

Uppdukat

Nr 2 april 2023 årgång 35





Nya möjligheter i striden mot infektioner

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

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

Förskrivningsinformation: Chloraprep/Chloraprep färgad (Kutan lösning, Klorhexidinglukonat 20 mg/ml Isopropylalkohol 0,70 ml/ml). ATC-kod: D08AC52, Ej förmån. Indikation: Detta läkemedel ska användas för desinficering av hud före invasiva medicinska ingrepp. Kutan användning. Chloraprep/Chloraprep färgad kan användas på alla åldersgrupper och patientpopulationer. Chloraprep/Chloraprep färgad ska dock användas med försiktighet på nyfödda spädbarn, särskilt prematurt födda. Kontraindikationer: Känd överkänslighet för Chloraprep/Chloraprep färgad eller något av läkemedlets hjälpämnen, särskilt för dem som tidigare uppvisat eventuella allergiska reaktioner mot klorhexidin. Varningar och försiktighet: Lösningen är brandfarlig. Använd inte i samband med diatermi eller andra tändkällor förrän huden är helt torr. Ta bort allt blött material, operationslakan eller skyddsrockar innan behandlingen fortsätter. Använd så liten mängd som möjligt och låt inte lösningen bli kvar i hudveck eller under patienten och inte heller droppa på lakan eller annat material som är i direktkontakt med patienten. Om oklusivförband 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 brännskador. Därför får den inte användas i närheten av dessa områden. Om lösningen kommer i kontakt med ögonen, måste de sköljas omedelbart och grundligt med vatten. Användning av klorhexidinlösningar, såväl alkohol- som vattenbaserade, för huddesinfektion före invasiva ingrepp har satts i samband med kemiska brännskador hos nyfödda. Tillgängliga fallrapporter och publicerad litteratur tyder på att risken för hudskada tycks vara störst hos prematura spädbarn, särskilt de som är födda före graviditetsvecka 32 och hos alla prematura spädbarn under deras två första levnadsveckor. För ej användas i öppna hudår. För 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



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 prenumerat@rfop.se

Prenumeration via agentur 500 kr per kalenderår

Omslagsbild

Akademiska Sjukhuset

Foto

Emma Heshmati-Högrelius

Annonser

annonsansvarig@rfop.se

Redaktion

Kristina Lockner
Yvonne Törnqvist
Jennifer Båskman
Marina Emanuelsson
Maria Munoz
Mikael Kristiansson

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 2 2023 årgång 35

- **REDAKTIONENS ORD**
Ordförande...sid 4
- **HISTORIA**
Joseph Lister, del 2...sid 6
- **ARBETSMILJÖ**
Vårdtyngdmätning...sid 10
- **KOMPETENS**
Vetenskaplig teori och metod på operationssjuksköterskeutbildningen...sid 12
- **PÅ VÅR OPERATIONSDELNING**
Centraloperation i Östersund...sid 16
- **KOMPETENS**
Specialistutbildad undersköterska anesthesi-, operation och intensivvård...sid 18
- **PORTRÄTTET**
Veronica Ramirez Johansson...sid 20
- **KOMPETENS**
Nationell Klinisk Examination (NKE)...sid 22
- **KOMPETENS**
Vetenskapskafé REPO...sid 24
- **KRÖNIKA**
En operationssjuksköterskas tankar...sid 26
- **PATIENTSÄKERHET**
Kompetensväxling...sid 28
- **PATIENTSÄKERHET**
Selektion och bedömning av ST-läkare...sid 30
- **PATIENTSÄKERHET**
Chief nurse officer (CNO) Sweden...sid 34
- **POPULÄRVETENSKAP**
Den äldre patienten på operation...sid 36
- **REPORTAGE**
Operationssjuksköterska på ECMO...sid 38
- **FÖRENINGSNYTT**
RFop...sid 40

sid 16



sid 20



sid 38



Foto: Peo Sjöberg



Snart är det dags för årets Hygienforum! Ett tillfälle för reflektion, lärande och nätverkande i teamarbetet som behövs för att minska risken för vårdrelaterade infektioner inom operationssjukvården. Nytt för i år är att vi ersätter vi paneldebatten med rundabordsdialog. Vad vill du ta med för fråga och samtala med andra deltagare och experter om? Vad är det för frågor ni har hos er som andra kan ge reflektioner och kanske nya perspektiv på, fundera och om du själv inte ska gå på Hygienforum, skicka frågan till oss, rfop@rfop.se

Styrelsen tillsammans med svensk sjuksköterskeförening planerar att ordna ett nationellt möte för stake holders och omvårdnadsföreträdare inom operationssjukvård för att diskutera bemanning och kompetensförsörjning, behålla och rekrytera, hur ska vi prioritera när resurserna ej räcker? Behöver vi nya yrken i vården? Vad har du för erfarenhet att arbetsväxling? Vi vill gärna komma i kontakt med dig där det genomförts, kontakta oss via mejl, rfop@rfop.se.

Konceptutbildningar

RFop fortsätter 2023 att arrangera konceptutbildningar. Utbildningarna är tänkta att följa aktuella ämnesområden där vi ser att vi som förening kan bidra till att få en nationell likriktad kunskap. Utbildningarna ska ge grundkunskap och när du deltagit ska du känna en

trygghet att veta mer om ämnesområdet. Aktuella just nu är, MDR, upphandling och juridik, Trauma och Infektionsprevention. För datum och anmälan titta på rfop.se. Vad vill du se för konceptutbildning i framtiden? Vi har fått förslag på, SBAR, operationskoordinering, att jobba i hybridsal, robot, vi tittar på dessa just nu. Fast vi är angelägna om att lyssna in och erbjuda just det som behövs, så vad behöver du?

Delta i tävlingen bästa examensarbete 2023

Från och med i år kommer RFop bjuda in till tävling om årets bästa examensarbete. Syftet med tävlingen är att främja kunskap, utbildning och forskning. Samtliga studenter i specialistutbildningarna inom operationssjukvård i Sverige är välkommen att delta.

Vad kan du läsa om i detta nr?

Vårdtyngdmätning är en fråga som lyfts mer och mer även inom operationssjukvården, fast hur skulle det fungera? Vad och hur ska den mätas? Du kan läsa om vårdtyngdmätning på sidan 10 och hur RFop genom vårt SPOR råd kan medverka till att detta ska kunna utformas. Rådet arbetar just nu med att titta på möjligheten att medverka i utvecklingsarbetet av vårdtyngdmätning perioperativt genom SPOR, läs mer på sidan 40. Vi har även flera artiklar inom ämnesområdet kompetens, en krönika om ledarskap, porträtt och mycket mer. ●

Kallelse till Årsmöte 2023

Den 16 maj kl. 19.00 - 20.00 håller Riksföreningen för operationssjukvård, årsmöte. Vår förenings viktigaste aktivitet. Vi fortsätter med att hålla årsmötet digitalt för att möjliggöra för fler medlemmar att kunna delta. Vi hoppas ni är många som är intresserade av att ta del av vad vi gjort och vad vi planerar att göra framöver. Vi kommer mars/april öppna anmälan för deltagande i årsmötet på rfop.se, så boka in tiden i din kalender redan idag och håll utkik på instagram, fb och hemsidan när anmälan öppnar.

Ett gott traumaomhändertagande kan påverka konsekvenserna av skador när de inträffar, där dödsfall orsakats av trauma kan förhindras med snabbare insatta eller mer effektiva åtgärder i primärt omhändertagande. Det har visat att dödlighet i förhållande till skadans svårighetsgrad skiljer sig mellan olika sjukhus och är kopplad till organisation, kunskap och intresse för traumatologi. Det har också visat sig att sjukhusets storlek och resurser inte varit det avgörande utan viktigare är att det finns en god organisation för omhändertagande av skadade, och att personal inom sjukvården har fullgod utbildning för traumaomhändertagande.

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

RFop genomför traumautbildningar utifrån ett upplägg i olika steg/nivåer.

Nivå 1 Traumautbildning "Basic Trauma"

Tid

Fredag 31 mars och 20 oktober 2023
Kl. 08.30 – 15.30

Plats

Sheraton Stockholm Hotel

Kostnad

Medlem	3 250 kr exkl. moms
Icke medlem	4 250 kr exkl. moms

Mer information och anmälan: rfop.se

Håller sig varm i

10
timmar

Klar att använda

30
minuter
efter uppvikning

Genomsnittlig
temperatur på

44°C

Inga sladdar - inget krångel

BARRIER® EasyWarm® – bidrar till att förhindra hypotermi under hela den perioperativa fasen¹

Aktiv patientuppvärmning har visat sig minimera risken och följderna av hypotermi². Att göra detta så enkelt och effektivt som möjligt är avgörande, det är därför BARRIER® EasyWarm® är utformad för att hålla patienterna varma med två enkla steg: **öppna och vik ut**.

Det har verkligen aldrig varit enklare än så här för att hålla patienterna varma, prata med din Mölnlycke® representant för mer information.



Referenser:

1. Torossian A MD, Geertsen K MD, Horn B MD, Van de Velde M MD, Raeder J MD. Active perioperative patient warming using a self-warming blanket (BARRIER EasyWarm is superior to passive thermal insulation: a multinational, multicenter, randomized trial, Journal of clinical anesthesia 34, 547-554; 2016. 2. Sessler D MD, Kurz A MD. Mild perioperative hypothermia, Anesthesiology news special edition; October 2008.

Läs mer på www.molnlycke.se

Mölnlycke Health Care AB, Box 13080, Gamlestadsvägen 3 C, 402 52 Göteborg. Telefon 031-722 30 00. info.se@molnlycke.com
Namnen Mölnlycke Health Care, BARRIER® och EasyWarm® samt deras respektive logotyper är globalt registrerade och tillhör något av företagen inom Mölnlycke Health Care-koncernen. ©2018 Mölnlycke Health Care AB. Alla rättigheter förbehållna. SESU0461804


Mölnlycke®

Joseph Lister

Del 2 Försvara och argumentera

Antiseptikens upptäckare och historiens mest betydelsefulla kirurg

Lister fortsatte att experimentera och utveckla sin metod även vid annan kirurgi. Han kom att rekommendera utvidgad antiseptisk behandling vid operationer vilket innefattade att allt material, instrument, suturer, kompresser och tork rengörs i karbolösning, lika så kirurgens händer och patientens hud. Lister förstod hur betydelsefulla hans metoder var och vilka möjligheter det skulle få på kirurgins utveckling om han kunde övertyga andra att göra lika. Listers idéer motogs rätt positivt bland läkarkåren, men han kritiserades stundtals hårt och hade många motståndare bland läkarkollegorna. En av den mest öppett kritiske var den inflytelserika läkaren James Y Simpson, som var upptäckare av kloroform och drottning Viktoria av Storbritanniens personlige förlossningsläkare.

Lister fick försvara och argumentera för sin metod, och hans statistik över den minskade infektionsfrekvensen på sina avdelningar ifrågasattes. Hans kritiker inom läkarkollegiet varnade och kallade Listers metoder "hobbybehandling" "karbolsyremani" "den senaste flugan inom medicinvetenskapen" "grundlösa griller" och "allt prat om organiska smittämnen inte är mer än olyckligt missförstånd"

Det verkade som det största motståndet mot Listers upptäckter kom från läkarkollegor i London. *The Lancets* redaktör reagerade på allt motstånd och frågade varför London verkade ha svårast att anamma de nya metoderna och undrade skämtsamt om sår varar sig på olika vis i London och Glasgow. Det var svårt för många erfarna kirurger att ta till sig faktumet att de under sina karriärer omedvetet förmodligen varit orsak till sina patienters död genom att till-

"Hela meningen med er existens är att förstå och bota sjukdomar i världen, från nu och evigt, om död skulle vara ett resultat av er vårdslöshet eller brist på tanke är det inte långt från mord"



Joseph Lister

låt it dessa osynliga små smittoämnen i luften infektera sina patienters sår. Lika svårt att få gamla kirurger att lära bort gamla handgrepp och mångårigt invanda färdigheter. Lister insåg att det var en enklare väg att få med sig sina studenter i det nya teorierna. Han hade höga krav och förväntningar på sina studenter men hans studenter beskrev att Listers lektioner hade en förtrollad stämning, man kunde höra en nål falla under hans föreläsningar. Lister var magnetisk och drog studenternas uppmärksamhet till sig. Lister brukade till sina studenter utbrista, "Hela meningen med er existens är att förstå och bota sjukdomar i världen, från nu och evigt, om död

skulle vara ett resultat av er vårdslöshet eller brist på tanke är det inte långt från mord".

Lister förklarade fakta kring sina principer så logiskt och klart att studenterna inte kunde tro att det skulle kunna förhålla sig på annat vis än så som han beskriver. Studenterna fick också med egna ögon se att bakterieteorin funkade i verkligheten varje gång dom följde med honom ut på avdelningarna. En av Listers tidigare studenter Dr Stewart skriver 1910 om sin studietid, "det är svårt att med ord uttrycka vad vår mästare betydde för oss, vi förstod att vi hade med ett geni att göra. Vi kände att vi var med och skapade historia och att allt kommer bli nytt". Lister skapade genom studenterna en skara lärjungar, läkare som kom ta sin examen och sen sprida hans idéer vidare. Hans följare kom att kallas "Listerianer" vilka kom att sprida budskapet om antiseptiken med stor, nästan religiös hängivelse.

Kallad till drottningen

1871 kallades Lister till slottet Baltimore där drottning Viktoria vistades. Drottningen hade drabbats av en varböld i höger armhåla och var svårt sjuk. Hennes personlige läkare Dr Sir William Jenner hade provat allt utan resultat och bad drottningen få tillkalla en kirurg, vilket hon efter någon dag godkände då hennes smärtor blivit olidliga. Lister var den mest namnkunnige kirurgen i Skottland så det var naturligt det blev han

som kallades dit. Lister förde med sig all kirurgisk utrustning han kunde tänkas behöva inklusive sin senaste uppfinning karbolsprayen. Karbolsyresprayen skulle användas för att sterilisera luften runt patienten under kirurgiska ingrepp och i samband med förbandsbyten. Lister var övertygad om att hans antiseptiska system räddar liv men skulle han verkligen testa den på självaste drottningen?

När Lister undersöker drottningen i hennes sängkammare ser han att tillståndet är kritiskt. Bölden i armhålan var av apelsinstorlek och mätte 15 cm i diameter. Om den skulle bli större riskerade drottningen dö i blodförgiftning. Motvilligt gick hon med på att opereras. Hennes dåliga tillstånd gjorde att hon endast fick en ytlig sövning med kloroform. Drottningens livmedikus Jenner fick uppgiften att sköta karbolsyra sprayen. Lister desinfekterade instrument, sina händer och drottningens hud allt medan Jenner sprayar rummet fullt av karbolsyra. När Lister är nöjd med mängden av det antiseptiska medlet lägger han ett djupt snitt i drottningens böld. Bölden tömmer sig på var och blod, Lister tvättar noggrant rent såret och lägger ett av sina förband. Vid omläggningen av såret dagen efter ses en liten varansamling under förbandet. Lister tar då en gummislang som han klipper små hål i, låter den ligga i karbolsyra för att sen stoppa in den i såret som ett dränage. Detta var första gången han använde sig av metoden att med slang dränera ett sår. Drottningen tillfrisk-



Lister, steam spray, karbol spray. Wellcome Collection.



Baron Lister (seated centre) in the Victoria male casualty ward, King's College Hospital. Photograph, 1891. Reference: 14475i

nade och kunde senare kommentera det hela med "en högst obehaglig uppgift, men mycket angenämt utförd"

Lister påstås själv senare inför sina studenter skämtat om händelsen och sagt "jag är den ende som stucket en kniv i drottningen". Nyheten om Listers lyckade behandling av drottning Viktoria spreds och gav viss ökad tilltro till hans metoder, och drottningen hade ju gett ett visst status till Lister enbart genom att tillåta honom operera henne.

Antiseptisk behandling

1877 flyttade Lister till London dit patienter skickades från hela världen till honom i hopp om att behandlas antiseptisk. Men han hade fortfarande svårt att få genomslag för sina metoder i London, inte minst bland sjuksköterskorna som beskrivs av en samtida läkare "som misstänksamma och beväpnade med en rad oflexibla regler som skulle efterföljas, inte bara patienterna förväntades följa dom utan även läkarna".

Listers lära och metoder fick snabb spridning och han fick mer stöd från kontinenten än på hemmaplan. Båda sidorna i fransk-tyska kriget som pågick 1870 bad Lister utforma råd hur man bäst tar hand om skadade soldater. Richard Von Volkmann professor i kirurgi vid Halle hade fått sitt sjukhus överfullt med skadade soldater, sjukhuset var så drabbat av infekterade

soldater att det hotades behöva stänga. Volkmann införde Listers metoder och fick lysande resultat. Efter det blev han en av Listers främste anhängare. Även en dansk läkare M J Saxtorph skriver ett brev till Lister om sina framgångar med hans metoder. Lister använder sig senare av brevet för att reta upp de i London kritiska kirurgerna "Det kan verka konstigt att Köpenhamn nått såna resultat, när så ringa framsteg gjorts i den engelska huvudstaden"

I Sverige verkade Listers lära fått tidig spridning, i en artikel i *EIRA, tidskrift för Hälso- och Sjukvård* från 1881 Med titeln *I hvad mån bör och kan landsortsläkaren använda den antiseptiska sårbehandlingsmetoden*, skriver författaren A Lindh "Är nu den antiseptiska metoden den bästa, så följer deraf, att alla läkare bör i sin verksamhet begagna detta behandlings-sätt.... den sårbehandlingen i hela världen erkännes som den bästa".

Han fortsätter beskriva att den Listerska metoden kan anses omfattande och tidskrävande för en läkare på ett landsortslasarett som redan har mycket att göra. Men Lindh menar att efter antiseptiken infördes vid hans lasarett i Halmstad år 1876 har mycket mindre tid behövt läggas på sårvård och detta trots att många fler patienter kommit att vårdas vid lasarettet. Den gamla sårvårdsregimen före Listers krävde att såren behövde omläggas minst två gånger



Catcut i karbol preparerad av Lister



Tube of sterile catgut ligature, Edinburgh, Scotland

dagligen för att hållas någorlunda rena och luktfria och patienterna låg mycket längre tid kvar vid lasarettet. Han fortsätter redogöra för olika situationer en landsortsläkare behöver använda sig av Listers metod och modifiera den utifrån praktiska förutsättningar. Han fortsätta skriva om desinfektion, *"Vad då först beträffar den desinfektion af händer, svampar instrumenter och sårets omgivningar, som antiseptiken lärt oss, så torde detta inte få anses omöjligt att verkställa för hvilken läkare som helst. Är man utrustad med tvål och vatten samt en flaska 5 % karbolsyrelösning, så är saken snart klar.....Men jag är alldeles säker på att, så enkla dessa regler äro, bliva de dock ibland bortglömda af dem, som icke äro speciellt intresserade af antiseptiken"*. Han

avslutar artikeln med att konstatera att *"det inte är omöjligt för landsortsläkaren att begagna sig af antiseptikens skatter"*.

Utvecklingen tar fart

Samtida läkare runtom i Europa och Amerika utvecklade mellan åren 1880–1890 Listers lära om antiseptisk till att istället handla om aseptisk och att istället förhindra att bakterier kommer i såret överhuvud taget. Herman Kummell såg att det var kirurgernas händer och inte luftburna partiklar som innebar störst fara för patienten utifrån detta utvecklade Paul Fürbringer en standardiserad rutin för preoperativ handdesinfektion. Von Bergmann och hans assistent Schimmelbusch började ångsterilisera instrument och material och klä in patienten och operationsområdet i sterila lakan. Gustav Nubert rapporterade att postoperativa infektioner minskade då personalen i operationssalarna började använda speciella rockar och mössor. Vid John Hopkins sjukhuset såg man att det gick halvera infektionsfrekvensen vid bräckoperationer genom att använda operationshandskar. En annan tidig "Listerian" var Johann von Mikulicz-Radecki vid universitetet i Breslau. Han anställde en bakteriolog med uppdrag att se över alla aspekter vid operationer, bakteriologen såg att droppar från kirurgernas näsa och mun kunde kontaminera operationssåret, utifrån detta började kirurgerna vid Breslau bära munskydd under operationerna 1897.

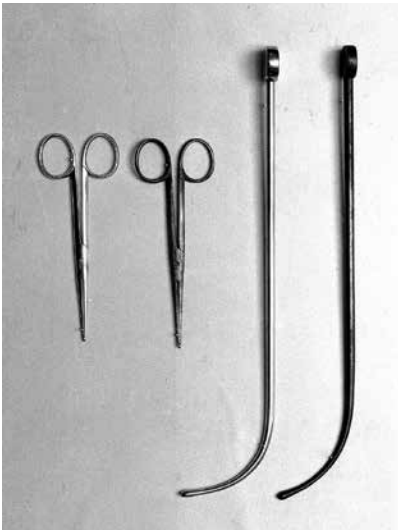
Lister fortsatte utveckla och förfina sina metoder och arbete med variga sår. Han började experimentera med ligaturer.

Det vanliga vid denna tid vara att ligera av kärl med ligaturer och lämna dessa med så långa trådändar att de kunde sticka ut från såret för att senare skulle kunna plockas bort. Detta var ett stort problem som underlättade för smittoämnen att infektera såret. Lister räknade ut att ett ligaturämne som kunde absorberas av kroppen skulle vara lösningen på problemet. Han började experimentera och göra försök med karbolindränkt silke i första hand men var inte helt nöjd, han började titta på ett annat organiskt material, Catgutt som är ett material gjort av framför allt, får- eller gettarmar. Han kom på en metod att göra så materialet inte absorberades för tidigt i kroppen och publicerade sina upptäckter i *The Lancet*. Catgutt introducerades 1869 och han fortsatte utveckla produkten under många år och Listers sista anteckningen om ämnet Catgutt är gjord 1899.

Lister fick mot slutet av sitt liv erkännande och mottog en rad utmärkelser för sina insatser både i Storbritannien och utomlands. Han adlades och blev drottning Viktorias personlige kirurg och fick senare motta "Order of Merit" av den brittiske Kungen. Lister utformade och tog patent på ett flertal kirurgiska instrument. Hans mest kända instrument introducerades 1875 vilket var en fisteltång, benämnd *"sinus forceps"*. Instrumentet var avsett att används som en främmande kroppstång för avlägsnande av föremål i diverse hålör eller vid applicering av dränering. Lister har en förbandssax uppkallad efter sig, men det går inte hitta i några källor att just



Förbandssax Lister



Uretra sond och "sinus forceps", använd av Lister wellcome collection

Lister skulle vara saxens upphovsman. Saxen beskrivs första gången som en ny bandagesax i en artikel publicerad 1958 författad av den amerikanske läkaren Preston J Burnham.

1879 skapade Dr Joseph Lawrence från St Louis en bakteriedödande lösning som han inspirerad av Listers upptäckter döpte till Listerine. Från början såldes medlet med brett användningsområde från mjällmedel till golvrengöring och botemedel för gonorre. Men senare såldes det in till tandläkare som ett munvatten och det är så vi känner till det idag. Bakteriesläktet *Listeria* är också namngiven till Joseph Listers ära. Han har även ett berg "Mount Lister" på Antarktis uppkallat efter sig.

Som person beskrevs Joseph Lister som en stor humanist, med ett stort hjärta. Lister hustru Agnes avlider 1893 efter några dagars sjukdom då paret är på semesterresa i Italien. Han drabbades av stor sorg och en förlust han aldrig kom över. Lister avlider 85 år gammal den 10 februari 1912 efter att de sista åren varit närmast både döv och blind. Hans död sörjs av en hel värld och han äras för sina insatser med beskrivningar som mänsklighetens välgörare vars kunskaper räddat livet och minskat lidande hos en ofattbar mängd människor. Den brittiska nationen bestämde att han skulle begravas i Westminster Abby, de brittiska monarkernas begravningskyrka. Begravningsakten hölls i Westminster Abby där den kungliga familjen tillsammans med ett stort antal vetenskapsmän och allmänheten deltog. Men Listers uttryckliga önskan var att få sin sista vila vid sin älskade hustrus sida vid Hampsteads begravningsplats London dit han också fördes efter begravningsakten. ●

Referenser

Berg J. Resebref från Dr Jahn Berg. HYGIEA Medicinsk och Farmaceutisk månadskrift Nr5 Maj 1880.

Burnham P J. New Bandage Scissors JAMA Oct 11, 1958.

Ellis H Lister's sinus forceps. JPP vol 17 no 5 May 2007.

Fitzharris L. Konsten att skära i kroppar, Joseph Lister & den moderna kirurgins födelse. Atlantis, Stockholm 2017.

Francoeur J R *Joseph Lister: Surgeon Scientist (1887-1912)* Journal of investigative surgery; 13:129-132, 2000.

Lindh A. *I hvad mån bör och kan landsortsläkaren använda den antiseptiska sårbehandlingsmetoden.* EIRA Tidskrift för Helso- och sjukvård. 5:te årgången N:r1 D .8 Jan 1881.

Lister J. *On the Antiseptic principle in the practice of surgery.* The British medical journal (Sept 21, 1867).

Lister J. *On a New Method of Treating Compound Fracture, Abscess, ETC. With Observations on the Conditions of Suppuration.* The Lancet, March 16, 1867.

Lister J. *On a New Method of Treating Compound Fracture, Abscess, ETC. With Observations on the Conditions of Suppuration.* The Lancet, March 23, 1867.

Lister J *On a New Method of Treating Compound Fracture, Abscess, ETC. With Observations on the Conditions of Suppuration.* The Lancet March 30 1867.

Lister J. *On a New Method of Treating Compound Fracture, Abscess, ETC. With Observations on the Conditions of Suppuration.* The Lancet April 27, 1867.

Lister J. *On a New Method of Treating Compound Fracture, Abscess, ETC. With Observations on the Conditions of Suppuration.* The Lancet July 27, 1867.

Lidwell O M. *Joseph Lister and infection from the air.* Epidem.inf. (1987) 569-578.

Nakayama D K. Antisepsis and asepsis and how they shaped modern surgery. The American Surgeon June 2018 vol 84.

Tan S Y. Tasaki, A. *Medicine in stamps. Joseph Lister (1827-1912): Father of antisepsis.* Singapore Med J 2007;48(7);605.

Thompson C J S Lord Lister. The discoverer of antiseptic surgery. *John Bale sons & Danielsson LTD London 1934* <https://wellcomecollection.org/works/bcuwyt4y>.

FAKTA

Antiseptisk syftar till att bekämpa redan befintliga mikroorganismer,

Aseptisk syftar till att förhindra uppkomsten av mikroorganismer, genom rengöring sterilisering "hålla det rena rent"

Vårdtyngdmätning

Vårdtyngdmätning innebär att man mäter belastningen på verksamheten utifrån personer som behöver vårds behov, ofta ur ett omvårdnads- och ett medicinskt perspektiv. Att utgå från antalet personer som vårdas för att veta hur mycket personal som behövs är en missvisande metod, det vet alla som jobbar inom sjukvården att olika inläggande personers behov ser helt olika ut. En person kanske inte behöver så mycket hjälp eller stöd alls för att klara sin sjukhusvistelse medan en annan behöver alla tillgängliga medel. Att mäta vårdtyngden i stället för att räkna sängar innebär en mer sanningsenlig bild av arbetsbelastningen då den tar hänsyn till flera komplexa faktorer hos personen.

Äldrevården är kanske den del av vården som har störst erfarenhet av mätningarna och där instrument för mätning till viss del har validerats, men också inom intermedieär- och akutsjukvården är fenomenet utbredd. Mer nyligen har det börjat användas på olika intensivvårdsavdelningar men verkar än så länge inte ha validerats.

Många avdelningar kommer fram till ett eget sätt att mäta vårdtyngden, ofta med fokus på både omvårdnadsperspektivet

och det medicinska. Vissa graderar med siffror och bokstäver, vissa endast med siffror. Underlaget för poängsystemet grundar verksamheterna olika, några har mätt den faktiska tiden de olika arbetsmomenten tar medan andra uppskattar vilka moment som kräver mer respektive mindre. Gemensamt för verksamheterna är att de kategoriserar behoven inom olika områden och på så vis önskar få fram en bemanningsplan som underlättar för koordinatörer och verksamhetschefer att placera personal där den behövs mest.

Det finns lite olika vägar för att planera bemanningen, många arbetar fortfarande reaktivt med vårdtyngdmätning och mäter efter passet medan flera har arbetat fram ett proaktivt instrument där man i förväg har bestämt ett omvårdningsmönster för olika sorters patienter som gör att det går att planera. Patienterna tilldelas då en poäng eller liknande så att personalen men kanske framför allt koordinatören har möjlighet att se vilka arbetsgrupper som kommer att behöva utökade resurser i form av personal alternativt att man möblerar om bland vårdtagarna så att det jämnar ut sig emellan de olika arbetslagen.

VÅRDTYNGD Ett mått på en brukares behov som kan uttryckas i tid och översättas till personalbehov
Källa: Socialstyrelsen

Fokuset har ökat för personer som vårdas olika behov. I flera verksamheter upplever man att vårdtyngdmätning har öppnat för diskussioner kring omvårdnaden och att teamet arbetar mer aktivt med åtgärder. Just förmågan att mäta skapar förutsättningar för att också se resultat för omvårdnaden kring den enskilde patienten som efter ett par dagar rimligtvis har förbättrade poäng i en vårdtyngdmätning och kanske klarar sina aktiviteter i det dagliga livet (ADL) bättre.

Moment som kan mätas kan innefattas av den allmänna omvårdnaden med personlig hygien, dusch och bad, förflyttning med mera. Moment inom medicinsk omvårdnad kan vara till exempel katetersättning, sårvård, läkemedel och injektioner. Den sociala omvårdnadens moment som kan ligga till grund för mätning kan till exempel vara verbal kommunikation, ångest och/eller oro med flera.

Vissa menar dock att man inte får stirra sig blind på resultaten från en vårdtyngdmätning, den ska fungera som ett hjälpmedel för den dagliga verksamheten men inte nödvändigtvis kontrollera den. Aktuellt just nu är att RFops SPOR-råd arbetar med frågor kring vårdtyngdmätning som en del av ett nationellt utvecklingsarbete inom operations-sjukvården, se mer under Föreningsnytt. Det kanske kan skapa förutsättningar för mätning av vårdtyngd på en operationsavdelning. Hur det skall omsättas i praktiken och hur det kan påverka verksamheterna koordinering får tiden utvisa. ●



Foto: Emma Heshmait-Högrelus

SE VÅRA NYA PANNLAMPOR FÖR OPERATIONSBRUMMET



- Fiberljuspannlampa med XENON-ljuskälla
- Fiberljuspannlampa med LED-ljuskälla
- Batteridrivnen LED-pannlampa
- Kamera med stabilisator - *prova och upplev skillnaden!*

Välkomna att boka en kostnadsfri utprovning!

Vetenskaplig teori och metod på operationssjuksköterskeutbildningen

Kursen vetenskaplig teori och metod på operationssjuksköterskeutbildningen, hur gör vi den mer inspirerande? Här är ett exempel på hur man kan utveckla en kurs utifrån befintlig kursplan. På flera lärosäten och inom flera specialistsjuksköterskeutbildningar inleds programmen med en kurs i vetenskaplig teori och metod. Där ska studenterna fördjupa sina kunskaper inom forskningsmetodik och vetenskap inom sin nya inriktning. Ofta är examinationsuppgiften i kursen att skapa en projektplan för en tänkt forskningsstudie, antingen kvalitativ eller kvantitativ eller både och. Tanken är god, absolut... Och jag förstår bakgrunden till att inleda ett program på avancerad nivå med att höja det vetenskapliga fokuset inför kommande kurser. Men jag måste ändå säga att jag var kritisk till hur vår kurs på Karolinska Institutet inom operationssjuksköterskeprogrammet var utformad. Där skulle alltså studenterna fördjupa sig vetenskapligt inom operationssjukvård. Men en del av våra studenter har faktiskt aldrig någonsin satt sin fot på en operationsavdelning. Hur ska man kunna fördjupa sig vetenskapligt inom ett kontext som är helt främmande? Som lärare, kursansvarig och examinator har jag ägnat timmar åt att granska dessa projektplaner och insett att i många fall har studenterna ingen aning om vad de skriver om. Det blir bara ord utan mening och förståelse. Hur kul och inspirerande är det egentligen, för studenten som sökt och kommit in på kanske sina drömmars utbildning, att börja med en sådan kurs, som är helt abstrakt? Vi har också utmaningar med tidiga avhopp i denna kurs vilket i sig talar sitt tydliga språk.



Ami Fagerdahl

Med detta som utgångspunkt satte jag mig vid ritbordet och började fundera. Hur ska man kunna ta den befintliga kursplanen och arbeta med att designa om kursens innehåll? Utan att behöva ändra kursplanen...?

Förändringsarbetet

Min första fundering var ”vad är det egentligen en specialistsjuksköterska behöver”? Är det verkligen att kunna bedriva forskning? Till min egen besvikelse, som forskare, blir faktiskt svaret på den frågan nej. Det är liksom nästa steg, i forskarutbildningen. En specialistsjuksköterska på avancerad nivå ska kunna värdera och använda den forskning och kunskap som finns snarare än skapa ny kunskap. Det är ju inte för intet som evidensbaserad vård är en av våra kärnkompetenser. Det är DÄR fokus borde ligga.

Med detta fokus började jag kika på den befintliga kursplanen, vad den gav

utrymme åt, funderade, funderade och funderade. Och diskuterade i princip med alla, kollegor, studenter, lärare, kliniker. Ja alla jag kunde komma på. Och så började ett nytt upplägg ta form. Först och främst ville jag få till diskussion och interaktion mellan studenterna. Tidigare skrev de projektplan ensamma. Utan någon annan än oss lärare under en kort handledning att bolla funderingar med. Och ofta slutade det med att vi lärare gav riktningen för arbetet, design, analysmetod osv. Lösningen blev grupper om tre. Två blir för sårbart och i grupper om fyra kan en ”gömma” sig. Och så ville jag att dessa grupper skulle vara intakta genom hela kursen och att kursen alla uppgifter skulle utgå ifrån denna konstellation.

Upplägget stod klart vårterminen 2022. Nu skulle det bli spännande att prova detta som jag arbetet så mycket med. TVÄRSTOPP! Ytterligare en våg av Covid-19 drog över oss under december

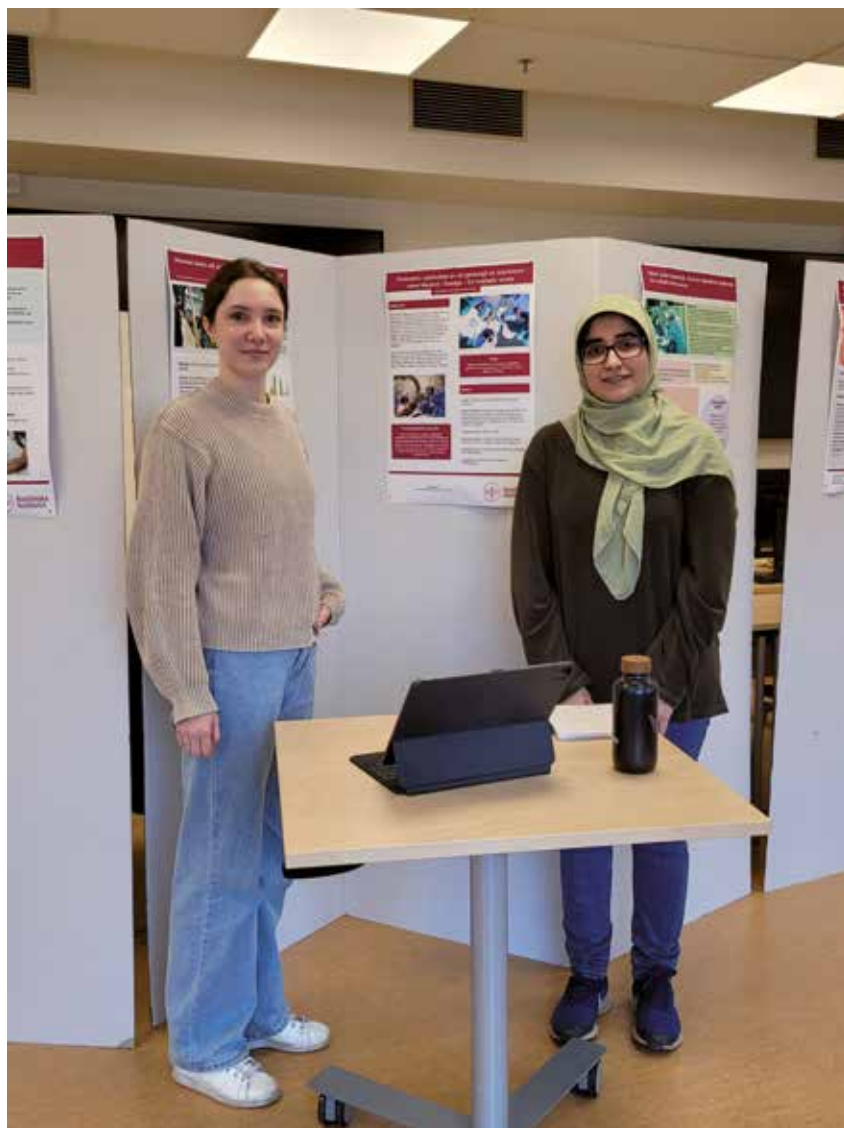
2021 vilket gjorde att jag inte vågade chansa på att det skulle gå att genomföra med så pass mycket "kontakt" mellan studenterna. Besviken fick jag snabbt planera om, gå tillbaka till det gamla upplägget, ge kursen digitalt och bida min tid. Höstterminen 2022 däremot, då gick allt vägen.

Kursens nya innehåll och upplägg

Upplägget blev att på kursens introduktionsdag inleds det med en föreläsning i evidensbaserad vård med många praktiska och kliniska exempel och tips. Därefter följer föreläsningar om den vetenskapliga grunden för perioperativ omvårdnad samt hur man granskar en vetenskaplig artikel på ett effektivt och tidsbesparande sätt. Sen delas studenterna som är på plats in tre och tre. De får då i uppgift att dels bekanta sig lite med varandra och dels välja ut ett syfte bland 7–8 olika förbestämda alternativ, väldigt breda och relevanta för den perioperativa omvårdnaden. I tidigare kurser har studenterna behövt komma på egna syften för sina presumtiva studier, då som sagt många av dem utan att vara insatta i det kliniska kontext överhuvudtaget. När de kommit överens om syfte börjar de så smått se på ramverk för litteratursökning (ex.vis PICO, PEO) för att börja processen att generera ämnesord. Precis som de skulle ha gjort för att få svar på en klinisk fråga eller problem ute i sin verksamhet.

Dagen efter tar grupperna med sig sitt syfte och ramverk med påbörjade ämnesord till en workshop i datasal tillsammans med Södersjukhusets bibliotekarierna. Där blir det både föreläsningar om litteratursökning och praktiska övningar utifrån deras valda syfte. De ska få fram 6 artiklar som skulle kunna passa i en bakgrund, alltså som handlar om deras ämne i stora drag. Dessa artiklar delar de upp i gruppen så de får två var. Resten av veckan ska de granska "sina" två artiklar utifrån granskningsmallar och besvara frågor gällande vetenskaplighet, kvalitet, klinisk nytta etc.

Detta blir en individuell inlämningsuppgift, att genomföra artikelgranskningen av "sina" två artiklar och betygsätts således individuellt. Veckan efter är det föreläsningar i kvalitativ och kvantitativ metod av forskande specialistsjuksköterskor på Södersjukhuset utifrån ett mer kliniskt perspektiv. Därefter fortsät-



Studenterna presenterar sina projektplaner både muntligt och i form av en poster

ter grupparbetet med att påbörja en projektplan utifrån gruppernas valda syfte baserat på deras litteratursökningar och den kunskap de erhållit under föreläsningarna samt relevant kurslitteratur. De ska planera för design, urval, datainsamling samt dataanalys.

Den tredje veckan har vi inbokad resurstid i datasal för studenterna att påbörja arbetet med att skapa en poster över sina projektplaner. Det är ett media som jag känner är viktigt för specialistsjuksköterskor att kunna använda för att kunna förmedla kunskap kring till exempel genomförda förbättringsarbeten på konferenser och liknande. En poster är ofta första steget in den vetenskapliga kommunikationen. Studenterna arbetar med postermall från Karolinska Institutet och jag blir så "vetenskapligt lycklig" när jag hör hur de diskuterar sina projekt på detaljnivå, både inom gruppen

och med mig eller sina kurskamrater. De allra flesta blir färdiga med ett utkast efter denna workshop som de sedan fortsätter att fylla på.

Under den näst sista veckan fokuserar vi på felkällor med föreläsningar om var det kan gå snett inom kvalitativ och kvantitativ forskning. Utifrån detta och kurslitteratur ska de sen individuellt fundera över sina egna projekt och identifiera möjliga felkällor samt hur man kan reducera riskerna för dem och höja kvaliteten. Detta är något som är viktigt när man ska granska befintlig forskning. Detta blir också en individuell inlämningsuppgift.

I tillägg här föreläser jag också, som är ledamot i Etikprövningsmyndigheten, om vårt arbete på myndigheten och om etikprövning och forskningsetik generellt. Studenterna har också ett mycket



Mingel med bubbel och posterutställning som avslutning på kursen

intressant radioprogram om forskningsetik från Sveriges radio "Försökskanin eller försöksperson?" som de ska ha lyssnat igenom innan. Till projektplanen och på postern ska de ha med ett forskningsetiskt resonemang utifrån sina projekt. Under den sista veckan arbetar studenterna med att finslipa allt, läsa på kurslitteraturen och fördjupa sig ytterligare.

På tisdagen ska de lämna in sina postrar och erhåller då en annan grupps poster att granska. De ska också förbereda en muntlig presentation inför examinationsseminariet som är på torsdagen.

På torsdagen sista kursveckan är den stora dagen. Då är alla postrar tryckta och uppsatta på skärmar redo för studenternas posterpresentation. Varje arbete får cirka 20 minuter vilket innebär cirka fem minuter muntlig presentation av gruppen, cirka tio minuters opponentskap och sen fem minuter för de övriga studenterna att komma med frågor. Och vilken skillnad på vetenskaplig diskussion! Jag är imponerad! Genom att de i gruppen blött och stött en massa frågor gällande sina projekt under hela kursens gång, och även på egen hand funderat över kvalitet och felkällor lyfter diskussionen till en helt annan nivå. Och vilka fantastiskt fina postrar. Jag som forskare och lärare kan inte bli annat än stolt över den "produkt" som studenterna levererat. Efter posterpresentationen som firas av med mingel och bubbel (pårandryck med

ciderkaraktär) kommer studenterna även att få en skriftlig feedback på både projektplanens vetenskaplighet samt på layout på postern.

Utvärdering och analys av det nya upplägget

Detta upplägg har genomförts nu under två terminer och de studenter som gick den första kursen med nya upplägget ska snart skriva sina uppsatser. Det kommer bli spännande att utvärdera om det blivit någon förändring i studenternas kunskaper och förmågor in i den kursen. Jag hoppas och tror att de kommer att kunna ta sig an examensarbetena på ett mer inspirerande sätt. Men det återstår och se. Jag tar i alla fall med mig det en av studenterna utbrast efter att posterpresentationerna var över "men detta med forskning är ju inte så himla tråkigt som jag trodde". ●

Fakta: Ami Fagerdahl, docent och lektor, studierektor Specialistsjuksköterskeprogrammet inom operationssjukvård, Karolinska Institutet, Södersjukhuset

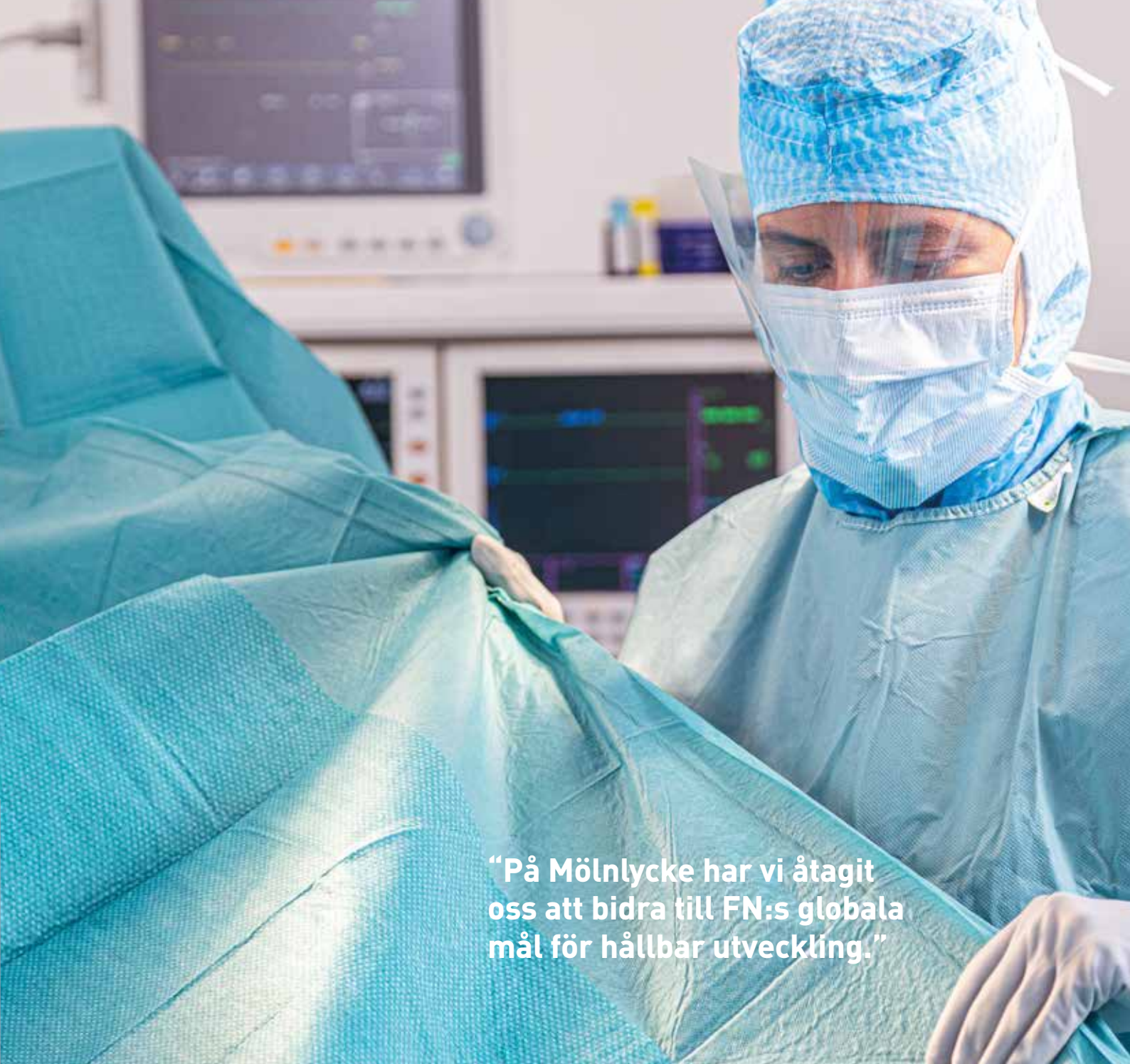
Medtronic

Together,
we can improve
patient
outcomes

One
complete solution
for your surgical
needs



Procedural kit



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

BARRIER hållbara draperingar

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



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

Läs mer på www.molnlycke.se

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

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



Mölnlycke®



Centraloperation i Östersund

- en liten operationsavdelning med bred kompetens

En operationsavdelning i en glesbefolkad region mitt i Sverige, kanske mest känd som Norrland. Region Jämtland Härjedalen kan stoltsera med ett sjukhus, Östersunds sjukhus som ombesörjer en yta större än hela Danmark. Från fönstren längst ned i korridoren på operationsavdelningen syns solen gå ned bakom Frösöberget. Vintertid ses skidåkare svänga sig ned för Gustavsbergsbacken, slalombacken på cykel- och gångavstånd från Östersunds centrum. Sommartid springer eller går enträgna motionärer och elitidrottare upp och ned, med eller utan stavar. Även cykelfolket nyttjar backen flitigt under barmarkperioden.

En fridfull idyll eller?

Det kanske är så Jämtland Härjedalen framställs, som en fridfull idyll, det lugna Norrland. Och visst, oftast rullar det på med det vanliga ortopediska,

kirurgiska, urologiska och gynekologiska på operationsavdelningens 11 salar. Elektiva operationer så som laparoscopiska gallor, höftplastiker, section, uretärstenar, blandat med akuta laparotomier, fotledsfrakturer, collumfrakturer och så vidare. Det som särskiljer Östersunds sjukhus från många andra är dock den enorma populationsvariationen i länet, de stora avstånden och de omåttligt populära fritidsaktiviteterna som ofta leder till skador.

Helikoptern till stor hjälp vid patienttransporter

Närmaste universitetssjukhuset från Östersund i Sverige är Umeå, 36 mil skog bort. Åt andra hållet får vi ta oss 26 mil av mer skog och berg över gränsen till Norge och universitetssjukhuset i Trondheim. Eftersom vägavstånden är långa finns komplement till vägabulansen. Över träd- och fjälltopparna

arbetar en av Sveriges ambulanshelikoptrar. Den rycker ut till de svårast skadade men används även vid transporter av patienter vars sjukdom eller skada inte är livshotande, till exempel i väglöst land eller när det är mycket långa avstånd och/eller dåligt väglag.



Foto: Sara Rönnberg/Region Jämtland Härjedalen



Anna Karin Jemtehed och Marielle Nordström



Äventyrliga turister blir våra patienter

Inom upptagningsområdet bor det cirka 132 000 invånare, men turismen kan periodvis fördubbla siffran. Jämtland och Härjedalen kanske mest för tankarna till Åre och Vemdalen, alpint, längdskidor, skoter och snowboard, men har även blivit ett hett resmål under sommarmånaderna. En aktiv semester står högt i kurs med aktiviteter som vandring och downhillcykling. Vissa tider på året sätts därför operationsavdelningen under stor press. Sportlovsveckorna strömmar patienter in med fotledsfrakturer, handledsfrakturer, underbensfrakturer och skallskador. Under vinterperioden består den största andelen traumatan av utomläns- och utlandspatienter. Sommartid ses mycket skador relaterade till cykling. Ta också i beaktning den ökade trafiken turismen ger upphov till med större risk för trafikolyckor, speciellt i vinterväglag. Men turisterna drabbas inte bara av skador relaterade till traumatan utan måste givetvis också uppsöka sjukhuset till följd av andra åkommor som kan hända i princip vem som helst när som helst. Appendiciter, gallstenar och ileus.

Gediget traumaarbete

Alpint, cykling och skoter. Aktiviteter där man är relativt oskyddad i höga hastigheter. Med lite otur kan det leda till stora traumatan. Senaste åren har det jobbat mycket med rutiner kring trauma på sjukhuset. I dagsläget har både narkossjuksköterska och operationssjuksköterska sökare på sig med traumafunktion. Vid nivå 1 trauma går operationssjuksköterska ut på akutrummet för att kunna bistå om kirurgiska åtgärder behöver utföras omedelbart på akutrummet, till exempel thorakotomi eller thoraxdrän, eller för att kunna rapportera in till operation vad som behöver förberedas om det verkar bli aktuellt med operation. Det görs återkommande simuleringsövningar för alla som är involverade i traumaomhändertagandet och TNCC-utbildning hålls på sjukhuset.

Operationsrobot och nationell benbank

De senaste åren har också mycket annat utvecklats inom operationsverksamheten. År 2018 köptes sjukhusets första operationsrobot in som idag nyttjas av både kvinnokliniken, urologen och kirurgen. Året innan invigdes en helt ny opera-

tionssal för donationer. Projektet med bygget kunde genomföras med hjälp av bidrag från Vävnadsrådet. Här tillvaratas bland annat caput från höftplastiker men det huvudsakliga syftet med projektet var att öka benbanken till att även omfatta rörben och senor från avlidna. Idag har Östersund en nationell benbank som förser hela Sverige med bengraft.

Variation, spänning och utmaning

Detta sammantaget är nog det som gör arbetet spännande, varierande och stundtals utmanande för avdelningens cirka 20 operationssjuksköterskor och kanske också det som gör att många pensionärer väljer att jobba extra. Ett arbete som kräver såväl spetskompetens som bredd. Allt från en ärta i näsan till organdonationer och trepanationer. Nästan så att arbetet som operationssjuksköterska likt en ärta i näsan för tankarna till Astrid Lindgren och Lotta på Bråkmakargatan, ”det är konstigt med mig, jag kan så mycket!”. ●

Fakta: Anna-Karin Jemtehed Sektionsansvarig operationssjuksköterska urologen

Specialistutbildad undersköterska anestesi-, operation och intensivvård

Är en yrkeshögskoleutbildning som ges på några platser i landet. Bland annat Stockholm, Göteborg, Linköping och Växjö. Det är myndigheten för yrkeshögskolan (Myh) som beviljar skolor/lärosäten att få starta en utbildning. För att få starta måste man ha en stark anknytning till arbetslivet. I det här fallet ska skolan ha avtal med sjukhus som ska bidra med LIA (praktikplatser) och föreläsare. Företrädare för de deltagande sjukhusen ingår också i skolornas ledningsgrupp. Yrkeshögskolan är en postgymnasial utbildning men inte högskola.

Specialistutbildningarna är inte reglerade och då de är lokalt knutna till ortens sjukhus (som kan ha väldigt varierande verksamhet) så kommer utbildningarna på de olika orterna se väldigt olika ut. Bland annat är inte längden på praktiktiden på respektive specialitet specificerad utan kan variera från kurs till kurs efter vad sjukhusen erbjuder. I utbildningsplanen finns beskrivet vilka förkunskaper som förväntas. Kraven är att de som antas till utbildningen har motsvarande undersköterskeutbildning men så är inte alltid fallet. Nu kan det vara så att de som går utbildningen aldrig har verkat som undersköterskor.

En fråga som lyfts till Socialstyrelsen är: hur ska man förhålla sig till benämningen specialistundersköterska? Rollen är olklar. I legitimationsyrken får ju inte vem som helst kalla sig specialist. Det kan också vara oerhört provocerande då personer som enbart tidigare jobbat inom omsorgen kommer ut och kallar sig specialister efter genomgången utbildning. Benämningen "Specialist undersköterska anopiva" kan även vara missvisande då andelen praktik inom respektive område anestesi, operation eller intensivvård kan variera kraftigt efter var sjukhusen anser sig ha praktikplatser.

Man kan också ge fel förväntningar till de som går kursen på lön och anställning när de kommer ut. Ordet specialist stökar ju till det. Det blir en arbetsgivarfråga att stämma av vilken arbetslivserfarenhet vederbörande har. Var de gjort sin LIA, tidigare erfarenheter. Det kan också finnas stora förväntningar att leva upp till från arbetsplatsen. Chefer har en stor uppgift att känna till innehållet i utbildningar som deras anställda genomgår.

Hur blir det för undersköterska som arbetat länge inom op, an och iva som visserligen kan få en skyddad yrkestitel men inte titeln specialist medan någon

som enbart har jobbat inom äldre vården och inte har undersköterskeutbildning men gått anopiva kursen blir specialist? Det som var tänkt som en påbyggnadsutbildning för undersköterskor har blivit något helt annat då även de utan motsvarighet till undersköterskeutbildning antas till kurserna. Det kanske borde kallas fördjupningsutbildning i stället och enbart de som är behöriga antas till utbildningen vilket inte är fallet idag. Men som är ett krav i utbildningsplanen.

Utbildningarna behöver utvärderas på riksplan för att bli enhetlig. En risk med att utbildningarna bedrivs i samarbete med verksamheterna är ju att de blir väldigt lokalanpassade. Det finns ju inte specificerat i läroplanerna hur lång tid på de olika specialiteterna utan det beslutas av varje sjukhus och kan variera från kurs till kurs. Vi får nog anledning att återkomma i frågan med anledning av det kommande införandet av skyddad yrkestitel för undersköterskor. På www.myh.se kan man läsa mer om de olika utbildningar som finns och där finns utbildningsplaner. ●

YH = yrkeshögskola

LIA= lärande i arbete

VIL= verksamhets integrerat lärande

Infektionsprevention genom care bundles

**Sagt om den nystartade utbildningen, *Infektionsprevention*
– Ett viktigt arbete, nu på ett nytt & enkelt sätt!**

Jag valde att gå utbildningen för att lära mig mer om hur man kan gå tillväga för att försöka förebygga infektioner. Jag var ute efter att få tips om hur man kan gå tillväga och var nyfiken om hur andra hade gjort på sina sjukhus. Jag kände inte till care bundles sedan tidigare och var nyfiken på vad det handlade om. Kursen var givande tyckte jag. Intressanta föreläsningar när vi träffades första dagen. Jag tyckte det var kul att gruppen fortsatte hålla kontakt via watsup och att de kom med för-

slag vilka små medel man kan göra för att göra skillnad. Det öppnade ögonen för mig att vi gör rätt på sjukhuset där jag arbetar men att det även finns möjlighet till förbättring. Jag och min kollega arbetar mycket med basala hygienrutiner genom att informera personalen om hur man går tillväga på rätt sätt för att förhindra smittspridning. Detta ser jag som en typ av care bundle.

Jag kan absolut rekommendera kursen för andra. Alla kan rekommenderas att gå den, särskilt de som är hygienansvariga på sin avdelning. (Både läkare och sjuksköterskor)

Nästa utbildning startar den 20 oktober, mer information kommer på rfop.se och våra socialmedier och självklart i Uppdukat.

MEDI PLAST

**PRAKTISK
HYGIENISK
ENKEL**

SafeSwab

ENKLARE HANTERING AV
ANVÄNDA OP-KOMPRESSER.

**NU ÅTER
I LAGER**

SafeSwab är en 5-delad plastbehållare med lock som används för säker kontrollräkning och hygienisk avfallshantering av operationsdukar.



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

NU TILLVERKAD I SVERIGE



Medioplast AB
Box 1004, 212 10 Malmö
Tel kundtjänst: 040-671 23 00
mediplast.info@mediplast.com

mediplast.com



Porträttet

Veronica Ramirez Johansson

Egentligen tänkte jag specialisera mig inom psykiatri, men en intressant VFU-plats på en operationsavdelning under min sjuksköterskeutbildning fick mig på andra tankar. Jag har inte ångrat mitt val för en endaste sekund. Jag heter Veronica Ramirez Johansson och har varit operationssjuksköterska i över 20 år. Hela mitt yrkesverksamma liv har jag arbetat på Karolinska Universitetssjukhuset och jag har ännu inte funnit en anledning till att byta sjukhus. För oss sjuksköterskor finns det verkligen ett smörgåsbord av valmöjligheter och jag tänkte berätta kort om min resa från grundutbildad sjuksköterska till operationssjuksköterska, universitetsadjunkt och doktorand.

Jag visste redan som barn att jag ville arbeta med sjukvård då båda mina föräldrar arbetade inom vården. Ibland fick jag följa med min mamma på hembesök när hon lade om bensår och gav insulin. Sjuksköterskeutbildningen var därför ett självskrivet val efter gymnasiet. Då, det vill säga på 90-talet, blev jag varse om att det inte var plättlätt att komma in på sjuksköterskeutbildningen, och det krävdes rätt höga betyg. Jag svor över att jag inte hade pluggat ordentligt i alla ämnen! Hur skulle jag göra för att komma in på den utbildning som jag redan då kände var rätt för mig?

Räddningen blev en treårig forskningsinriktad sjuksköterskeutbildning som gick på prov och som inte enbart baserade antagningen på betyg. Den motsvarade dagens 180 hp men innehöll utöver detta även 30 hp forskningsmetodik. Målet med denna utbildning var att få in forskning i sjuksköterskeutbildningen. Efter flera antagningsomgångar så var vi till slut 16 studenter som kom in, och vi blev en väldigt tajt grupp. Det var under utbildningen som jag kom i kontakt med operationsavdelningens slutna värld då jag gjorde min operationsplacering på Södertälje sjukhus. Jag minns den perioden så väl, dels för att jag trivdes otroligt bra, dels för att det var då som färjan Estonia förläste. Mellan operationerna sprang personalen ut i fikarummet för att se på nyheterna om den hemska katastrofen.

Jag älskade min nya profession

Efter utbildningen arbetade jag som sjuksköterska i några år, men jag kände rätt snabbt att jag ville specialisera mig. Det lutade åt psykiatri, men så dök en annons upp om betald utbildning till operationssjuksköterska. Jag mindes min operationsplacering och tänkte att jag borde hoppa på. Sagt och gjort, år 2000 var jag färdigutbildad operationssjuksköterska och jag började på centraloperation på Karolinska Universitetssjukhuset i Solna.

Jag älskade min nya profession från första stund och hemma märktes det också en skillnad på mig. Jag kände mig ofta otillräcklig när jag arbetade på vårdavdelning och jag funderade mycket på mina patienter efter jobbet. Nu kunde jag fokusera på en patient i taget och ge allt för den personen. Jag visste också att patienten blev väl omhändertagen på postop. Tjusningen med att arbeta på centraloperation var variationen av ingrepp, och variation är något som jag fortfarande uppskattar. Traumasjukvård och stor bukkirurgi har alltid varit det som har tilltalat mig mest.

Efter några år med småbarnsliv och fullt fokus på mina tre pojkar, började jag längta efter att förkovra mig i ny kunskap. Jag intresserade mig för pedagogik och läste några kurser på dåvarande Lärarhögskolan i Stockholm. Jag hängde mycket på kollegans och kliniklärarens rum som tog vara på mitt intresse. Det var otroligt roligt att få undervisa, och jag blev så småningom adjungerad klinisk adjunkt (AKA). Jag fortsatte att studera och tog min magisterexamen i omvårdnad och därefter en masterexamen i klinisk medicinsk vetenskap. Intresset för undervisning tog över alltmer och jag arbetade några år som universitetsadjunkt på Karolinska Institutet. Det var väldigt givande år och jag blir varm i hjärtat när jag träffar på tidigare studenter, nu som yrkesverksamma kollegor. Jag varvade mitt arbete på lärosätet med kliniskt arbete på sjukhuset, och fick tjänst som utvecklingsjuksköterska och därefter utbildningsledare, vilket jag jobbar som än idag.

Sjuksköterska i Spanien

Jag gillar som sagt variation, och under flera sommarsemestrar passade jag på att göra något utanför jobbet som operationssjuksköterska. Jag arbetade extra som sjuksköterska i Spanien på en klimatvårdsanläggning tillsammans med min pappa, och tog hand om svenska barn med reumatism. Det var härliga somrar med en kombo av familjeliv och jobb i en helt annan miljö.

Förutom mitt nuvarande arbete som utbildningsledare så är jag universitetsjuksköterska med klinisk handledning som specialområde. Sedan 2021 är jag också doktorand och mitt forskningsområde är positionsrelaterade skador i samband med kirurgi. Jag har haft tur som får ägna min forskning åt det ämne som jag brinner för. Ann-Christin von Vogelsang är min huvudhandledare och tillsammans med mina bihandledare Oili Dahl och Lotta Falk utgör de en trio av tre starka kvinnor som verkligen backar upp mig. Jag har också min klinik som stödjer min forskning och parallellt fortsätter jag med mitt ordinarie arbete som utbildningsledare.

Det jag mitt i allt det roliga kan sakna, är det kliniska arbetet. Det har fått stå tillbaka under de senaste åren, inte minst nu när jag är doktorand. Men när jag väl kliver in på operationssalen är det lika roligt som tidigare. Då stannar tid och rum och jag får ett annat fokus. Det var ju ändå vårdandet av patienter som var anledningen till mitt yrkesval.

Jag tycker om att ha många bollar i luften och skulle kunna berätta så mycket mer, jag har ju en vana att pladdra på. Det är en ynnest att få möjligheten till den utveckling och utbildning som jag har fått, och medan jag gnor på med mina studier (jag ägnar mig åt min familj och fritid också, främst padel), hoppas jag att några av er andra blir inspirerade att göra en liknande resa. Det behövs fler operationssjuksköterskor som ägnar sig åt pedagogik och/eller forskning, både för tillväxten av nya kollegor och för att driva den perioperativa omvårdnaden framåt. Det är ju fantastiskt roligt! ●

Nationell Klinisk Examination (NKE)

I samband med lärarnätverkets träff hösten 2021 beslutades att Nationell Klinisk Examination [NKE] skulle genomgå en uppfräschning. Då upp-lägget för examinationerna ser olika ut på lärosätena ansågs ett dokument som kan användas och adapteras i olika situationer vara mest användbart. Det nystartade lärarrådet tog sig an uppgiften och hade även lärarnät-verket med vid två tillfällen för att få input under resans gång.

Syftet med NKE är att säkra att studenten under sin utbildning uppnått den kliniska kompetens som krävs hos en nyutexaminerad specialist-sjuksköterska enligt den nationella utbildningsplanen, lärosätets kursplan samt kompetensbeskrivningen för specialistsjuksköterska inom operations-sjukvård (www.rfop.se). Den kliniska examinationen ska genomföras under utbildningen och kan genomföras både i simuleringsmiljö och under verksamhetsförlagd utbildning [VFU], den kan ske vid ett tillfälle eller delas upp i flera.

NKEs syfte är också att säkra en jämlik examination nationellt, men kan även fungera som ett stöd för den blivande arbetsgivaren att oavsett vilken nyutbildad operationssjuksköterska de anställer så ska de ha samma grundförutsättningar.

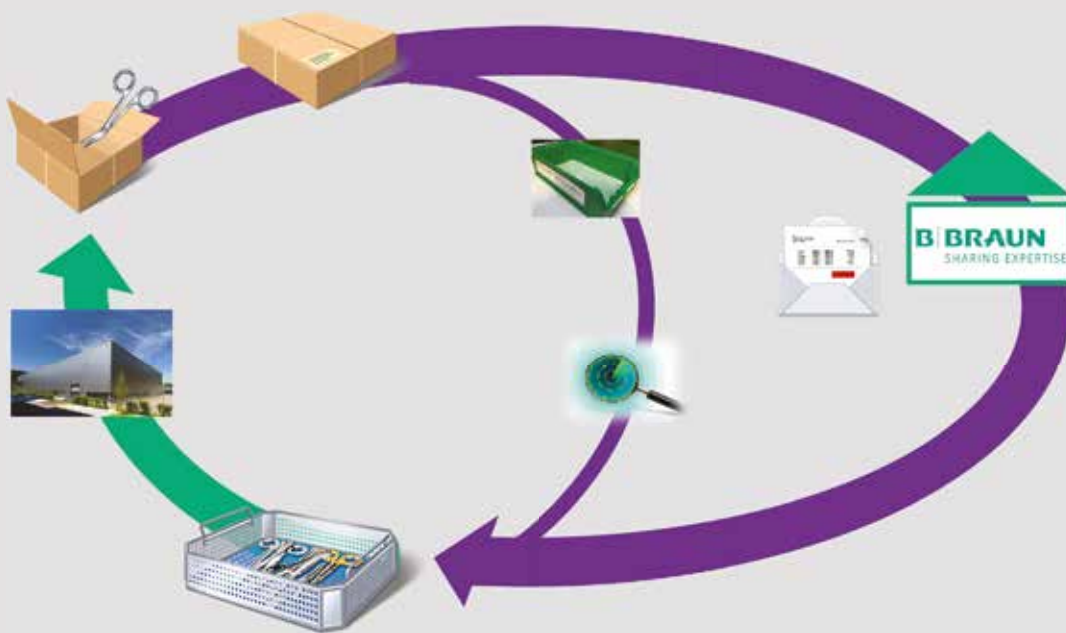
Bedömningsunderlaget används som grund för värdering av studentens förmåga att genomföra perioperativ omvårdnad på ett systematiskt sätt och innefattar de *pre-, intra- och postoperativa faserna samt en sammanfattande bedömning*. Om examinationen genomförs under VFU, fyller handledande specialistsjuksköterska i bedömningsunderlaget tillsammans med studenten. Klinisk lärare sätter sedan betyg utifrån bedömningsunderlaget. I simuleringsmiljö fyller bedömningsansvarig lärare i formuläret.

NKE kan även användas som ett komplement till lärosätets bedömningsformulär under VFU:n, det vill säga att det fungerar som ett stöd för framför allt studenten men även för handledaren att konkretisera vad det är studenten ska träna på under utbildningen och

behärska innan studenten examineras i slutet av programmet.

Anna Nordström och Sandra Kollberg är båda styrelseledamöter i RFop samt ansvariga för lärarrådet och lärarnätverket. ●





Servade instrument på plats inom 2-3 dagar

Aesculap® REvolution – Nästa generations instrumentservice

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

Vetenskapskafé REPO

Studiecirkel med reflektion över evidens och personcentrering i omvårdnad

Studiecirkel Vetenskapskafé REPO, på initiativ av Svensk sjuksköterskeförening, där diskussioner och reflektion om evidens och personcentrering inom omvårdnad är i fokus. Vi genomförde studiecirkeln med grupper om sex sjuksköterskor från anestesi, operation och postoperativa enheterna vid Karolinska i Huddinge. REPO pågick under sex veckor med träffar en gång per vecka, samma veckodag och tid. Det var många intressanta tankar om omvårdnadsmetoder och – åtgärder som lyftes upp i engagerade diskussioner. Deltagarna gjorde egna litteratursökningar för att kunna basera olika lokala riktlinjer på evidens eller för att fördjupa sig i ett angeläget omvårdnadsområde.

Svensk sjuksköterskeförening har initierat till att reflektera om evidens och personcentrering i det dagliga arbetet för sjuksköterskor dels genom boken "Vetenskapskafé REPO", och dels genom deras hemsida, swenurse.se. Min kollega May-Lena Färnert, anestesijuksköterska och universitetssjuksköterska och jag som då arbetade som operationssjuksköterska och universitetssjuksköterska, startade hösten 2020 upp ett projekt med Vetenskapskafé REPO för anesthesi- operationssjuksköterskor och sjuksköterskor på postoperativa enheten på Perioperativ Medicin och Intensivvård vid Karolinska universitetssjukhuset i Huddinge. Vårt syfte var att få i gång diskussioner och reflektioner med sjuksköterskorna om patienters omvårdnad under den mest kritiska perioden under patientens vårdtid. Syftet med "REPO" var att diskutera och reflektera kring omvårdnad, omvårdnadsmetoder och åtgärder, rutiner, arbetsätt samt



Gunilla Metram

att reflektera över tillförlitlighet och relevans i forskningsresultat; diskutera och kritiskt reflektera om evidens och personcentrering i omvårdnad och utgå från sammanhanget på vår arbetsplats – i Vår Vardag. Målet var att deltagarna i studiecirkeln skulle ha; diskuterat vad kritiskt tänkande inom omvårdnad innebär; identifierat metoder i omvårdnad; diskuterat och tränat sökstrategier för att hitta litteratur i databaser; studerat en systematisk litteraturöversikt och dess vetenskapliga kvalitet. Svensk sjuksköterskeförening har gett ut en mycket bra kortfattad innehållsrik och instruktiv bok om evidens och omvårdnadsmetoder som även innehåller olika patientfall, vilka man kan utgå ifrån. I boken finns också instruktioner hur man kan genomföra de sex mötena i studiecirkeln.

Förberedelse

Innan vi startade studiecirkeln gick vi igenom bokens innehåll och för att vi själva skulle få en struktur om genomförandet av studiecirkeln. Vi gjorde därför en enkel studiehandledning för de sex mötena utifrån bokens rekommendationer. Inför varje möte skrevs syftet med mötet och hänvisning till eventuell artikel eller dokument som deltagarna skulle läsa igenom innan. Dessa delades ut till sjuksköterskorna en tid innan mötet så att de fanns möjlighet att hinna läsa. Lite service kan man ju erbjuda, vilket underlättar för fokusering på studiecirkeln, sjuksköterskorna har en tillräcklig pressad vardag som det är.

Logistiken för mötena bestämdes till att träffas samma tid en gång per vecka under sex veckor för att få en kontinuitet och att inte tappa intresset från deltagarna. Tiden per möte var 60 minuter, trots att boken rekommenderar 90, men vi ansåg att det skulle vara för sårbart för arbetet på enheterna. Antalet deltagare bestämdes till sex sjuksköterskor; två anestesijuksköterskor, två operationssjuksköterskor och två sjuksköterskor från postoperativa enheten. Vi ville hålla grupperna någonstans mellan fem och sju deltagare, om gruppen blir för få eller för många finns det en risk att diskussioner uteblir. Ett krav som vi hade var att FIKA skulle ingå eftersom det heter REPO - Vetenskapskafé. Vi lyckades genomföra allt detta vilket var helt fantastiskt!

Vi startade egentligen med studiecirkeln under januari 2020, strax innan pandemin, med några av omvårdnadscheferna för att de skulle få en insikt i vad REPO-vetenskapligt kafé handlade om

och om de ansåg att det var värdefullt för deras medarbetare. Självklart ansåg de att detta var viktigt för sjuksköterskornas vidareutveckling på enheten. Innan studiecirkeln startade hade vi valt ut en vetenskaplig artikel av Arakelian, Leo Swenne, Lindberg, Rudolfsson och von Vogelsang (2016): *The meaning of person-centred care in the perioperative nursing context from the patient's perspective – an integrative review* vilken handlade om personcentrerad vård i den perioperativa kontexten, den har några år på nacken, men är värdefull att reflektera om. Artikeln delades ut innan studiecirkeln startade för att deltagarna skulle få en uppfattning om betydelsen av personcentrerad omvårdnad i den perioperativa kontexten.

Studiecirkeln

Möte ett startades med att diskutera personcentrerad omvårdnad och hur vi vårdar patienter som vi möter. Vi hade en kort presentation om personcentrerad omvårdnad, där vi bland annat tog upp patienters trefaldiga underläge som innebär att inte bli tagen på allvar, att bli omyndigförklarad, att inte ha kunskap om sin situation. Det handlar om det 1. det institutionella underläget; 2. det existentiella underläget och 3. det kognitiva underläget enligt Kristensson Ugglia i Ekman (red) Personcentrerad inom hälso- och sjukvård. Från filosofi till praktik (2020). Vidare tog vi upp om evidensbaserad omvårdnad och vad kännetecknar tillförlitlig kunskap. Under möte två kom vi mer in på och diskuterade omvårdnadsmetoder och – åtgärder. Vilka omvårdnadsmetoder finns och vad är skillnaden gentemot omvårdnadsåtgärder? Vilka rutiner har vi? Vad är bäst för patienten? Vilka åtgärder gör nytta? Vilka resurser finns? Vilka rutiner har bästa evidens? Vilka rutiner, omvårdnadsåtgärder har blivit föråldrade? Vilka områden/rutiner/arbetsätt har vi lyckats bra med på enheterna och vilka kan vi förbättra? Fler områden togs upp som deltagarna ville fördjupa sig inom. I relation till dessa frågor och litteraturen ställde vi frågor om tillförlitlighet i forskningens resultat. Vad grundas olika antaganden på och stämmer de med verkligheten och speciellt då vår vardag? Vilka fallgropar finns, kan man köpa allt som finns inom vetenskapen eller hur kan jag kritiskt granska litteraturen? Det blev många funderingar och synpunkter som kom upp som till exempel;

överfylld urinblåsa; muntlig överrapportering saknas från operationssjuksköterska till sjuksköterska på postoperativ avdelning vilket ger informationsbrist om patientens intraoperativa vård och behandling; hypotermi; värmebevarande åtgärder för små barn som genomgår transplantationskirurgi; och vårdskador i samband med positionering var några områden som sjuksköterskorna fördjupade sig i.

Möte tre och fyra höll Ingrid Andersson i, vår fantastiska bibliotekarie på sjukhuset. Hon tog upp om EBM-processen och systematiska litteraturoversikter samt hur man ställer en fråga genom FIKKA, vilket menas Formulera en fråga; Informationssökning; Kritisk granskning av informationen; Applicera resultaten i din kliniska vardag. Under mötet presenterades sökstrategier i olika databaser och om hur få till en bra frågeställning med hjälp av till exempel PICO, PEO och SPICE. Hon gick också igenom hur man värderar och granskar olika artiklar med hjälp av granskningsmallar som finns på Statens beredning för social och medicinsk utvärdering (SBU) hemsida och det blev en sökarverkstad där deltagarna verkligen var fokuserade och sökte vetenskapliga artiklar inom olika områden.

Under möte fem fortsatte sökningarna och värdering av artiklarna som de fann, men även vilka omvårdnadsmetoder som används på enheten. Frågan ”Finns behov av nya omvårdnadsmetoder i patientnära vård?” fanns hela tiden med i bakhuvudet. Finns evidens för det vi gör eller inte. Här togs upp igen om hur vården kan bli mer personcentrerad på de enheter vi är verksamma.

Möte sex handlade om reflektion om vad man har lärt sig och vad man tar med sig framgent. Knöt ihop säcken helt enkelt. En elektronisk utvärdering via verktyget Webropol efter mötet skickades ut via mejl. Den sammanlagda värderingen var 4,6 av 5 möjliga poäng. Deltagarna förmedlade att det var otillräcklig information om studiecirkeln innan kursstart (3,5) och det tog vi till oss. Annars var utvärderingarna väldigt fina, de kommenterade till exempel att lärandemiljön var öppen och tillåtande, rolig och inspirerande, lite stressigt att komma iväg, givande träffar och bra repetition angående sökningar av

vetenskapliga artiklar. Ett intyg delades ut till de som hade fullgjort alla möten, om man hade missat något möte kunde man delta i det mötet vid nästa REPO-studiecirkel.

Sammanfattning

Sammanfattningsvis kan vi säga att syftet med REPO var att starta diskussioner om evidens och personcentrerad i vården, vilket också uppnåddes med tanke på att deltagarna var engagerade, entusiastiska och hade lust att diskutera och reflektera inom olika omvårdnadsområden. Dessutom började flera medarbetare på enheterna diskutera om omvårdnad och omvårdnadsåtgärder/metoder spontant vid luncher och fikaraster. Det är viktigt och värdefullt att erbjuda perioperativa sjuksköterskor regelbundna tillfällen med diskussioner om evidens och personcentrerad omvårdnad i vardagen för vårdutveckling av patienters omvårdnad.

Framgångsfaktorer

Framgångsfaktorerna är att erfarenhetsbaserad kunskap och vetenskaplig forskning delas och förs vidare, att det var en lagom liten grupp sjuksköterskor med olika specialiteter vilket gynnar diskussioner och att det är samma personer under hela studiecirkeln samt samma dag och tid/vecka och att det serveras fika under mötet. Det bästa var att vi hade ett bra stöd från chefer och ledning. Så ni som har orkat läsa igenom texten – NU är det bara att köra i gång för det är väldigt spännande! Tack Svensk sjuksköterskeförening för boken ”Vetenskapskafé REPO”! ●

Skanna koden och läs mer om Vetenskapskafé REPO



En operationssjuksköterskas tankar

"En sann ledare har självförtroendet att stå ensam, modet att ta svåra beslut, och medkänsla att lyssna på behoven hos andra. Hen har inte som mål att bli en ledare, utan blir en ledare genom hens utmärkta insatser och integritet i sitt uppsåt"

Anonym

Redan som barn stöter man på ordet och begreppet chef. Ordet "chef" definieras av Svenska Akademiens ordbok vilken är ledare och Nationalencyklopedin beskriver chef med person med högsta ledande funktion. Under våra år i yrkeslivet möter vi många olika typer av chefer och ledare på våra arbetsplatser. Våra vårdorganisationer är sociala system där de mänskliga resurserna är den viktigaste faktorn. Där ledarskapet spelar en stor nyckelroll och påverkar resultat för de yrkesverksamma, patienterna och vår arbetsmiljö (Specchia, Cozzolino, Carini, Di Pilla, Galletti, Ricciardi, Damiani, 2021). Många av oss ställer ofta frågorna, vad är en bra chef och hur skall denne chef vara? Finns inte alltid enkla svar på frågorna. Men vi kan alla komma överens om att en bra chef/ledarskap är av stor vikt för oss sjuksköterskor för att stanna kvar och få en ökad trivsel på arbetsplatsen och detta stämmer överens vad studien av Gadolin, Larsman, Skyvell, Nilsson, Pousette och Törner (2022) visade.

Studien understryker även att vårdhetschefer tillgänglighet till sin vårdpersonal var avgörande för att främja sjuksköterskornas upplevda stöd ifrån organisationen och att ett lyhört stöd från chefens överordnade ledning utgjorde möjliggörande arbetsförhållande.

Mina tankar kring frågorna stämmer med de två studierna ovan. Även att en chef/ledare, oavsett om det är en sektionsledare, chef eller operationssjuksköterska, innebär att viktigt och hjärtligt ansvara för att driva personalen i rätt riktning.

En viktig del av ledarskapet består av att identifiera den kompetens, de behov och motivationsfaktorer som finns hos varje individ (Bergengren, 2003). När det gäller ledarskap, hänvisar jag till en studie inom äldreomsorgen av Ingrid Tollgerd-Andersson (2005). Hon kom fram till olika faktorer som i ledarskap kopplas till låg sjukfrånvaro. Dessa faktorer är: Målinriktad, tydlig, höga krav, ordning och reda, delegera systematiskt, följer upp och utvärderar. Medan de faktorer som kopplas till hög sjukfrånvaro är: Vill vara till för alla, vill att alla ska vara nöjda, vill vara närvarande och vill få personalen att känna sig delaktig. Detta går emot mig och hur jag vill att en chef bör vara. För mig är det viktigt att en chef/ledare ser hela människan, verksamheten och organisation. Där visioner, strategier, mål, budget samt personal utgör en helhet. Man skall jobba mot ett mål som alla i organisationen förstår. Sen är det viktigt att en chef är öppen, ärlig mot varandra och omvärlden. Att hen samverkar över gränser och tillvaratar varandras olika

kompetenser och bakgrunder, vilket ger personalen/avdelning en styrka.

Grunden för detta är ju det goda samtalet, att man har en bra atmosfär på arbetsplatsen, att alla trivs och gör sitt bästa. Ledarskap och medarbetarskap är varandras förutsättningar för en bra verksamhet där engagerade människor är hörnstenen i ett gott utvecklingsarbete. Detta i sin tur är grunden för allas vilja att ta ansvar och påverka avdelningens/yrkets utveckling framåt. En bra chef bör enligt mig också tänka positivt, respektera varandra genom att se olikheter som något positivt. Bör även ta tag i konflikter och inte sopa de under mattan. En chef bör ju också delge sin framtidsvision för verksamheten och få alla med på det tåget genom att inspirera och vägleda de anställda i rätt riktning. Vara en förebild för oss, genom att vara närvarande, trovärdig, tydlig och konsekvent. Vilja göra det bästa och lite till med de resurser man har men framförallt vara på sina anställdas sida och slåss för oss och våra patienter. Föra utveckling och forskning framåt för det ska bli så bra som möjligt. ●

"Att vara chef är en position, att vara ledare är en relation." – Helge Brattgård

Hygienforum 2023

Riksföreningen för operationssjukvård inbjuder till det
14e Hygienforumet i Stockholm, 13-14 april 2023.

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

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

Tid och Plats

Torsdag och fredag den 13 - 14 april 2023 på Stockholm Waterfront Congress Centre.



ANNA-KARIN
BLOM

Nyhet: Rundabordsdialog med aktuella Hygienfrågor. Det ska ge dig som deltagare möjlighet att utbyta erfarenheter och lyfta just dina frågeställningar med andra deltagare i en strukturerad form.



MARIA
QVISTGAARD

Ett tillfälle för reflektion,
lärande och nätverkande
i teamarbetet.

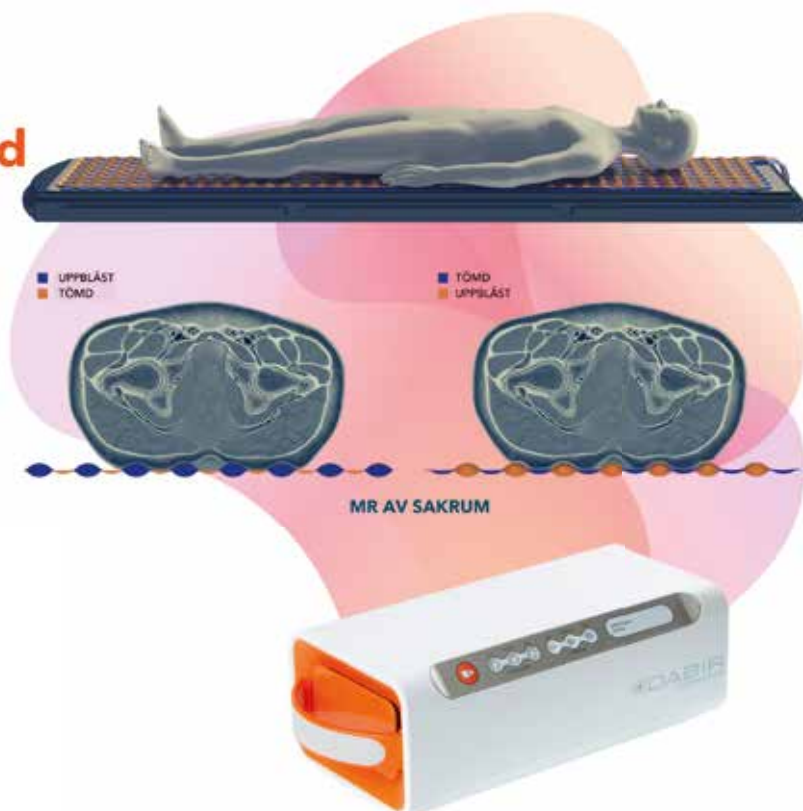
Endast ett fåtal platser kvar!



Trycksårsprevention i perioperativ omvårdnad

Dabir Surgical System erbjuder en innovativ lösning för att förebygga intraoperativa tryckskador för patienter som genomgår kirurgiska ingrepp. Dabir har kliniskt påvisats lindra effekterna av deformation av djupt liggande vävnad och skjuvning av huden. Den förbättrar reperfusionen av vävnaden för att förebygga tryckskador när repositionering av patienten inte är möjlig.

- 40 % minskat tryck mot sakrum
- 80 % ökad blodcirkulation



 **DABIR**

**Trycksårsprevention
som fungerar**

KEBOMED

info@kebomed.se | 040-30 51 05

Kompetensväxling

– resurseffektivt eller ett hot mot patientsäkerheten?

I januari i år hade Riksföreningen för operationssjukvård (RFop) sin traditionella arbetshelg. I år var temat den högst aktuella frågan angående kompetensväxling eller uppgiftsväxling. En växling som innebär att en annan profession eller yrkeskategori tar över ansvaret för vissa delar eller hela det

perioperativa förfarandet. Tankarna var många kring fenomenet. Att måna professionen och vår yrkes stolthet ligger såklart högt på listan men kontentan var att vi måste prioritera att titta på hur vi kan arbeta med strömningarna i dessa frågor, ute i verksamheter och med *stake holders*.

Enligt Hälso- och sjukvårdslagen (SFS 2017:30) har varje patient rätt till en god och säker vård. Detta betyder att det ska finnas personal som är kvalificerad och utbildad och som utför sitt arbete i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet (SFS 2010:659). Delegering av omvårdnadsansvaret till andra personalkategorier strider mot Socialstyrelsens råd om vilken kompetens som ska finnas för patienten i den perioperativa omvårdnaden.

Operationssjuksköterskans kompetens är grundat på fyra års heltidsstudier vid universitet och/eller högskola och omfattar 240 högskolepoäng som leder till en skyddad specialistbeteckning (SFS 1998:531). Anledningen är att vissa verksamhetsområden inom hälso- och sjukvården har stora krav på säkerhet och kompetens, operationsverksamheten är ett sådant. Efter en reglering av Högskoleförordningen (SFS 2017:284) är det numera endast specialistsjuksköterskor som får leda det perioperativa omvårdnadsarbetet i Sverige.

Operationssjuksköterskan specialismråde är hygien och aseptik och de primära omvårdnadsmålen är att förebygga vårdskador och förhindra smittspridning (Riksföreningen för operationssjukvård, 2020). Det ansvar och de uppgifter som åligger operationssjuksköterskan är starkt förankrade i vetenskap och beprövad erfarenhet. I specialistsjuksköterskeutbildningens huvudområde omvårdnad ingår som en självklar del patientens säkerhet i samband med operation (SFS 2017:30, SOSFS 2011:9). Personal som tar över arbetsuppgifter från operationssjuksköterskan behöver vara medvetna om ansvaret det innebär.

Verksamheter måste ställa sig frågan om kompetensväxlingen är tänkt att



vara kortsiktig eller långsiktig. Delegering av arbetsuppgifter måste utföras enligt de gällande styrdokument som finns i lagar och förordningar. En av dess viktigaste punkter är att arbetsgivare inte får delegera arbetsuppgifter pga personalbrist eller av ekonomiska skäl (SOSFS 1997:14). Att ersätta eller byta ut operationssjuksköterskans kompetens mot en annan skall alltså inte göras lättvindigt och bör föregås av en risk- och konsekvensanalys där operationssjuksköterskor görs delaktiga i bedömningarna.

I risk- och konsekvensanalysen bör förutom patientsäkerhetsrisken också risken för organisatoriska påföljder uppmärksammas. Kan kompetensväxlingen uppfattas som ett ifrågasättande av operationssjuksköterskornas profession och vad kan det i så fall leda till - uppsägningar? Vad händer om de "lättare" och mindre infektionskänsliga ingreppen förflyttas från operationssjuksköterskans ansvar till andra yrkesgrupper? Vad blir kvar för operationssjuksköterskan att arbeta med - alla de tunga ingreppen som i

sin tur kan leda till sjukskrivningar och uppsägningar?

Det finns diskussioner kring att utifrån RFop erbjuda ett riskanalyspaket för verksamheter som funderar på kompetensväxling. I paketet ingår ett instrument baserat på professionens kompetensbeskrivning som skall integreras i en risk- och konsekvensanalys samt de dokument som är avgörande som underlag: *Kompetensbeskrivningen specialistsjuksköterska inom operationssjukvård, Riksföreningen anser och rekommenderar: om operationssjuksköterskans specialistkompetens för patientsäker vård i operationsrummet samt TS 39 Mikrobiologisk renhet i operationsrum*. RFop menar också att i de fall en verksamhet tar beslut om kompetensväxling efter en korrekt genomförd risk- och konsekvensanalys har genomförts måste alla avvikelser följas upp med en händelseanalys samt att kompetensväxlingen regelbundet följs upp i den egna verksamheten.

Vad är dina tankar om kompetensväxling? Hör av dig till redaktionen eller gå in på våra sociala medier och tyck till.

Lästips!

Riksföreningen för operationssjukvård. (2016). Riksföreningen anser och rekommenderar: om operationssjuksköterskans specialistkompetens för patientsäker vård i operationsrummet. RFop.

Riksföreningen för operationssjukvård. (2020). *Riksföreningen för operationssjukvård kompetensbeskrivning avancerad nivå: Specialistsjuksköterska inom operationssjukvård* [Kompetensbeskrivning]. RFop.

Svenska institutet för standarder (SIS). (2015). Mikrobiologisk renhet i operationsrum - Förebyggande av luftburen smitta - Vägledning och grundläggande krav. Stockholm: Svenska institutet för standarder Hämtad från Standard - Mikrobiologisk renhet i operationsrum - Förebyggande av luftburen smitta - Vägledning och grundläggande krav SIS-TS 39:2015 - Svenska institutet för standarder, SIS ●

VINGMED

Uppdukningsset som uppfyller dina krav.



Transportförpackningen till våra uppdukningsset byts nu successivt till oblekt, 87% återvunnen kartong. Ett litet steg till i vårt hållbarhetsarbete.

Vi jagar kontinuerligt förbättringar för att gärna överträffa våra kunders tuffa krav. Våra kundanpassade uppdukningsset är ett bra exempel. I Sverige använder regionerna "Hållbar upphandling". Kraven genom hela leverantörskedjan är högt ställda och det görs löpande stickprov. Under 2022 hade vi en omfattande revision och resultatet var helt utan anmärkning.

Kontakta oss på Vingmed för mer information om våra produkter och hållbarhetsarbete.



Selektion och bedömning av ST-läkare

- en viktig del av patientsäkerhetsarbetet

Kristine Hagelsteen är överläkare i barnkirurgi, med doktorgrad i kirurgisk utbildning, och var inbjuden vid Höstkongressen för att berätta om sin forskning kring kirurgisk utbildning och hur det kan kopplas till patientsäkerhetsarbetet.

Kirurgers tekniska förmåga och icke-tekniska färdigheter spelar roll för patienters resultat avseende komplikationsfrekvens, återinläggningar, cancerrecidiv, radikalitet och livskvalitet¹⁻⁴. Omkring 10 - 15 % av kirurgiska patienter drabbas av vårdskador med en årlig kostnad på 7-8 miljarder kronor⁵. Selektion till ST-tjänst i kirurgiska yrken har föreslagits vara en "saknad länk" i patientsäkerhetsarbetet inom medicin jämfört med andra högriskbranscher⁶. I en kvalitativ studie med erfarna kirurger publicerad 2019, identifierade Hagelsteens forskargrupp 11 problemområden och 40 varningstecken för olämplighet hos blivande kirurger (se tabell)⁷. Majoriteten av kirurgerna var av uppfattningen att det var möjligt att identifiera varningstecken tidigt, sannolikt inom den första tiden av tjänstgöring.

Varningstecknen berör såväl tekniska som icke-tekniska färdigheter, beteenden och attityder, där vissa anses vara svårare att korrigera med feedback. I och med att problemområdena och varningstecknen nu är kända, kan det underlätta samtal, feedback och handlingsprogram till individer där kollegor/handledare identifierat ett icke-professionellt beteende eller bristande utveckling.

Selektion

Hagelsteen har även studerat hur rekryteringen till kirurgutbildningen sker i Sverige och EU, med slutsatsen att det över lag brister i konsensus kring selektionskriterier och användning av



Kristine Hagelsteen

validerade bedömningsinstrument vid selektion⁸. I Sverige är ett vikariat som sedan förlängs den vanligaste vägen till en specialistutbildnings-tjänst (ST). Kirurgerna i studien kunde inte tydligt ange på vilket bedömningsunderlag ST-tjänster erbjöds, och det påpekades att bristande kontroll och transparens i bedömningar möjliggjorde för olämpliga individer att glida genom systemet.

I länder med central selektion syftar tester till att identifiera högpresterande individer, men inga tekniska test, egenskaper eller personlighetstester har säkert visats vara prediktiva för senare succés i det kirurgiska yrket⁹. Sverige har en decentraliserad sjukvård, och selektionen till ST-tjänster är ofta inte baserad på ett stort antal sökanden. Från det vi vet idag är strukturerade anställningsintervjuer ett bra sätt, och likaså kan regelbundna bedömningar under vikariatstiden få fram en rättvis bild av den som önskar att arbeta med kirurgi.

Hagelsteen anser att det är viktigt att använda evidensbaserade metoder vid anställning och uppföljning, då en dysfunktionell kollega påverkar patienters hälsa och den lokala arbetsmiljön under en lång yrkeskarriär^{4,7,10,11}.

Utbildningsmiljö & strukturerade medarbetarbedömningar

Utbildningsmiljön har stor betydelse för hur bra man blir i sin yrkesroll. Idag arbetar vi alltmer i team och dessa måste fungera väl för att vi ska leverera högkvalitativ vård. Som medarbetare vid operation är det viktigt att man engagerar sig i att ge ärlig och konstruktiv återkoppling till nya kirurger, de som fått tjänst och de som har vikariat/prov-tjänstgöring. Det finns färdiga mallar att fylla i eller man kan ge återkoppling direkt alternativt till den seniora kollega som varit med.

Hagelsteens forskargrupp har en pågående studie där blivande kirurger och urologer följs från början av sin tjänstgöring med tekniska tester och återkommande intervjuer. I framtiden hoppas hon att en evidensbaserad rekrytering minimerar risken att olämpliga kandidater tillåts fortsätta hela vägen genom specialistutbildningen, och säkerställer att varje rekrytering blir en bra investering för patienterna och kliniken. ●

Kontakt. Kristine.hagelsteen@med.lu.se

Referenser

1. Flin R, Youngson G, Yule S, Maran N. Non-Technical Skills for Surgeons (NOTSS) 2012.
2. Fecso AB, Szasz P, Kerezov G, Grantcharov TP. The Effect of Technical Performance on Patient Outcomes in Surgery: A Systematic Review. *Annals of surgery* 2017;265:492-501.

Tabell över problemområden och varningstecken⁷, obs! ej rangordning

Problemområde	Varningstecken, indikatorer eller beteende
Obeslutsamhet	Lång procedurtid (även enkla ingrepp) Långsam utveckling av förmåga att operera Oförmåga att arbeta utan tillsyn Nervositet relaterat till uppgifter Ställer frågor för att försäkra sig snarare än för att få information
Undvikande beteende	Motvilja mot att operera Begränsat antal självständigt genomförda operationer jämfört med kollegor Oförmåga att förmedla återkoppling
Bristande självmedvetenhet och övertro på egenförmåga	Fattar beslut och genomför åtgärder bortom egen kompetens Vill gärna göra ingrepp som är bortom uppnådd kompetens Undervärderar komplexitet avseende aktuella ingrepp (överdriven tilltro till sin egen förmåga) Låter bli att söka råd eller stöd
Svårighet att ta emot återkoppling och instruktion	Opassande respons på återkoppling Antiauktoritär attityd Upprepar åtgärder trots tillrättavisning och instruktion
Brister i förmåga att kommunicera	Impopulär hos andra personalkategorier Kommunicerar med andra personalkategorier på oberättigat sätt Bristfällig dokumentation i patientjournaler Klagomål från patienter om brister i information och bemötande
Brister i empati, reducerar patienter till objekt	Inte omtyckt av eller i konflikt med annan personal Olämplig kommunikation med patienter ledande till klagomål Vill gärna pröva nya ingrepp på patienter för att få erfarenhet Föreslår ingrepp utan att göra en helhetsbedömning av vad som är bäst för patienten
Oförmåga att möta kraven i arbetet	Fullgör inte sina uppdrag Hälsoproblem Slarvig, ostrukturerad och oengagerad i arbetet Annan personal behöver "städa" efter individen
Oförmåga att uppnå tillräckliga kunskaper eller färdigheter	Långsam eller otillräcklig utveckling av teknik-förmågor Tveksamhet hos specialister att låta underläkaren operera självständigt Vårdslös hantering av vävnader
Begränsade kognitiva förmågor (att finna, identifiera och lösa problem)	Svårigheter att själv sortera och prioritera (hantering av stress) Svårigheter att identifiera differentialdiagnoser Inkompleta anamneser och journalanteckningar (kognitiv brist eller försumlighet) Svårigheter avseende att förstå eller diskutera en vidare bild av ett kliniskt problem
Oärlighet	Delar inte med sig eller förnekar erfarenheter avseende komplikationer Förnekar ansvar vid misstag Hävdar att komplikationer är patientrelaterade Klagomål från annan personal
Olämpliga prioriteringar	Avsaknad av insikt avseende arbetets krav Fokuserar mer på professionella rollens sociala status än på dess innehåll



3. Nyberg M, Sjöberg DD, Carlsson SV, et al. Surgeon heterogeneity significantly affects functional and oncological outcomes after radical prostatectomy in the Swedish LAPPRO trial. *Bju Int* 2021;127:361-8.

4. Cooper WO, Guillaumondegui O, Hines OJ, et al. Use of Unsolicited Patient Observations to Identify Surgeons With Increased Risk for Postoperative Complications. *JAMA Surg* 2017;152:522-9.

5. Markörbaserad journalgranskning SKADOR I SOMATISK VÅRD JANUARI 2013-DECEMBER 2019, NATIONELL NIVÅ
<https://webbutik.skr.se/sv/artiklar/markorbaserad-journalgranskning-3.html>: Sveriges Kommuner och Regioner; 2020 Utgivningsdag: 2020-09-17

6. Paice AG, Aggarwal R, Darzi A. Safety in surgery: is selection the missing link? *World journal of surgery* 2010;34:1993-2000.

7. Hagelsteen K, Johansson BM, Bergenfelz A, Mathieu C. Identification of Warning Signs During Selection of Surgical Trainees. *Journal of surgical education* 2019;76:684-93.

8. Hagelsteen K, Pedersen H, Bergenfelz A, Mathieu C. Different approaches to selection of surgical trainees in the European Union. *BMC medical education* 2021;21:363.

9. Louridas M, Szasz P, de Montbrun S, Harris KA, Grantcharov TP. Can We Predict Technical Aptitude?: A Systematic Review. *Annals of surgery* 2016;263:673-91.

10. Meunier A, Posadzy K, Tinghog G, Aspenberg P. Risk preferences and attitudes to surgery in decision making. *Acta Orthop* 2017;88:466-71.

11. Kadzielski J, McCormick F, Herndon JH, Rubash H, Ring D. Surgeons' attitudes are associated with reoperation and readmission rates. *Clin Orthop Relat Res* 2015;473:1544-51.

Boktips

Text: Yvonne Törnqvist

Strax innan pandemin tar Hanne Kjöllers jobb i akutvården. Samtidigt börjar hon föra anteckningar om sin vardag och ser resursslöseri, förpappning, patienter som inte är i akut behov av vård och meningslösa uppgifter som bara tar tid.

»Dagbok från akuten« är en rafflande redogörelse inifrån den moderna svenska sjukvårdens väggar. Det är lätt att känna igen sig, hon belyser dagliga irritationsmoment som får mej att skratta speciellt vad gäller dokumentation.



STRATAFIX™ Plus Knotless Tissue Control Devices

Infection can be catastrophic

Many factors can challenge the outcome of your procedures. In a published study, knotless tissue control devices provided a significantly more watertight seal comparable to traditional sutures in a cadaver model.^{1*} STRATAFIX™ Plus Knotless Tissue Control Devices with IRGACARE®# MP (tricolsan), are the only commercially available knotless tissue control devices with antibacterial protection.^{2,4} DERMABOND™ PRINEO™ Skin Closure System provides a flexible microbial barrier with 99% protection in vitro for 72 hours against organisms commonly responsible for SSIs.^{5**}

Protect your patients from the inside out



DERMABOND™ PRINEO™ Skin Closure System

Please refer always to the Instructions for Use / Package Insert that come with the device for the most current and complete instructions.

*standard interrupted suture. #A trademark of BMS. **Staphylococcus epidermidis, Escherichia coli, Staphylococcus aureus, Pseudomonas aeruginosa and Enterococcus faecalis.
 References: 1. Neel M, Avast R, Shrohan M, Gauthier F. Watertight tissue closure: comparison of a novel single directional barbed self-retaining running suture versus conventional interrupted suture. *J Am Coll Surg*. 2021;34(5):50-59. 2. Ming X, Rothenthal S, Yang D. In vitro antibacterial efficacy of Monocryl Plus Antibacterial Suture (polyglactone 25 with tricolsan). *Surg Infect (Larchmt)*. 2007;8(2):209-207. 3. Ming X, Rothenthal S, Nichols M. In vivo and in vitro antibacterial efficacy of PDS Plus (polydioxanone with tricolsan) suture. *Surg Infect (Larchmt)*. 2008;9(4):469-477. 4. Burnell TA. Chemistry and safety of tricolsan, and its use as an antimicrobial on Coated VICRYL® Plus Antibacterial Suture (coated polyglactin 910 suture with tricolsan). *Surg Infect (Larchmt)*. 2000;3(suppl):S45-S53. 5. Ethicon. Du0019031 Study Report for in vitro evaluation of microbial barrier properties of DERMABOND™ ProTissue December 2006. Data on File. 194228-200603.



Ethicon Endo-Surgery (Europe) GmbH
 Hüttenbühlstrasse, Steingarten 7,
 22851 Norderstedt, Germany
www.jnjmedicaldevices.com

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

MDR, Juridik & Upphandling

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

Juridik

Lagarna på hälso- och sjukvårdsområdet finns för att garantera en god och säker vård och för att patienten ska känna trygghet och förtroende för hälso- och sjukvården.

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 maj 2023
Kl. 08.30 - 15.30

Plats

Sheraton Stockholm Hotel

Kostnad

Medlem 3 250 kr exkl. moms
Icke medlem 4 750 kr exkl. moms

Mer information
och anmälan
på rfop.se eller
skanna koden:



Halton

Enabling Wellbeing in
Demanding Indoor Environments

CRC Medical är nu en del av Halton

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

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

Kom och träffa Anders och Marcus på årets Hygienforum den 13 till 14 april i Stockholm på Waterfront Congress Centre.

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

Chief nurse officier (CNO) Sweden

Jag arbetar på Socialstyrelsen och har snart varit här i 9 år. Tiden har gått otroligt fort och jag trodde aldrig att jag skulle vara här så länge! När jag började här 2014 så var mitt uppdrag att samordna och leda arbetet med patientsäkerhet här på myndigheten. IVO (red. anm. Inspektionen för vård och omsorg) hade precis bildats och det innebar att Socialstyrelsens roll förändrats och patientsäkerhetsarbetet likaså. Det kretsade inte enbart kring de allvarliga vårdskadorna som lett till en lex Maria anmälan utan vi skulle bygga upp ett arbete kring kunskapsstöd och vägledning. Jag fick ett stort förtroende och otroligt fria händer och det innebar att jag verkligen kunde börja från början. Första steget var att få en bild av hur arbetet sett ut tidigare och vilka tankar som fanns kring patientsäkerhet. Jag började med att intervjua medarbetare och chefer på myndigheten och även många experter och ledare ute i vården och utifrån det fick jag en bra bild över läget och vi kunde börja med att ta fram en plan för arbetet. Sen har åren bara rasat iväg. Nu har vi en särskild enhet för patientsäkerhet och beredskap och grunden för vårt gemensamma arbete är en nationell handlingsplan för ökad patientsäkerhet som vi lanserade i februari 2020.

Jag påbörjade min sjuksköterskeutbildning 1987 på Sophiahemmets högskola och mitt första jobb som nyexaminerad var på Danderyds sjukhus medicinska intagningsavdelning, 75:an. Det var otroligt tufft på alla sätt och vis. Korridoren var helt full med patienter varje morgon och efter lunch skulle den i stort sett vara tomt. Patienterna var väldigt sjuka och behövde stora vårdinsatser. De behandlades för hjärtsvikt, hjärtinfarkter, lungembolier, pneumothorax, självmord, nydebuterad diabetes, djupa ventromboser och mycket annat. Det



Charlotta George

var oftast kaos på avdelningen och de som hade arbetat längst på avdelningen hade varit där i två år. Det var lärorikt, men en hård start på yrkeslivet. Efter ett par år började jag på barnkliniken på samma sjukhus. Det var fantastiskt. Jag har många minnen från den tiden och kontrasten mot 75:an var stor. Även om det var stressigt och vi hade ett stort ansvar för sjuka barn så fanns det utrymme för en god vård och vi såg barnen och deras föräldrar och kunde möta deras behov på ett helt annat sätt. Även hur vi introducerade nya kollegor, utbildade oss och hade tid för reflektion var så viktigt. Efter denna erfarenhet vidareutbildade jag mig inom intensivvård och neurokirurgisk omvårdnad. Och när jag var klar bytte jag sjukhus och inriktning och började på Neurointensiven på Karolinska universitetssjukhuset i Solna. På den tiden hade vi både barn och vuxna för Astrid Lindgrens sjukhus var inte färdigbyggd ännu. Att som nyfärdig specialistsjuksköterska börja på NIVA var förstås otroligt givande men också svårt. Vi vårdade många unga människor som varit med om

trafikolyckor eller andra händelser där de fått allvarliga skalltrauman. Det här var också en tid när begreppet hjärndöd och organdonation inte funnits så länge och vi sjuksköterskor hade en väldigt viktig funktion i samtalen med anhöriga. Jag tror att dessa år la grunden för mitt brinnande intresse för utvecklingsfrågor och patientsäkerhet. På NIVA hade jag också möjlighet att delta i studier och olika förbättringsarbeten och vi fick fortbildning och tid för att utveckla den patientnära vården.

Utvecklingschef på Nacka sjukhus

I början av år 2000 fick jag möjlighet att arbeta som utvecklingschef på Nacka sjukhus. Då hade ett par sjuksköterskor och läkare precis tagit över driften av verksamheten och det fanns en stor vilja att arbeta med kvalitetsutveckling och patientsäkerhet. Den här tiden la verkligen grunden för det jag gör idag. Under 10 år hade jag den rollen och vi byggde upp en otroligt fin verksamhet med en stor operationsavdelning, akutmottagning, specialmottagningar och vårdavdelningar. Vi utvecklade verksamheten till fler sjukhus och startade även upp både dialysverksamhet och röntgenmottagningar. Det var en fantastisk tid! Det som var svårast var faktiskt att inte längre arbeta kliniskt. I början försökte jag att kombinera det kliniska arbetet med det administrativa men efter något år så kände jag att det inte riktigt fungerade. Jag kände att jag inte riktigt räckte till och det var slitsamt. Jag önskar verkligen att vi hade haft strukturer som möjliggjorde detta och idag fungerar det kanske bättre än vad det gjorde då. Men jag tror och möter många sjuksköterskor som önskar att de kunde kombinera utvecklingsarbete, forskning och undervisning med det kliniska arbetet i större utsträckning.

Så från rollen som sjuksköterska, utvecklingschef för en stor vårdgivare,

ett par år som verksamhetsutvecklingskonsult till rollen som sakkunnig i patientsäkerhet fanns det hela tiden en röd tråd. Viljan att påverka vården och möjligheten att vara med och skapa en riktigt god och säker vård.

En hälso- och sjukvård som lyssnar och involverar

Jag vill åstadkomma att patienter och närstående möts av en hälso- och sjukvård som lyssnar, involverar och ger dem en riktigt god och säker vård. Att alla som arbetar i vården känner att man går till sitt jobb varje dag med känslan av att göra skillnad, att kunna få ge den vård och behandling vi vet att patienten verkligen behöver. Att få känna stolthet och en känsla av att det arbete som man gör viktigt och i många fall avgörande för en annan människas liv. Men för att detta ska bli verklighet är det många delar i hälso- och sjukvården som behöver utvecklas och stärkas.

När jag känner att vi når fram och kan påverka känner jag mig motiverad och stolt över mitt arbete! Att vi har ett gemensamt mål och tillsammans ser att vi kan göra något som faktiskt bidrar till en utveckling. Det kan vara många olika saker. Ett samtal med någon som arbetar i vården eller en närstående som ringer in och vill diskutera en upplevelse, ett få möjligheten att föreläsa för chefer och medarbetare i vården eller delta i samtal med företrädare från olika länder. Mitt arbete är väldigt varierande och få dagar är den andra lik.

Att vara sakkunnig i sitt område innebär att du har en bred kunskap inom ett

område och att den kunskapen behövs i många olika uppdrag. Så det handlar mycket om att dela med sig, att samordna och leda arbetet här på myndigheten. I den rollen har jag också ett ansvar att samordna och stödja arbetet med patientsäkerhet i landet. Många av de områden vi arbetar med är uppdrag som vi får från regeringen. Att ta fram en nationell handlingsplan och att samordna och stödja arbetet för ökad patientsäkerhet är ett par exempel på regeringsuppdrag vi har här på Socialstyrelsen. Men patientsäkerhet är ett perspektiv som behöver finnas med i alla områden. Det berör hur föreskrifter utformas, det är ett viktigt perspektiv i många av de analyser och kartläggningar vi jobbar med och inte minst i arbetet med uppföljning av hälso- och sjukvårdens insatser. I handlingsplanen lyfter vi särskilt fram styrning och ledning, säkerhetskulturen och kunskap och kompetens som grundläggande förutsättningar för en säker vård. Att vi involverar patienter och närstående är också helt avgörande för att vården ska bli så god och säker som möjligt.

Chief nurse officer

Världshälsoorganisationen (WHO) har önskat att alla medlemsländer har en chief medical officer, chief nurse officer och en chief dental officer för att på så sätt ha en person att vända sig till med frågor men också att dessa funktioner är viktig för att stärka och utveckla hälso- och sjukvården. Jag har haft rollen som CNO i snart 8 år och det har varit otroligt givande och gett mig möjlighet att träffa många sjuksköterskor och barnmorskor runt om i världen. Vi träffas regelbundet både i globala sammanhang

men också i EU, i Norden och nationellt. Jag har täta träffar med både fackförbund och professionsföreningar för att kunna följa läget, lyssna in behov som finns och kunna föra frågor vidare till beslutsfattare och politiker. Idag saknas miljontals sjuksköterskor och barnmorskor världen över och även här hemma i Sverige. De utmaningar och svårigheter vi möter här hemma delar vi med många andra länder och därför är det så viktigt att kunna dela erfarenheter, lära av varandra och hitta goda exempel.

Utan sjuksköterskor och barnmorskor ingen god vård! Det har WHO:s generaldirektör slagit fast och om vi ska ha en möjlighet att nå de globala målen i agenda 2020-2030 så måste vi lösa frågan kring bristen på sjuksköterskor och barnmorskor. Det är helt avgörande! Omvårdnadens betydelse finns dokumenterad i många vetenskapliga artiklar och går inte att beskriva på ett kortfattat sätt. Men vår kompetens är helt nödvändig i vården runt patienten. Vi har en helhetsbild av patientens mående och behov och är den som ska säkerställa att patienten får rätt vård och omsorg. Vi leder och fördelar arbetet och har dialogen med läkaren. När vi saknar sjuksköterskor kan vårdplatser inte kan hållas öppna. Tillgängligheten brister och väntetiderna ökar. Utan sjuksköterskor har vi svårt att ge den vård som patienten behöver. ●

Fakta: Charlotta George – sakkunnig expert på Socialstyrelsen, Chief nurse officer (CNO) Sweden

Operationssjuksköterska till Dagkirurgi, Kristianstad

Nu har du chansen att vara med i uppstarten av en ny dagoperativ verksamhet.

Du kommer ingå i ett dagoperativt operationslag med varierande arbetsuppgifter inom kirurgi, gynekologi, ortopedi och ÖNH. Dagtid, ledig röda dagar och helger.

Intresserad? Då ska du söka dig till oss!

Välkommen med din ansökan.

Ann-Charlotte Karlsson, EC. Telefon: 044-309 28 31.



Skanna koden
och läs mer
om tjänsten.



Den äldre patienten på operation

Medelåldern i Sverige har ökat och en allt större del av befolkningen i Sverige är äldre vilket innebär ett större behov av sjukvård för dessa åldergrupper. Samtidigt är en stor del av de äldre i befolkningen friska och fysiskt aktiva. Dagens äldre var unga på 60-talet med frigörelse, samhällsförändring, flowerpower, Rolling Stones och på 70 samt 80-talet med prog, punk och disco, och de gamla takterna hänger ibland i. Fritidsaktiviteter och sport har många gånger haft en viktig roll även hos den äldre befolkningen.

Äldre har ett större sjukvårdsbehov och är i stor utsträckning patienter på en operationsavdelning. Man har gjort beräkningen att 1/3 av de äldre opereras under det sista levnadsåret. Ett speciellt fokus finns numera på omhändertagandet av de äldre och sköra patienterna både inom akut ortopedi och akut kirurgi.

Åldersgränser på operationer

Tidigare satte man strikta åldersgränser för vilka operationer som man kunde utföra på patienterna, men utvecklingen inom anestesi, operation och perioperativ vård har ändrat på detta och man tar numera mer hänsyn till indikation, patientens ork, egna önskan, sjuklighet där ju även åldern har en betydelse. Man har också numera en större förståelse för vilka riskfaktorer som har betydelse för komplikationer och mortalitet efter operation.

Internationellt och nationellt finns ett ökat intresse för omhändertagandet av den äldre patienten i framför allt i samband med akuta tillstånd. LÖF (Löf regionernas ömsesidiga försäkringsbolag) har nyligen publicerat ett dokument, "Behandlingsrekommendationer för den sköra äldre patienten vid akut laparotomi".

Både utveckling av anestesi, diagnostik, minimalinvasiva operationsmetoder,



Folke Hammarqvist

operationsinstrument, endoluminal- och angioteknik, och perioperativt omhändertagande innebär fördelar också för den äldre patienten. Numera finns mycket goda möjligheter att monitorera patientens fysiologiska svar under en operation och att ge mediciner för att undvika för stora blodtrycksförändringar.

Begreppet skörhet (frailty) har de senaste åren kommit att ingå i riskbedömningen för det postoperativa förloppet och resultatet. Skörhet innebär en sämre funktionsnivå, nedsatt ork, muskelkraft och cardiopulmonella reserver. Detta innebär sämre marginaler för läkning och ökad risk för postoperativa komplikationer. I samband med operation finns stora möjligheter att optimera förutsättningarna för ett gynnsamt postoperativt förlopp.

Här följer punkter som har stor betydelse för alla patienter och inte minst de äldre

- En stressfri miljö gynnar även den äldre patienten som inte alltid har samma uppfattningsförmåga som yngre. Det är förstås självklara saker som förklarar för patienterna vad som händer, att undvika för hög ljudvolym, att se till att behandla

smärta, att patienterna ligger bekvämt och inte fryser.

- Att minska "operationstraumat" är viktigt. Detta görs ju med minimalinvasiv teknik om möjligt, vilket ju kan användas inom både kirurgi, kärlkirurgi, ortopedi, urologi och gynekologi. Blockader och kortverkande anestesipreparat bidrar till ett minskat stresspåslag. Med utveckling av endovaskulär teknik kan numera förträngningar på blodkärl (PTA - Percutan Transluminal Angioplastik), aortaaneurysm (EVAR - Endovaskulär Aorta Rekonstruktion, TEVAR - Thorakal-EVAR och även behandling av insufficianta hjärtklaffar göras med perkutan teknik.

Utvecklingen av endoluminal teknik medför att många sjukdomar kan behandlas utan öppen operation. Resektioner av mindre tumörer görs endoluminalt och det är numera väldigt ovanligt att patienter med gastrointestinal blödning behöver opereras. Utvecklingen inom stentekniken har varit stor vilket också bidragit till ett mindre behov av öppna operationer.

Både laparoskopi och robotkirurgi innebär att patienterna har mindre smärta postoperativt än vid öppna operationer

- Bra metoder finns nu att monitorera och stödja cirkulation och andning. Vid större operationer fanns tidigare en risk att patienterna övervåtskades med negativa konsekvenser för andningen och postoperativ återhämtning. Denna risk minskar nu med möjlighet att titrera ut lämpliga doser av tryckhöjande medicin under operation.
- Att undvika tryckskador genom omsorgsfull uppläggning samt

polstring är viktigt. Den äldre och sköra patienten har en ökad risk för trycksador beroende på skörare vävnad, muskelatrofi samt försämrade perifer cirkulation.

- Patienter med artros och osteoporos behöver läggas bekvämt på operationsbordet med speciell hänsyn till individuell rörelseinskränkning. Skador med nerv- och plexuspåverkan kan uppstå av tryck och av översträckning av leder.
- Kroppstemperaturen är viktig att upprätthålla under operation och det finns numera bra metoder för detta. Det rekommenderas att patienterna aktivt värms inför operation. Tekniker som kan användas är uppvärmda underlägg, varma filtar, varmluft och att ha en högre temperatur på operationssalen.

Nedkylning av en patient kan ha negativa effekter på hjärtverksamhet, koagulationsförmåga och även öka riskerna för infektion. Dessutom är det obehagligt för patienterna att frysa under operation (om de är vakna) samt efter operation då "shivering" för att öka temperaturen även det är obehagligt och innebär en onödigt hög energiförbrukning.

- Modern teknik och moderna operationsinstrument innebär att blödning vid operation kan reduceras. Både staplers, dissektions- och operationsinstrument med speciella koagulationsegenskaper olika tekniska lösningar bidrar till detta.

Numera behandlas allt fler patienter med trombocythämmare vilket påverkar riskerna för blödning. Dock är kunskaperna och rutinerna hur dessa ska sättas ut och återinsättas i samband med operation goda.

- Den äldres vävnad kan vara skörare och förstås är en varsam vävnadshandling och atraumatisk operationsteknik viktig (liksom för alla åldersgrupper).
- Säkra perioperativa bedömningar och vägval är viktigt. Den äldre patienten tål i mindre utsträckning komplikationer. Många gånger finns det alter-

Fysiologiska förändringar vid åldrande

Thorax

Lägre vitalkapacitet
Sämre muskulär kraft för andning och hosta
Skörare lungvävnad,, KOL
Lägre cardiac output
Hjärtsjukdom
Osteoporos och degenerativa skelettsjukdomar

Buk

Skörare vävnad
Mindre skyddande bukväggsmuskulatur
Sämre marginal och tolerans vid blödning
Medicinering som påverkar koagulationsförmåga

Allmänt

Ofta ett sämre nutritionsstatus med negativa effekter på läkning
Medicinering som påverkar koagulation
Mediciner som påverkar läkningsförmåga
Sämre muskelkraft vilket kan medföra mobiliseringssvårigheter
Allmänt nedsatt aptit
Ökad tendens till förstoppning
Påverkan på kognitiv förmåga vilket kan leda till förvirringstillstånd

nativa möjligheter med mindre risker för den enskilda patienten i stället för operation.

- Många gånger ställs man inför etiska frågor när det gäller behandling och operation av äldre patienter. Vid behandling måste hänsyn tas till patientens integritet, autonomi, välbefinnande, risker och sjuklighet. Inte sällan avstår man från operation, ett beslut som måste baseras på etiska principer och på patientens egna önskan. Att navigera rätt i etiska frågor kräver ofta att man involverar patient, anhöriga och andra kollegor.

Kunskap om förberedelse inför operation och postoperativ vård blivit bättre och att arbeta enligt ERAS-konceptet (Enhanced Recovery After Surgery) medför också stora fördelar för de äldre patienterna perioperativt. Det som sker på operation har stor betydelse för hur patienten mår efteråt. Men det är å andra sidan ingen nyhet. ●

Referenser

LÖF publikation 2022.
Behandlingsrekommendationer för den sköra äldre patienten vid akut laparotomi <https://lof.se/filer/Behandlingsrekommendationer-for-den-skora-aldre-patienten-vid-akut-laparotomi.pdf>

ERAS guidelines
Consensus statement for perioperative care in total hip replacement and total knee replacement surgery: Enhanced Recovery After Surgery (ERAS®) Society recommendations. T Wainright et al Acta Orthopædica 2020

Guidelines for Perioperative Care in Elective Colorectal Surgery: Enhanced Recovery After Surgery (ERAS®) Society Recommendations: 2018
U Gustafsson et al
WJS 2018

Fakta: Folke Hammarqvist, kirurg, Akut- och traumasektionen, Karolinska Universitetssjukhuset Stockholm.

Operationssjuksköterska på ECMO

Inger Sobéus heter jag och arbetar som operationssjuksköterska på Barnoperation vid Karolinska Universitetssjukhuset i Solna. På avdelningen har jag huvudansvaret för ECMO.

I senaste numret av Uppdukat fick ni följa arbetet hos oss på Barnoperation. Barnoperation ingår i sektionen Funktion Barn Perioperativ medicin, Intensivvård och transport. Vi har nära samarbete med de andra avdelningarna inom funktionen t.ex. ECMO centrum. Nu skall jag berätta om hur det är att som operationssjuksköterska ingå i ett ECMO transportteam. Som åker ut till andra sjukhus lägger patienter på ECMO och transporterar hem dem till NKS.

Som operationssjuksköterska hos oss har man möjlighet att stå på den frivilliga listan över personal som följer med på ECMO transporter. Transporterna utgår från NKS och sker inom hela Sverige men även utomlands, t.ex. Finland, Danmark och Irland som är de vanligaste. Det förekommer även längre transporter t.ex. har vi varit i Dubai, Australien och Brasilien och hämtat patienter på ECMO.

Uppdukning barn kanylering V-A



Inger Sobéus

Vad är ECMO?

ECMO står för Extra Coropreal Membran Oxygenering, vilket innebär att syresätta blodet utanför kroppen genom en modifierad hjärt-lungmaskin. Det syrefattiga blodet dräneras genom en grov kanyl, syresätts med hjälp av en membranlunga och ges tillbaka till kroppen via en annan kanyl. Det finns

två olika varianter, det är Venovenös och Venarteriell ECMO. Detta system ger patienten fullt understöd och är aktuellt för patienter med cirkulations/multiorgansvikt med diagnoser såsom sepsis, pneumoni, myokardit, drunkning och för spädbarn även mekoniumaspiration och kongenitalt diafragmabräck. Patienter som kan vara aktuella för ECMO vård är de där konventionell intensivvård med respiratorbehandling inte räcker till och patienten inte väntas överleva de 24 närmaste timmarna.

När en patient från ett annat sjukhus accepteras för ECMO vård går det ut ett SMS till de operationssjuksköterskor är med på listan, inställetiden är 30 minuter och teamet som består av intensivvårdsläkare, sjuksjuksköterska, kirurg och operationssjuksköterska möts i transportförrådet som ligger på ECMO avdelningen på NKS. Packningen som är ca 250 kg består av allt vi kan komma att behöva. Det är utrustning för övervakning och ventilation, ECMO system, pump och batteri, kanyler, vätskor, läkemedel, flygbår, babypod för spädbarn och kirurgväska som innehåller allt vi behöver för den kirurgiska delen av ECMO kanyleringen.

Transport

Vid transport inom regionen eller i närliggande regioner åker vi oftast sjukvårdstransport med blåljus ut och intensivvårdsbuss hem. Vid längre transporter inom Sverige har vi numer tillgång till Karolinskas egen helikopter och kan lasta direkt på taket på NKS vilket sparar tiden och antal omlastningar för patienten. Omlastningarna är alltid ett riskmoment. Vid en del transporter inom Sverige och vid transporter utomlands åker vi ambulansflyg och då oftast från Arlanda. När vi anländer till patienten befinner den sig oftast på IVA eller NEO. För att underlätta kanyleringen är det optimalt att patienten ligger på ett operationsbord men detta är oftast inte möjligt då patienten är mycket dålig och



är omöjlig att förflytta, då får vi operera i intensivvårdssängen. Spädbarn ligger alltid kvar på sin öppenvårdskuvös.

Vi lånar instrumentbord, diatermiapparat, ultraljud och sug. Det är en stor fördel om någon från den aktuella operationsavdelningen kan komma ner till IVA och hjälpa oss vid uppdukningen. Vi blir alltid bra bemötta och får fin hjälp. Spädbarn som ligger kvar på sin öppenvårdskuvös läggs med huvudet nedåt och med en rullad handduk under axlarna så halspartiet kommer lite upp och huvudet vrids lite åt vänster för lättare åtkomst. Kanyleringen på spädbarn sker alltid på höger sida på halsen. Diatermiplattan sätts på barnets rygg. Större barn och vuxna som inte är förflyttningsbara till ett operationsbord kan med fördel förflyttas lite ut åt höger sida på sängen och läggas så plant som möjligt. Om patienten är stor kan man även lägga en rullad handduk under höften/stussen så ljumsken kommer lite upp för lättare åtkomst, även här vrids huvudet lite åt vänster. Diatermiplattan brukar jag sätta på patientens mage. Kirurgen är alltid med vid uppläggnen. Om tid finns är det önskvärt att descutantvätta patienten innan sterilvätt och drapering, tvätta då höger sida på halsen och för större barn och vuxna, bägge ljumskar.

I kirurgväskan finns allt material vi kan tänkas behöva, det finns ett kundanpassat set för ECMO där allt vi behöver för draperingen finns. Instrumentgaller, en låda med latexfria handskar, en låda med diverse draperingsmaterial såsom

75:or, equipmentdraper, ultraljuddraper och gel, dukar etc. Vi har en låda med suturer med oss och det är Surgilon vi använder vid kanyleringen. Vi har även en låda med förbandsmaterial och lite annat såsom knivblad, nål dia etc. Vi har även en påse med vätskor, klorhexidinsprit, infusions NaCl och sterillium. En extra rock ligger i väskan och även en Rissler sug att ta upp om man stöter på blödningskomplikationer. I väskan finns även två förpackade små påsar med de suturer som behövs för kanyleringen, en för spädbarn och en för större barn/vuxna. De är smidiga att använda då det oftast är bråttom med att komma igång med operationen och kanyleringen.

Jag dukar upp mina instrument medan kirurg och ECMO läkaren bedömer patienten, går igenom och bestämmer vilken storlek på kanyler som passar. När kanylerna är på plats och fixerade skall ECMO maskinen kopplas på, jag spolar kanylerna och slangarna med ljummen NaCl för infusion medan kirurgen kopplar ihop dom. När patienten är på ECMO maskinen ser man oftast en omedelbar förbättring av vitala parametrar. I anslutning till kanyleringen sker peroperativ röntgenkontroll av kanylläget på den dränerande venkanylen. Den skall ligga mitt i höger förmak för optimal pumpförmåga i ECMO maskinen. Under röntgenkontrollen behåller jag instrumenten och mig själv sterila för det blir oftast att man behöver justera kanylläget. Efter röntgensvaret blodställer kirurgen noggrant och vid öppen kirurgi använder vi Tissel och operationssåret sluts. Vi använder

genomskinligt Tegaderm förband så man kan ha koll på kanylerna.

Hemfärd

Sedan börjar jag förbereda för hemfärd, jag hjälper till att bädda flygbår, babypod och förbereder övervakningsutrustning. Om vi inte åker flyg hem lastas patienten direkt på intensivvårdsambulansens egen bår.

Hela teamet är behjälpliga vid lastning av patienten. Omlastningar är alltid ett riskmoment och ECMO maskinen får inte lyftas över patientens kanylläge. Vid hemkomst till NKS rapporteras och flyttas patienten över till säng på ECMO Centrum. Jag lämnar min kirurgväska utanför transportförrådet och kontaktar mina kollegor på barnoperation som rengör och fyller på väskan. Sedan är det dags för hemfärd.

Jag tycker att det är både kul och spännande men också ansträngande och att delta i en transport. Man ställs inför utmanade uppgifter. Ofta är det trångt på intensivvårdtrummet och det kan vara mycket folk runt patienten. Det är en heldel tunga lyft med i och urlastning av utrustning och patient. Det är oklart när man kommer hem men oftast får man räkna med att vara borta i minst 10 timmar. Vi i transportteamet arbetar tätt tillsammans och har en stor teamkänsla. För mig är det viktigt att känna att vi gör skillnad för patienten. Det är trevligt att träffa kollegor runt om i Sverige och även utomlands och se andra sjukhus. ●



Rapport från råden

SPOR-rådet

SPOR-rådet har inlett år 2023 tillsammans med styrelsen i riksföreningen, att se över rådets utformning och göra förändringar i vår sammansättning. Rådet har nu färre medlemmar än tidigare, vilka kommer att arbeta mer i nätverksform med riksföreningens medlemmar och andra intressenter/nätverk i frågor som berör operationssjuksköterskans profession i register. Rådet består av: Lena Brauer, Ida-Linnéa Böregård och Jenny Persson. Se hemsidan för kontaktuppgifter.

Under året kommer rådet att arrangera två nätverksträffar som kommer vara digitala (Teams) och gratis att medverka på. Vårens träff genomförs den 28 april kl.13-16, anmäl er via RFops hemsida.

Anmäl er till SPOR via koden nedan.



På träffen kommer Sandra Månsson, sakkunnig i kvalitets- och vårdutvecklingsfrågor (SSF), att berätta övergripande om kvalitetsregister och sjuksköterskor samt Sara Lyckner, SPOR-koordinator, att ge en mer fördjupad bild av SPOR-registret specifikt. Vidare kommer vi att ge exempel på hur både verksamheter och operationssjuksköterskor kan arbeta med SPOR-data i sitt vardagliga förbättrings- och kvalitetsarbete. Höstens nätverksträff är planerad till den 20 oktober. Mer info kommer längre fram.

Rådet arbetar just nu med att titta på möjligheten att medverka i utvecklings-

arbetet av vårdtyngdsmätning perioperativt genom SPOR och positionerings-termer i SnoMed CT. I maj kommer rådet att medverka på konferensen Vitalis i Göteborg, med en presentation om hur vi arbetat med att visualisera operationssjuksköterskans profession och omvårdnad i ett register. Avslutningsvis har SPOR-rådet fortsatt stora ambitioner att sprida kunskap och nyfikenhet om SPORs möjligheter både för vår profession och verksamhet. Vi deltar gärna och presenterar rådets arbete och registrets möjligheter i föreningens olika forum. Så finns det intresse, tveka inte att höra av er till:

ida-linnea.boregard@regionstockholm.se

Vetenskapliga rådet

Vetenskapliga rådet fortsätter att arbeta med sitt projekt att översätta samt validera en enkät som mäter missad omvårdnad inom operationssjukvård (MISSCARE Survey – op). Det som arbetas med nu är översättningen från engelska till svenska för att därefter kunna göra en etikansökan för projektet.

I samband med Höstkongressen arrangerade Vetenskapliga rådet en posterutställning, där fem utställare deltog. Arrangemanget föll väl ut och var välbesökt under kongressen. Posterutställningen kommer återkomma i samband med 2023 års Höstkongress. Annonser kommer i nummer tre av Uppdukat så vi uppmanar er som har skrivit en magisteruppsats, genomfört ett förbättringsprojekt eller har ett forskningsprojekt som ni vill berätta om att hålla utkik.

Det nystartade Doktorandnätverket kommer ha sitt nästa möte i mars. Doktorander som är intresserade av att delta är välkomna att maila till:

eva.torbjornsson@ki.se. Kriterier för att kunna delta i nätverket är att vara medlem i RFop och ha ett projekt inom den perioperativa kontexten. Uppdaterade listor över doktorander samt disputerade inom vår kontext finns att hämta från hemsidan. Om någon saknas på listan får ni gärna tipsa Vetenskapliga rådet om det genom att maila till: eva.torbjornsson@ki.se.

På agendan framöver finns att uppdatera dokumentet *Riksföreningen anser och rekommenderar om arbetsväxling* med nya referenser.

Kvalitetsrådet

Riksföreningen anser och rekommenderar har till syfte att de ska fungera som ett stöd i det dagliga arbetet för operationssjuksköterskor och att ge patienterna en säker perioperativ vård, just nu håller Kvalitetsrådet på med ämnena som vi fick idéer och tips om under Höstkongressen bland annat hur vi tar hand om material i samband med brottsmisstanke, det vill säga forensisk omvårdnad. Vi arbetar även med ett *Riksföreningen anser och rekommenderar* om överrapportering SBAR, i operationsmiljö.

Under Hygienforum i april kommer en färdigställd Anser och Rekommenderar som handlar om användande av mobiltelefoner i operationsmiljö att presenteras. Vi hoppas att vi ses där! ●



Nätverksträffar

Örebro

14 december 2022

Text: Inger Andersson,
Distriktsamordnare, Örebro

Äntligen nätverksträff igen efter pandemin för medlemmar i Riksföreningen för operationssjukvård. Vi var 25 operationssjuksköterskor med arbetsplatser i Örebro och Lindesberg som träffades. I år var vi i nya H-hus byggnaden på Universitetssjukhuset i Örebro där flera av oss inte arbetar i vardagen och där finns bl.a. Ögonklinikens operationsavdelning.

”Ögonoperation - det här arbetar vi med hos oss”- Malin Harrysson och Elly Westerberg guidade oss i ögats anatomi, sjukdomar och operationstekniker. En uppskattad och otroligt intressant föredrag om en specialitet som många av oss inte träffat på.

Rose-Marie Gabrielsson som medverkar i Kvalitetsrådets arbete med Riksföreningen anser och rekommenderar. Rekommendationer och riktlinjer skrivs för att underlätta operationssköterskans arbete och vi fick ytterligare information av det som finns att ta del av på Riksföreningens hemsida. Som distrikts-



Elly Westerberg och Malin Harrysson, Örebro

samordnare informerade jag om vad som är på gång i Riksföreningen under våren 2023, utbildningar, stipendier som finns att söka mm. och som avslutning tittade vi på produkter från föreningens silver kongresssponsor KeboMed.

En trevlig, uppskattad och väldigt intressant kväll som avslutades med rundtur och visning av alla nya operationslokaler där det finns, för många av oss, medicinteknisk utrustning vi aldrig sett. Vi ser fram emot att träffas i maj igen.

Skåne SUS

15 februari 2023

Text: Elvira Gilmanova,
Distriktsamordnare Skåne SUS

Den 15 februari hade vi ett väldigt trevligt och efterlängtat möte, nätverksträff, för vårt distrikt Skåne SUS. 13 operationssjuksköterskor var på plats och representerade Neurokirurgen Lund, pacemakerenheten Lund, Ortopedoperation och Kirurgoperation Lund, Regionala teamet, Ellenbogen Ortopedi, Operationsservice kirurgi Malmö. RFops kongresssponsorer var inbjudna och det fanns sex företag på plats: Mölnlycke, BD, J&J, Medioplast, Kebomed, samt Medtronic. Mötet ägde rum i Universitetssjukhusets föreläsningssal i Lund. Inbjudna företag har ordnat fina utställningar utanför föreläsningssalen.

Vi inledde mötet med lite mat och mingel med företagen. Det kändes som att man befann sig på en minikongress. Sedan samlades alla i föreläsningssalen och har fått lyssna om information från föreningen. En ny distriktsamordnare för Skåne SUS presenterade sig och berättade om att distriktet inkluderar ca 180 medlemmar. Distriktet omfattar Lund, Malmö, Trelleborg, Landskrona, Ystad.

Den perioperativa sjuksköterskans dag som sammanföll med mötets dag uppmärksammades. EORNA instiftade dagen 2006 och syftet med dagen är att belysa den perioperativa sjuksköterskans avancerade omvårdnadskunskaper i en högteknologisk vårdmiljö där patientsäkerheten alltid står i fokus. Den mänskliga dimensionen i vårt yrke lyfts fram med fokus på hög vårdkvaliteten. Tema för år 2023 var «Learn, lead, inspire». Den europeiska organisationen vill lyfta fram utbildningens roll i den höga vårdnivån som vår profession erbjuder. Mötets medlemmar fick veta att EORNA planerar sin elfte kongress i Valencia nästa år i maj som heter Lights of Hope.

Sedan har vi gått igenom kommande kongresser samt föreningens aktuella konceptutbildningar. Vi tittade tillsammans på föreningens hemsida och även pratat om föreningen tidning Uppdukat och dess möjligheter som erbjuds för medlemmar.

Den andra delen av mötet handlade om begreppet «Care bundle» som är en sammanställning av evidensbaserade insatser före under och efter operation för att förebygga postoperativa infektioner. En viktig del i den här bunten är korrekt preoperativ huddesinfektion. Nuförtiden har vi två alternativ att välja även Vårdhandboken och Maria från BD föreläste för oss om applikatorn-metoden som är ganska ny i Sverige. Applikatorn-metoden skiljer sig framför allt i en högre styrka av klorhexidinspriten samt ett annat sätt i själva desinfektionstekniken där man har bara en ”tuss” att huddesinficera med. Tack deltagarna för bra frågor och intressant diskussion! Vill man veta mer om Care bundle kan man anmäla sig till RFops konceptutbildning ”Infektionsprevention”.

Efter föreläsningen fick vi kaffe och kaka och fortsatte mingla med företagsrepresentanterna. Tiden gick väldigt fort! ●



Nya medlemmar

Vi Välkomnar 46 nya medlemmar

Det är glädjande att 46 operations-sjuksköterskor och studenter blivit nya medlemmar i föreningen under årets två första månader! Efter medlemsbrevets utskick i januari så har även drygt 50 st återkommit till medlemskap efter att haft en "paus" i medlemskapet under några år. Vi vet att det säkert finns många operationssjuksköterskor ute på våra sjukhus som ännu inte upptäckt det fina med att vara medlem i RFop. Alla medlemsförmåner som tidningen Uppdukat, lägre avgift vid Hygienforum, Höstkongress och alla olika konceptutbildningar. Som medlem kan man även söka stipendier till kongresserna och supportstipendium. Tipsa gärna era kolleger att bli medlem.

Kom ihåg att själv meddela adressbyte till mej som är medlemsansvarig: annemarie.nilsson@rfop.se. Till mej får du också gärna meddela din mailadress om du inte redan har gjort det. Jag önskar er en varm och solig vår och hoppas att många anmäler sig till årets Hygienforum.

Nya medlemmar

Veronica Alexandersson, Solna
 Ida Anehammar, Jönköping
 Emelie Anliot, Linköping
 Emine Arslan, Norsborg
 Beatrice Aspenfjäll, Stockholm
 Sofia Axelsson, Matfors
 Vaka Bergsdottir, Helsingborg
 Daniella Björn, Gävle
 Emma Burke, Rönninge
 Cornelia Bååth, Veberöd
 Eric Corneliussen, Sköndal
 Maria Davidsson, Örebro
 Cathrine Fors, Linköping
 Laura Geete, Helsingborg
 Annki Grönvall, Onsala
 Beatrice Gunnarsson, Uppsala
 Birgitta Herlin, Edsbyn
 Jessica Huovila Andersson, Nödinge
 Christina Höggren, Upplands Väsby
 Caroline Hörberg, Göteborg
 Pernilla Imrian, Skövde
 Aleksandra Ivchenkova, Lund
 Eva-Sofie Jansson, Lycksele
 Emelie Johansson, Linköping

Christina Karlsson, Helsingborg
 Linda Karlsson, Vimmerby
 Mikaela Karlsson, Överhörnäs
 Emma Lazic, Skövde
 Nils-Johan Lindborg, Stockholm
 Sofia Lindström, Sköllersta
 Johan Lundblad, Bjästa
 Eva Lundemo, Stockholm
 Linda Lysell, Vänersnäs
 Claudia Manzanares, Saltsjö-Boo
 Anna Matre, Förslöv
 Penka Peneva, Hässleholm
 Amela Puric, Upplands Väsby
 Anneli Schröder, Borås
 Anna Schönander, Genarp
 Anne Skanebo, Örebro
 Inger Sobeus, Bro
 Karolina Steinvall, Uppsala
 Emma Tu Gustafsson, Karlstad
 Isabell Tullgren, Vintrosa
 Jenny Wallin, Oxelösund
 Elly Westerberg, Vintrosa

KONFERENS

SCANNA QR-KODEN
LÄS HELA PROGRAMMET

9-10 maj
STOCKHOLM/
DISTANS

SIFU

Optimerad operationsplanering
 Mötesplatsen för dig inom operation – med fokus på effektiva arbetssätt och metoder för en framgångsrik planering.



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

<p>2023 31 Mars</p> <p>Trauma Utbildning Nivå 1</p>	<p>2023 13-14 April</p> <p>Hygienforum 2023</p>	<p>2023 28 April</p> <p>SPOR Nätverksträff Digital</p>	<p>2023 12 Maj</p> <p>MDR Juridik & Upphandling</p>	<p>2023 15-17 Maj</p> <p>Trauma Kirurgi Nivå 2</p>	<p>2023 16 Maj</p> <p>Årsmöte</p>
<p>2023 26 Maj</p> <p>Infektions- prevention</p>	<p>2023 14-15 September</p> <p>Nätverksträff för chefer</p>	<p>2023 12-13 Oktober</p> <p>MDR Juridik & Upphandling</p>	<p>2023 20 Oktober</p> <p>Infektions- prevention</p>	<p>2023 20 Oktober</p> <p>Trauma Utbildning Nivå 1</p>	<p>2023 20 Oktober</p> <p>SPOR Nätverksträff Digital</p>
<p>2023 9-10 November</p> <p>Trauma Utbildning Nivå 3</p>	<p>2023 30-1 Nov/Dec</p> <p>Höstkongress 2023</p>	<p>2023 1 December</p> <p>Chefkonferens 2023</p>	<p>2024 22-23 Maj</p> <p>Hygienforum 2024</p>	<p>Under 2024 kommer vi att presentera fler nya konceptutbildningar.</p> <p>Vi uppdaterar allt eftersom på rfop.se samt i kalendariet som alltid finns i Uppdukat.</p>	

POSTTIDNING B

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

DIAMANTKONGRESSPONSORER



GULDKONGRESSPONSORER



BD



SILVERKONGRESSPONSORER

Medtronic
Further, Together

Halton

B|BRAUN
SHARING EXPERTISE

KEBOMED

Johnson & Johnson MEDTECH