variation i arbetet. Resultatet pekade på att den närvarande chefen var viktig och att denne också fick förutsättningar till att möta medarbetarna där de var och kunde ge utrymme för utveckling utifrån individens behov och önskemål hade en stor påverkan.

Rekommendation för kommande studier kan vara att undersöka första linjens chefers förutsättningar att uppfylla de framkomna faktorerna. ●

Referenser:

Ahlstedt, C., Eriksson Lindvall, C., Holmström, I. K. & Muntlin Athlin, Å. (2019). What makes registered nurses remain in work? An ethnographic study. *International Journal of Nursing Studies*. Volume 89 (2019) 32 -38. doi: [org/10.1016/j.ijnurstu.2018.09.008](https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2018.09.008).

Lögde, A., Rudolfsson, G., Runesson Broberg, R., Rask- Andersen, A., Wälinder, R. & Arakelian, E. (2018). I am quitting my job. Specialist nurses in perioperative context and their experiences of the process and reasons to quit their job. *International Journal for Quality in Health Care*, 2018, 30 (4), 313 -320. doi: [10.1093/intqhc/mzy023](https://doi.org/10.1093/intqhc/mzy023)

Arakelian, E., Rudolfsson, G., Rask-Andersen, A., Runesson-Broberg, R. & Wälinder, R. (2018). I Stay – Swedish Specialist Nurses in the Perioperative Context and Their Reasons to Stay at Their Workplace. *Journal of PeriAnesthesia Nursing*, vol 34, No 3(June), 2019:pp 633-644. <https://doi.org/10.1016/j.jopan.2018.06.095>.

Yoon, J. E., Cho, O.-H. (2022). Intention to stay in specialist trauma nurses: Relationship with role conflict, stress, and organizational support. *Journal of Trauma Nursing*, 29(1), 21-28. <https://doi.org/10.1097/JTN.0000000000000628>

Sjuksköterskan inom operationssjuksköterskan

Del 2

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 Florence Nightingale.



Ida Jean Orlando

Teoriens värde ligger i att personer redan har trampat upp stigarna som vi som vårdpersonal går på. Varje nyut-examinerad 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. I förra numret kunde vi läsa om betydelsen av Ida Jean Orlandos omvårdnadsprocess och AORNas perioperativa omvårdnadsmodell för operationssjuksköterskan.

Teorier som har några år på nacken men som fortfarande håller för vårt arbete och som i mångt och mycket har byggt vårt yrke. Idag sträcker vi oss längre bak i historien.

Florence Nightingale

Florence Nightingale har länge varit en ikon för sjuksköterskeyrket och har i rampljuset både hunnit blivit missförstådd, hyllad, misskrediterad och fått upprättelse men trots att hon är erkänd missar vi ofta att använda hennes teori explicit. Det kan vara på grund av att hennes inflytande har gjort vad sjuksköterskeyrket är idag och man anser att hennes tankar är såpass implementerade att teorin är inbakad i själva yrkesutövningen. Till exempel så är hon upphovsmakaren till att dra in ren luft på ett ställe samt vädra ut oren på ett annat, lika med vatten. Det är hon som uppfann paviljongdesignen där flera olika byggnader kopplas ihop med täckta gångar. En stil som kommit att användas av flera typer av institutioner som tex fängelser och som fortfarande används på sjukhus runt hela världen. Men inte minst är hon den som såg till att sjuksköterskorna blev utbildade i sitt yrke då hon startade den första sjuksköterskeutbildningen.

Tänkvärt är hennes ord om läkning. Det är en process som varken kirurgi eller medicin regerar över, de kan endast åtgärda orsaken för patologin medan naturen styr över läkeprocessen. Sjuksköterskans huvudsakliga uppgift blir då att hålla personen i så gott skick som möj-



Florence Nightingale

ligt för naturen att läka såret. Ett halvt sekel tillbringade hon med att utveckla utbildning, sjukvård och samhällsstrukturer alla med målet att främja hälsa och förebygga ohälsa. Ur hennes arbete med hälsofrämjande hus (eg. Health of houses) för att förebygga ohälsa går det att plocka ut några essentiella element (Nightingale, 1969).

Element som alla är viktiga för sjukvården i stort och i synnerhet för operationssjukvården. Även om lokaler hade en enklare utformning då än idag är de fortfarande högaktuella. Då fanns det lokaler med eller utan fönster och med eller utan eldstad och skorsten. Både fönstret och skorstenen fyllde en funktion för draget, alltså luftströmmen där



Florence Nightingales miljöteori innehåller några essentiella komponenter som består än idag, för sjukvården i stort men i synnerhet för operationssjukvården.

Luften sögs in genom det öppna fönstret och drogs ut i skorstenen förutsatt att en eld brann. På det viset kunde luftomväxlingar ske på 1800-talet och en bit in på 1900-talet.

Begreppet luft är kanske det mest omfattande för oss inom operations-sjukvården och rymmer aerodynamiska förutsättningar som luftflöden, temperatur och luftfuktighet, medan vatten och avlopp bindes samman i vattensystem. Renhet i operationsrum och omgivande lokaler är förvisso beroende av både luften och vattensystemet men också av ytor och städrutiner. För Florence var luft det viktigaste elementet av alla. Om vi så skulle strunta i resten av alla åtgärder så behövde vi åtminstone bry oss om luften runt personen som vårdades. Hon menade att en riktig sjuksköterska inte skulle bry sig mer om en infektion än i syfte att förebygga den med hjälp av renhet och frisk luft. Ett rum ventilerat på ett felaktigt sätt kunde lika gärna ses som ett förgiftat rum dit smuts och bakterier i stället bjöds in och det stod alla fritt att andas in diverse patogener. Frisk luft måste därför alltid tillföras vårdutrymmen. När Florence levde och verkade fanns det en osund rädsla för att kyla lokaler vilket ofta gjorde att fönster hölls stängda. Idag är det knappast ett

"Windows are made to open; doors are made to shut"

F. Nightingale

problem att se till att frisk luft tillförs samtidigt som lokalen hålls tillräckligt varm för personer att vistas i.

Som operationssjuksköterskor måste vi därför förstå aerodynamiken, luftströmmarnas egenskaper. Hur till exempel en öppen dörr påverkar dessa strömmar. Vart luft kommer in i ett rum och vart den går ut. Om vi inte förstår hur, kan vi inte heller påverka så att vi alltid har tillgång till ren luft kring operationsfältet, på operationsrummet eller i andra utrymmen på operationsavdelningen.

"Windows are made to open; doors are made to shut"

F. Nightingale

Det kan idag översättas till att fungerande ventilation med stängda dörrar är den gyllene regeln. En stängd dörr bidrar till ett övertryck

Temperatur och luftfuktighet reglerar både luftströmmar och kvaliteten på luften. Vi som operationssjuksköterskor behöver förstå sambandet mellan dessa faktorer och hur de varierar över olika säsonger. De senaste årens höga luftfuktighet sommartid på våra operationsavdelningar runt om i landet har väl knappast undgått någon. Svensk förening för vårdhygien har utformat en tabell för att hantera just luftfuktigheten på operation. Se tabell från SFVH på sid 36.

Kunskap om vatten och avlopp kan kännas långsökt för operationssjuksköterskan eftersom inget av dessa får förekomma inne på ett operationsrum, men faktum är att efter luftkvalitet så kommer kunskaperna om framför allt kvaliteten på vatten när det gäller våra instrument och skadliga beläggningar på dessa. Flera typer av salter skapar korrosion på instrumenten och salter finns överallt, i blod, i vätskorna vi använder på operation, i läkemedel och i vattnet vi har i diskdesinfektorer samt i autoklaver i form av klorider. Att kunna bedöma beläggningar och missfärgningar på instrument ger oss möjlighet att åtgärda problem och potentiella smittkällor. Rostfläckar på instrument

är till exempel inte alltid rost utan kan vara kalkbeläggningar från vatten. Bra material att läsa för detta är den som kallas för Red Brochure (eg. Instrument Reprocessing: Reprocessing of Instruments to Retain Value). Det kan också vara bra att som operations-sjuksköterska ha koll på att en kran aldrig får spola rakt ner i silen på hon eller vasken på en operationsavdelning (eller en vårdavdelning) eftersom att detta skapar en fontän av patologiska partiklar från den biofilm som växer i avloppet. Tänk när vi står och steriltvättar oss inför operation i vår nybyggda fina operationsavdelning, ju längre vi tvättar oss desto smutsigare och smittsammare blir våra händer ifall vatten och avlopp är fel utformat. Vem ska ta ansvar för att veta det om inte vi, det främsta språkröret på operationsavdelningen för hygien och aseptik!

Florence lämnade inget åt slumpen och allra minst vikten av renhet. Renhet på operationsrummet idag är inget undantag. Förutsättningar för att hålla rent styrs såklart av både luftkvalitet och luftströmmar samt fungerande vatten och avloppssystem men också av ytors utformning, rutiner för iordningsställande av rummet samt olika klädsystems påverkan på renheten. Om det är någon teknisk specifikation från Svenska institutet för standarder www.sis.se alla operationsavdelningar bör skriva ut och ha en genomgång av för att se om man rutinmässigt arbetar utifrån den senaste kunskapen så är det just *Mikrobiologisk renhet i operationsrum - Förebyggande av luftburen smitta - Vägledning och grundläggande krav*. I stort sett alla regioner har en prenumeration hos Svenska institutet för standarder och skall kunna komma åt och skriva ut de standarder de önskar.

För ingen annan sjuksköterskegrupp är miljön så viktig som för operationssjuksköterskorna. Faktorer som luft, vatten och avlopp samt lokalers renhet kan alla påverka utfallet på vårt omvårdnadsarbete som framför allt handlar om att förebygga vårdskador och att förhindra smittspridning. Om inte vi är de som bryr oss om dessa faktorer vilken annan profession skall då göra det? Det är dags för oss att ta ansvar och erkänna miljöhanteringen som en del av vårt omvårdnadsarbete. Till vår hjälp har vi sjuksköterskornas mest namnkunniga omvårdnadsteoretiker, Florence Nigh-

Tabell från SFVH

RH	Hantering av sterilt gods	Åtgärd fastighetsförvaltare	Åtgärd verksamhet
<70 %	Gods kan förvaras i dessa förhållanden över tid	Inga åtgärder	Inga åtgärder
71 % - 75 %	Gods kan förvaras i dessa förhållanden	Kontakta berörda verksamheter Kontrollera ventilations-systemet Avläsningar 1-2 ggr/dygn Kontrollera väderprognos	Kontakta ansvarig chef
76 % - 80 % sammanhängande dagar	Gods kan förvaras i dessa förhållanden	Kontakta berörda verksamheter Utöka avläsningar Kontrollera väderprognos Vidta åtgärder för att sänka RH till exempel höja temperaturen i lokalen	Kontinuerlig kontakt med ansvarig chef Förbered evakuering av sterilt material enligt evakueringsplan
81 % - 85 % sammanhängande dagar	Materialet kan användas inom 8 dagar om sammanhängande hög RH	Materialet kan användas inom 8 dagar om sammanhängande hög RH	Kontinuerlig kontakt med ansvarig chef Eventuellt evakuera sterilt material. Manuell hanteringen av förpackningar påverkar möjligheten att bibehålla produkternas egenskaper. Undvik onödig hantering av gods.
86 % - 90 %	Materialet kan användas inom 24 timmar	Fortsatt handläggning för att sänka RH	Kontinuerlig kontakt med ansvarig chef
> 90 % eller synlig fukt på emballaget	Resterilisera	Fortsatt handläggning för att sänka RH	Kontinuerlig kontakt med ansvarig chef
Synlig fukt oavsett RH	Resterilisera		Kontinuerlig kontakt med ansvarig chef

För att ange hur fuktig luften är används begrepp relativ fuktighet – RH. Detta uttrycker mängden vattenånga som finns i luften i förhållande till hur mycket vatten luften maximalt kan innehålla vid en given temperatur. Tabell hämtad från SFVH hemsida.

tingale, som värderade dessa faktorer högt för att inte säga högst. Om inte hon kan bringa legitimitet till hantering av lokaler som en del av omvårdnaden så kan ingen det! ●

Lästips!

Nightingale, F. (1969). Notes on Nursing: *What it is, and what it is not*. Dover Publications, inc.

Working Group Instrument Reprocessing. (2017). *Instrument Reprocessing: Reprocessing of Instruments to Retain Value*. Arbeitskreis Instrumentenaufbereitung (AKI).

Svensk förening för vårdhygien. (2021). *Hög luftfuktighet - påverkan på sterilt gods och förslag till åtgärder: Vårdhygieniska rekommendationer*. Svensk förening för vårdhygien (SFVH).

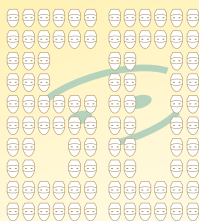
Svenska institutet för standarder (2015). *Mikrobiologisk renhet i operationsrum - Förebyggande av luftburen smitta - Vägledning och grundläggande krav*. SIS-TS 39:2015. Svenska institutet för standarder (SiS).

* 2024 Firar RFop 60 år! *

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



1964-2024



Riksföreningen för
operationssjukvård

Sök våra stipendier!



Ta chansen att söka våra stipendier! Du kan söka stipendium för att delta på Hygienforum i maj eller på vår Jubileumskongress i november. Du kan också söka vårt supportstipendium som du kan använda till hjälp för att genomföra t.ex. studiebesök.

Under lång tid har vi delat ut stipendier till operationssjuksköterskor som är medlemmar i vår förening. Vi vill ge dig möjlighet till ny kunskap och erfarenhetsutbyte, nya tankar och idéer som kan stimulera till utvecklingsarbete och personlig utveckling inom perioperativ omvårdnad. Du träffar dessutom många kollegor och kan besöka våra sponsorer och andra utställare på kongressen.

Kriterier för att söka kongressstipendium är att du är operationssjuksköterska och medlem i Riksföreningen för operationssjukvård sedan minst två år tillbaka samt att du inte har mottagit något av våra stipendier de senaste fyra åren.

Du som är student och antagen vid specialistsjuksköterskeprogram med inriktning mot operationssjukvård samt är studerandemedlem i Riksföreningen är också varmt välkommen att söka kongressstipendium!

Om du får ett kongressstipendium innebär det deltagaravgift, resa samt boende en natt på kongresshotellet.

Kriterier för att söka supportstipendium är att du ska ha varit medlem i Riksföreningen för operationssjukvård de senaste två åren samt att du inte har mottagit något av våra stipendier de senaste fyra åren.

Ansök på Stipendier - Riksföreningen för operationssjukvård (rfop.se).

Skanna koden
och ansök här



Om du har frågor,
kontakta mig:
marie.afzelius@rfop.se



Kursdatum 2024

10-11 april
24-25 april
25-26 september
16-17 oktober
6-7 november

Har du kunskap kring instrumentvård- och hantering?

Det är viktigt att känna till hur tillverkning och material påverkar våra instrument och varför rostfritt rostlar. Hanterar du och dina kollegor instrumenten på rätt sätt? Vet du varför rostfritt egentligen rostlar? Vår instrumentvårdsutbildning kan vara till hjälp för att få fördjupade kunskaper som hjälper dig att både maximera instrumentets livslängd och trygga patientsäkerheten.

För anmälan och
mer information

Skanna QR koden för att
besöka vår hemsida



Surgical perfection. For life.



60 års jubileum

Efterlysning gamla bilder



Foto: Uppsala-Bild / Upplandsmuseet

Akademiska sjukhuset - "sjuksköterskor på operation", Uppsala



Marie-Louise Hedström

För att fira Riksföreningen för operationssjukvårds 60 års jubileum söker vi nu era historiska ögonblick. Har du gamla operationsbilder, minnen, som du vill dela med dig av? Eller känner du någon som har arkivbilder? Kanske finns det någon på din avdelning? Vi efterlyser nu gamla bilder som skildrar operationssjukvårdens utveckling genom åren. Dela med er av de minnesvärda stunderna och ögonblicken som format vår resa.

Era inskickade bilder och berättelser kommer inte bara vara en viktig del av jubileumsfirandet utan kommer även att publiceras i Uppdukat, på RFop:s sociala plattformar samt presenteras på Höstkongressen 2024. Damma av era bilder,

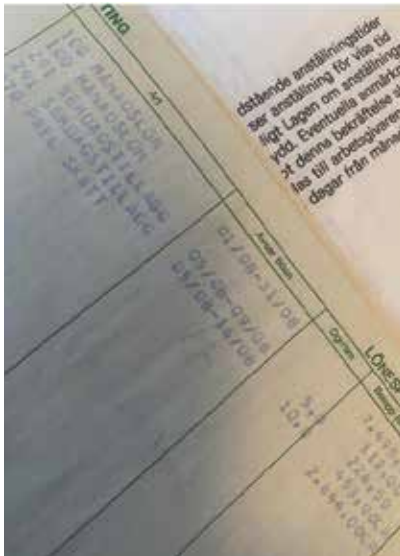
skanna och mejla i jpg-format till rfop@rfop.se tillsammans med information om var och när den är tagen, vem eller vilka som är med och andra intressanta detaljer ni har om bilden.

I detta nummer får vi ta del av Marie-Louise Hedströms minnen

Jag heter Marie-Louise Hedström och var färdig operationssjuksköterska år 1985. På det glada 80-talet hade jag tur, för när min utbildning var klar skapades en pooltjänst till mig då man ville förstärka operationslagen på Centraloperation på Södra Älvsborgs sjukhus i Borås. Syftet var att frakturer skulle kunna bli opererade under jourtid. På

den tiden låg många frakturer i sträck tills nästa vardag. Ortopedoperation hade på den tiden bara öppet måndag till fredag klockan 7-17.

Bilden är tagen under mitt första halvår som operationssjuksköterska och är ett utklipp från Borås tidning runt år 1985-1986. De gjorde ett reportage om hur det var på operation. Operationen är en exstirpation av svettkörtlar i axillen. Ett ingrepp som Docent Överläkare Göran Claes gjorde under en tid. Jag är i mitten och Anders, tror jag att mannen till höger heter (det var länge sedan). Det var helt underbart för en nyexaminerad operationssjuksköterska att arbeta med den ödmjuka och tålmodiga Göran Claes.



Min anställning som pool-sjuksköterska tog mig snart till ortopedoperation och där träffade jag på nästa fina läkare, Sigvard Blåder, som också hade ett otroligt tålamod. Som pool-sjuksköterska tjänade jag år 1985 7495 kr. Det var inget lyxigt boende som 20-åring

som jag kunde hyra. Den 1 januari 1986 fick jag fast tjänst och jag har inte varit arbetslös en enda dag i mitt liv.

Efter alla dessa år med placering mest på ortoped- och gynoperation, fick jag 2009 ett nackdiskbräck som tryckte bakåt mot min ryggmärg. Det blev fusionering med diskimplantat utfört på Sahlgrenska universitetssjukhuset av läkare jag instrumenterat ihop med på Södra Älvsborgs sjukhus. Jag visste att han skulle göra ett bra jobb. Tyvärr var nervskador och benpålagringar så stora att jag nu lever med konstanta smärtor. Efter många tunga år jobbar jag nu som materialkonsulent på Västra Götalandsregionens inköp och ser till att vi upphandlar till vårdens behov. Jag saknar att stå på sal och alla fina kollegor. Hade jag vetat att min nacke skulle bli skadad tror jag ändå att jag hade valt detta fantastiska yrke.

Någon gång i början av min karriär fick jag denna söta skarv. Den har använts av

min son, varmt hans hals hela hans uppväxt; han är nu 28 år. Används inte som halsduk längre men ska behållas. ●



Hur vill du porträttera arbetet som operationssjuksköterska?

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

Tävlingsanvisningar

Bilderna som skickas in till tävlingen behöver uppfylla nedanstående kriterier:

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

Deadline: 30 september 2024

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

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

Så utses vinnaren

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

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

Välkommen att skicka in ditt bidrag!

Fototävling





Nätverksträffar

Göteborg 11 september 2023

Text: Ann-Sofie Karlsson, Susanne Reuterberg och Maria Gustafsson, distrikts-samordnare i Göteborg

En eftermiddag i september träffades vi RFop:are i Göteborg på ögonoperation, Sahlgrenska universitetssjukhuset Mölndal, även Alingsås anslöt vilket var mycket trevligt. Vi började med mingel med våra fem sponsorer och en sallad delades ut till deltagarna. Sedan hälsade verksamhetschef Madeleine Zetterberg oss alla välkomna till Mölndals sjukhus och ögonoperation.

Därefter följde en fängslande föreläsning av överläkare Gunnar Jakobsson. Föreläsningen handlade om olika indikationer för ögonkirurgi samt operations-

tekniker. Trauma, fiskekrokar och bollar på ögat, allt kan hända!

Efter ytterligare en paus med mingel, kaffe och kaka var det dags för Annette Erichsen, docent i omvårdnad och medlem i vetenskapliga rådet RFOPs tur att tala om gällande forskning och evidens kring uppdukning, ventilation och spring på sal. Signifikant korrelation har visats mellan antal personer på operationssal och CFU i luften. Det finns samband mellan antalet personer i operationssal och postoperativa infektioner. Varje extra person på sal ökar mängden bakteriebärande partiklar, av detta följer att vi måste begränsa antalet personer på salen. När en dörr till en operationssal öppnas får det negativa effekter på luftens renhetsgrad, bakterietalen ökar oavsett typ av ventilation.

Då sterilt material dukas upp i samband med anestesilogiska förberedelse och rörelse på sal innebär det en mycket

ökad risk för att de sterila instrumenten kontamineras. Slutsats: instrumenten bör iordningsställas i ett rum med fullgod ventilation, dörrar skall hållas stängda och personalen skall ha adekvat arbetsdräkt. Efter uppdukningen skall instrumenten täckas över och inte exponeras förrän vid Time Out. Diskussionerna gick höga och det enda vi kom fram till är att vi alla gör olika och att det finns förbättringspotential hos alla.

Mötet avslutades med en rundvandring på ögonoperation där Annett och Anette hade dukat upp till en kataraktoperation och en SIM - slutet intraokulär mikrokirurgi som används vid näthinneavlossning. Otroligt spännande med alla dessa små instrument, dissektionstekniker och teknisk apparatur. Avdelningen har 7 salar varav en där man mestadels hade sövda patienter, på resterande salar var patienten vaken. Avdelningen är öppen måndag till fredag och övrig tid har personalen beredskap. ●





Nedre raden: Elvira Gilmanova, Ann-Sofie Karlsson, Emelie Emanuelz, Anna Nilsson och Maria Gustafsson. Övre raden: Kristina Lindberg, Andreas Tullsson, Susanne Reuterberg, Inger Andersson, Mi Sundberg och Monika Åsberg

Stockholm 29 november 2023

Text: Andreas Tullsson

Dagen före Höstkongressen 2023 träffades vi distriktssamordnare för årets enda DS-möte. Vi var 12 deltagare med spridning från norr till söder, en person deltog via teamslänk och det fungerade förvånansvärt bra. Första punkten var att deltagarna fick berätta om situationen på sina arbetsplatser, bra saker, mindre bra saker, nya projekt och personalsituation mm.

Många av deltagarnas redogörelser gav upphov till vidare diskussioner och det kan vara svårt att få tiden att räcka till. Vi fick också redogörelser för nätverksträffar som hade genomförts ute i landet, tips och inspiration. Nästa punkt var en redovisning från Veronica

Ramirez Johansson och Esmat Esmail Zadeh, båda distriktssamordnare i Stockholm, om MYORCO. Det är ett projekt som har genomförts i samarbete med EORNA. MYORCO står för My Operation Room Nurse Coach och är en webbplattform med korta filmer, främst avsedda för studenter och nyexaminerade. Tjänsten är gratis och registrering görs på www.myorco.eu Det finns även artiklar i tidigare nummer av Uppdukat för den som vill läsa mer. Efter lunch hade vi möte med styrelsen för RFOP och diskuterade aktuella frågor.

Vi saknar för närvarande distriktssamordnare i ett antal distrikt. Som Distriktssamordnare fyller du en viktig funktion för föreningen i att ge medlemmarna möjlighet att nätverka på träffar och att vara kontaktlänk mellan styrelsen och medlemmarna. Är du intresserad av att bli Distriktssamordnare i ditt distrikt kontakta oss genom rfop@rfop.se ●



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 - 15.45

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



Höstkongressen för första gången

Mina dagar i Stockholm började med ett försenat tåg och en lunch, som jag i sann vårdanda slängde i mig, innan jag åkte till Sjuksköterskornas hus för ett möte med Doktorandgruppen. Gruppen är ett forum för doktorander att träffas, bolla idéer och stötta varandra i forskningsresan. De är en inspirerande grupp att möta och få lyssna till, och jag fick en kort inblick i var de är i sin doktorandtjänst, och lyssna på berättelser om hur deras arbete är en levande process under hela forskningsresan.

Efter mötet med doktorandgruppen tog tunnelbanan mig tillbaka till Waterfront och jag fick se hur arbetet bakom kulisserna går till. Goodiebags packades och lastades på vagnar, mässhallen skulle börja byggas under kvällen och vår chefredaktör/ordförande satt i ett långt möte med moderatorm för paneldebatt-

ten, allt för att ge deltagarna en inspirerande kongress. Själv kände jag mig oerhört vilsen, och försökte mest finna min naturliga plats bland alla de här engagerade, kompetenta människorna. Sedan övergick onsdagen i en torsdag och kongressen drog igång. Om jag bortser från ett något bortkommet "hej" från scenen när jag tillsammans med övriga redaktionen presenterades, så försvann de flesta känslor av att vara vilsen, och jag slukades av talarna och alla tankar och idéer som väcktes. "Detta måste jag ta med mig tillbaka till jobbet, och detta måste vi skriva om i Uppdukat" "Hur kan vi använda detta i vardagen, och den här talaren bara måste skriva en krönika" Allt jag lyssnade på väckte inspiration och en lust att göra något konstruktivt av all den nya kunskapen jag fått.

Jag lämnade Stockholm med Snälltåget på fredagseftermiddagen den 1a december. Det fullkomligt snurrade i huvudet av alla intryck efter min första Höstkongress, och den stora frågan som upptog mina tankar var "hur arbetar jag vidare med allt detta", både som redaktör och som operationssjuksköterska på min operationsenhet.

Väl tillbaka i min vardag tror jag mig sakta ha börjat hitta ett sätt att arbeta vidare. Jag har ödmjukt fått inse att jag inte kan göra allt, men jag kan göra lite, och det är mer än bra nog. Det märkliga av allt är att jag fastnade för handskänvändningen och hur vården överanvänder dessa. Så jag börjar med mig själv, och funderar varje gång jag sätter på mig handskar i patientnära arbete om jag verkligen behöver dem. Jag pratar med mina kollegor om det, och kanske kan det leda till att flera börjar fundera själva över om nästa handske de tar verkligen är nödvändig. Likt ringar på vattnet kan kunskap från en höstkongress sprida sig och leda till en mera hållbar operationssjukvård, det är min förhoppning i alla fall.



Och lite starstruck var jag ändå när jag träffade Ann-Christin von Vogelsang under kongressen, hon som jag tillsammans med min kursare, flitigt använde som referens under vår magisteruppsats.

Fakta Höstkongress

Varje år sedan 1964, med ett uppehåll under pandemiåret 2020, har RFOp arrangerat en Höstkongress. Kongressen vänder sig till 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 Universitetssjukhus ska få ett utbyte. Operationssjukvården är bred fast samtidigt ett smalt område. Intentionen är att det ska finnas nåt för alla och du får möjligheten till nätverkande och det professionella utbytet med kollegor från hela Sverige. En viktig del i programmet är den medicintekniska industrins utställning, där du träffar produktspecialister och ges möjlighet att få information, ta del av nyheter, prova och ställa frågor.

Årets kongress

År onsdag, torsdag och fredag den 27 - 29 november, på Stockholm Waterfront Congress Centre, se mer information och anmäl dig på rfop.se ●





39 nya medlemmar

Medlemsåret 2023 ökade RFop:s medlemsantal med 86 st medlemmar till totalt 1575 st! Trenden senaste åren är att vi ökat med några medlemmar/år men 2023 tog medlemsantalet ett stort kliv uppåt. Vi hoppas att trenden håller i sig och att fler operationssjuksköterskor som ännu inte är medlemmar väljer ett medlemskap i RFop 2024.

2024 är ett jubileumsår då RFop firar 60 år. Vi kommer att fira det med lite extra Guldkant på våra kongresser och i medlemstidningen Uppdukat. 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. Jag vill också påminna alla medlemmar att ni måste själva meddela adressändringar. Vi behöver också komplettera medlems-

registret med era mejladresser.

Mejla till: annemarie.nilsson@rfop.se

Välkomna!

Julia Appelfeldt, Bandhagen
 Maria Arnby, Askim
 Jonna Berger, Ekolsund
 Rebecka Bergström, Umeå
 Nathalie Bergwall, Sundbyberg
 Linda Boutros, Norrköping
 Katarina Bragderyd, Ingarö
 Nikolina Bremberg, Uppsala
 Anna Clayton Klyft, Bromma
 Erika Fessy, Tumba
 Annjelica Flodell, Hörnefors,
 Slavica Grba, Kalix
 Rora Hagos, Uppsala
 Farzad Hakim, Uppsala
 Anna Halvarsson, Mora
 Johanna Hansson, Växjö
 Frida Hell, Hölö

Helena Hols Skagemark, Årsta
 Arziana Ismaili Sopa, Huddinge
 Anita Karlin, Borås
 Melodi Khoei, Uddevalla
 Camilla Larsson, Svedala
 Maria Lemon, Halmstad
 Johanna Moberg, Malmö
 Tove Nyström Johansson, Hovås
 Maria Ohlis, Bollnäs
 Sara Perla Motaghian, Huddinge
 Åsa Persson, Lomma
 Tove Ronold, Uppsala
 Carina Rosell, Alvesta
 Emma Runesson, Örebro
 Sonja Sandström, Uppsala
 Ebba Schön, Norrköping
 Anna Sjökvist, Själevad
 Josefin Stehn, Farsta
 Catharina Stålhammar, Göteborg,
 Charlotta Wessel, Stockholm
 Pär Wijckmark, Uppsala
 Arbnora Zeqiraj, Svalöv

Vi söker dig som vill jobba med föreningsarbete

Riksföreningen för operationssjukvård (RFop) bedriver sitt föreningsarbete genom olika aktiva arbetsgrupper. Vi har bland annat Vetenskapliga rådet, Kvalitetsrådet, Läraråd, Chefråd, SPOR, Programråd Hygienforum, Programråd Höstkongress, Utbildning och evenemangsråd och Redaktionen Uppdukat.

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

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

Just nu söker vi fler som vill vara med i:

- Chefråd
- Programråd Hygienforum
- Programråd Höstkongress

Vill du veta mer?

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





Chefsrådet

Vilka är vi? Chefsrådet består i nuläget av tre operationssjuksköterskor som även är chefer på operationsavdelningar. Katja Vuori, Stockholm Linn Almér, Göteborg och Maria Klahr Wikström, Stockholm. Vi i Chefsrådet brinner för ledarskapsfrågor och det är frågor och kunskap kring ledarskap som driver oss.

Det som fascinerar oss är att man aldrig blir färdig som chef. Vi utvecklas hela tiden. Man måste vara nyfiken och hela tiden anamma ny kunskap då det gäller ledarskapet. Det finns hela tiden något nytt att lära sig och det kommer hela tiden ny kunskap om att leda och ledarskapsfrågor. Varje dag är olik den andra vilket är tjuvningen med ledarskapet. Att se medarbetare växa och få vara en del av att hjälpa. Att skapa förutsättningar för medarbetarna att nå sin fulla potential är otroligt givande och även kunskapsutvecklande för oss som leder.

Vad gör då chefsrådet?

Vi anordnar tre träffar per år. Två som vi kallar "lunch till lunch-träffar". Dessa ligger i mars och september. På dessa träffar får vi lyssna på inspirerande föreläsningar från både aktuell forskning samt ledarskapsfrågor. Vi har även tid för diskussioner i grupp under dagen. Fika-stunderna samt kvällens middag brukar vara full av diskussioner och utbyte av erfarenheter mellan alla som deltar. Även



Linn Almér, Katja Vuori och Maria Klahr Wikström

om vi kommer från olika delar i landet så delar vi samma utmaningar i vår vardag. Här är chefsnätverket viktigt då vi kan diskutera och se på hur andra löser olika frågor samt dela med sig av sina framgångsfaktorer.

Den tredje träffen är en kongress och den hålls i samband med Höstkongressen. Denna dag är mer fokus på föreläsningar och att få tanka ny kunskap som chef.

Är du chef och ännu inte varit på någon av våra träffar vill vi uppmuntra dig till att komma till kommande träffar. Du kommer inte ångra dig! Rykande aktuellt är nätverksträffen i mars som kommer fokusera på just *din* arbetsmiljö och *din* återhämtning som chef. Om du ska kunna vara en bra chef som ska hålla på sikt behöver du också ta hand om dig själv.

Välkommen! ●

Citat från deltagare

"Jag går på dessa träffar för vi har ett fantastiskt nätverk. Jag träffa kollegor från hela Sverige som delar samma frågor som jag. Dessutom fylls jag på med kunskap som jag använder i mitt arbete som chef."

"Blandningen av föreläsningar och att få nätverka är det som är unikt med dessa träffar. Jag missar inte en enda."

"Jag har skapat många nya värdefulla kontakter som jag har kontakt med under hela året i olika frågor. Inte bara då vi ses på träffarna."



NÄTVERKET FÖR

Chefer

När: 14-15 mars 2024

Var: Sheraton Stockholm Hotel

Kostnad: 5 850 kr ex moms, inklusive lunch x 2, kaffe x 2, middag och övernattning på Sheraton Stockholm Hotel.

Anmälan: rfop.se/utbildning och evenemang



SPOR-året som gått

Egentligen har det inte skett så mycket utveckling under 2023, utan vi har mest arbetat med informationsspridning och påverkansarbete. I maj höll vi ett digitalt seminarium med inbjudna föreläsare och i juni berättade vi om samarbetet mellan SPOR-rådet och SPORs styrelse på Vitalis-mässan i Göteborg. I oktober var vi tyvärr tvungna att ställa in rapportuttagsutbildningen pga för få deltagare. Vi har också varit inbjudna till lokala/regionala arbetsgrupper under året för att prata SPOR.

Vi har arbetat hårt med att få till att de avvikelsekoder och det positioneringsförslag som vi gemensamt har tagit fram verkligen publiceras i SPOR. Och det har nu skett efter mycket om och men!

Avvikelsekoder/bruten aseptik

Från och med version 4.1 finns nu avvikelsekoder för Bruten aseptik att använda. Hör med er lokala SPOR-administratör om ni har möjlighet att registrera koderna. Vad vi har förstått ska det inte behövas någon större hand-

påläggning för att få tillgång till de nya koderna. Avvikelsemodulen kan dock behöva uppdateras.

A941 Drapering fel (Drapering har lossnat/ gått hål/ är genomfuktigt)

A942 Rock/handskar (Rock/handskar har lossnat/ gått hål i / är genomfuktigt)

A943 Huddesinfektion (Utebliven hud-desinfektion)

A944 Instrument orena (Orena instrument, fynda av främmande material hål, genomfuktigt instrumentbordslakan)

A945 Kontamination (Direkt kontamination)

Positionering

Från och med version 4.1 finns också positionering med som en parameter att

skicka till SPOR. Här kan det krävas mer handpåläggning av lokala administratörer för att få tillgång till den modulen. Vi vet dock att de regioner som ingår i SUSSA-samarbetet redan bygger sitt journalsystem för att kunna rapportera och dokumentera positionering utefter vår modell.

Vid val av positionering finns fem val av grundpositioner och 24 val grundvariationer. Vi blev uppmärksammade, av kloka administratörer ute i landet, att vi "glömt" det raka sidoläget (vid tex höftplastik) som grundvariation (fanns bara som grundposition), så det kommer med i en komplettering snart.

I år

För 2024 fokuserar vi fortsatt på informationsspridning. Tex kommer det att bli viktigt att informera om definitionerna av olika positioner. ●

Vill du att Jenny och eller Ida-Linnea ska föreläsa på ert DS möte, arbetsplatsträff eller liknande, hör av er till ida-linnea.boregard@regionstockholm.se eller jkpersson80@gmail.com

Fortsätt vara medlem i Riksföreningen i operationssjukvård

Sveriges professionsförening för operationssjuksköterskor och en sektion inom Svensk sjuksköterskeförening!

Som medlem i RFop får du bland annat;

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

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



Kostnad/kalenderår
Swisha till QR-koden nedan



Medlem	350 kr
Pensionärsmedlem	150 kr
Studera-medlem	150 kr
Associerad Medlem	350 kr



Lärarrådet

En nätverksträff för lärare arrangerades på Sjuksköterskornas hus i Stockholm i samband med Höstkongressen. Där hade vi en heldag till samtal, diskussioner samt nätverkande med det Vetenskapliga rådet som också befann sig där.

Det som diskuterades var bland annat förslaget kring ”Ny kompetens” samt en plattform där vi ska kunna dela med oss av läraktiviteter och uppgifter från de olika utbildningarna som kan inspirera utveckling vid det egna lärosätet.

Ett känsligt ämne som var uppe för diskussion var studenter som underkänns under VFU (verksamhetsförlagd utbildning), en underkänd VFU-kurs innebär

att hela kursen måste göras om på nytt. Det vi kom fram till var att om det finns specifika bekymmer under VFU så är det bäst om fokus för extra träning på dessa moment kan göras inom ramen för VFU'n.

Anna Nordström informerade om ämnesbanken för magisteruppsatser som sedan en tid finns på hemsidan. Där kan vem som helst, via ett formulär, lämna förslag på ämnen. Det kan till exempel vara något ämne som klinikerna önskar ska undersökas av studenter. I samband med detta diskuterades också olika handledningsformer för magisteruppsatser där grupphandledning är ett alternativ som visat sig fungera väldigt väl. ●

Ämnesbank via rfop.se

Har du ett ämne som du önskar få veta mer kring? Funderar du på hur evidensläget ser ut kring något ni utför i er verksamhet?

Visste du att det via rfop.se finns ett formulär där du kan skicka in ämnen, frågor eller funderingar som studenter i specialistsjuksköterskeprogrammet inriktning operationssjukvård sedan kan använda i sina magisteruppsatser?

Tveka inte gå in via rfop.se och fyll i vad du önskar få undersökt redan idag!



Från vänster: Anna Nordström, Ami Fagerdahl, Anne Siberg, Sandra Kollberg, Ann-Christin von Vogelsang, Ulla Caesar och Eva Torbjörnsson

RFop kalendarium



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

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

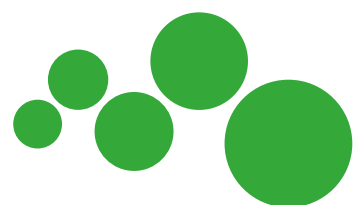
Vidare så genomför vi nätverksträffar, konceptutbildningar och kunskapsseminarier om bl.a. Trauma, Infektionsprevention, MDR, SPOR och planerar även för fler kunskapsstödjande evenemang. Alla utbildningar och evenemang genomförs i Stockholm. För mer information, innehåll och priser se: rfop.se

2024 14-15 Mars Nätverksträff för chefer	2024 15 Mars Trauma Utbildning Basic Trauma	2024 22 Mars Infektions- prevention Steg 2	2024 11-12 April Trauma Utbildning Fördjupning	2024 12 April MDR Juridik & Upphandling	2024 3 Maj The Oxford SSI Reduction Bundle Webbinarium
2024 23-24 Maj Hygienforum 2024	2024 31 Maj Rengöring, desinfektion & sterilisering Webbinarium	2024 14 Juni SPOR Bruten aseptik Webbinarium	2024 12-13 September Nätverksträff för chefer	2024 20 September Infektions- prevention Steg 1	2024 27 September Operations- och sjuk- vårdstextilier Webbinarium
2024 18 Oktober Trauma Utbildning Basic Trauma	2024 18 Oktober MDR Juridik & Upphandling	2024 7-8 November Trauma Utbildning Fördjupning	2024 15 November Mikrobiologisk renhet i operationsrum Webbinarium	2024 27-29 November 60-års jubileum Höstkongress 2024	2024 29 November Chefkonferens

POSTTIDNING B

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

DIAMANTKONGRESSPONSORER



Mölnlycke®

GULDKONGRESSPONSORER



BD

MEDI PLAST

SILVERKONGRESSPONSORER

KEBOMED

Medtronic
Further. Together

Steripolar
Taking care further

STILLE
Surgical perfection. For life.

B|BRAUN
SHARING EXPERTISE

Halton
HEALTH

Johnson & Johnson MEDTECH