

# Uppdukat

Nr 3 september 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](http://fass.se).

Boka gratis produktutbildning via [maria.skalebrant@bd.com](mailto:maria.skalebrant@bd.com) eller [paer.weijs@bd.com](mailto: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 administrationsstället. 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](http://www.fass.se)

BD, Stockholm, Marieviksgatan 25, 117 43, Sweden | [bd.com](http://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

1800 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

Maria Muñoz

### Foto

Gunilla Liss, Thoraxoperation Akademiska sjukhuset

### Annonser

annonsansvarig@rfop.se

### Redaktion

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

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

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

Eftertryck från tidningen utan Riksföreningen för operationssjukvårds medgivande är förbjudet.

Layout: MittKompetens AB

Tryck: Allduplo Offsettryck AB

# Innehåll

## Uppdukat nr 3 2023 årgång 35

- **REDAKTIONENS ORD**  
Ordförande...sid 4
- **HISTORIA**  
Fattningstängerna Allis, Tuffier och en thoraxhake...sid 6
- **KRÖNIKA**  
Det var aldrig min plan att bli operationssjuksköterska...sid 10
- **ARBETSMILJÖ**  
Operationsanpassade arbetspass...sid 11
- **ARBETSMILJÖ**  
Förkortad arbetstid...sid 12
- **HYGIEN**  
Hygien och luftkvalitet – ny rapport...sid 16
- **KOMPETENS**  
Regional studiedag, Stockholm...sid 18
- **PORTRÄTTET**  
Annika Sandelin...sid 20
- **KOMPETENS**  
Peer learning...sid 26
- **PATIENTSÄKERHET**  
Kampen om evidens på operationssalen - sterilitet ej bekräftad...sid 28
- **PATIENTSÄKERHET**  
Rör inte Operationssjuksköterskan!...sid 32
- **PATIENTSÄKERHET**  
Är kompetensen på svenska operationssalar för hög?...sid 34
- **PATIENTSÄKERHET**  
Spårbarhet för säkerhet...sid 36
- **PÅ VÅR OPERATIONSÄVDELNING**  
Thoraxoperation, Akademiska Sjukhuset...sid 38
- **REDAKTIONEN TIPSAR**  
SBAR för stärkt patientsäkerhet inom operationsverksamhet...sid 42
- **FÖRENINGSNYTT**  
RFop...sid 43

sid 12



sid 20



sid 38



Foto: Elisabeth Lundström

Foto: Peo Sjöberg



Operationssjukvården i Sverige har stora utmaningar både på kort sikt och som övrig hälso- och sjukvård även på lång sikt. Något behöver göras, fast vad och hur? Är sänkt kompetens och nya yrken i vården rätt väg? Kanske inom vissa delar av sjukvården, fast finns det utrymme inom operationssjukvården?

Det finns såklart ingen patentiösning till de utmaningar operationssjukvården står inför. För att "hitta rätt i framtiden", tänka nytt och utanför vår box behöver vi en levande dialog i tvärprofessionella grupper där vi tillsammans kan forma en operationsvård som är säker, mer effektiv och mer patientcentrerad. Som operationssjuksköterska spelar du en avgörande roll i operationssjukvården. Dina färdigheter och kunskap är kärnan i den patientsäkerhet och omvårdningskvalitet som en person som ska genomgå kirurgi i Sverige kan förvänta sig. Just nu står vi inför diskussioner om sänkt kompetens, vilket väcker frågor kring vår profession och yrkesroll, hur kan den höga standard vi strävar efter bevaras?

### Konceptutbildningar

Att vidareutvecklas och delta i utbildningar och kongresser är viktigt, RFop erbjuder en rad olika konceptutbildningar, traumautbildning på olika nivåer, infektionsprevention, MDR, juridik och upphandling är några. Utbildningarna ska ge grundkunskap och när du deltagit ska du känna en trygghet att veta mer

om ämnesområdet. De är alltid subventionerad för dig som är medlem.

Är du chef, ledare på en operationsavdelning? RFop:s Chefråd har två gånger per år Chefnätverksträffar och i samband med Höstkongressen alltid en Chefkonferens, se mer information på rfop.se.

### Vad kan du läsa om i detta nummer?

I detta nummer finns flera artiklar med olika aspekter av patientsäkerhet och kopplingen till operationssjuksköterskans profession. Vi hoppas att detta nummer inspirerar dig att reflektera över dina erfarenheter och att du och dina kollegor tar er tid att delta i diskussionen. Era insikter och tankar är värdefulla när vi tillsammans arbetar för att säkerställa en hög patientsäkerhet och behålla vår kompetens på den nivå som våra patienter förtjänar.

Är "bristen" på operationssjuksköterskor hela och enda sanningen till operationsköerna? De avdelningar, kliniker, sjukhus som saknar operationssjuksköterskor vilka analyser har det gjort? Vad är anledningen till att det saknas hos dem? Är det något de kan göra? Vi har i detta nummer två artiklar om arbetsmiljö kopplat till schema, bra initiativ och en del till lösning för att kunna rekrytera och öka kvarstannandet.

Du kan även läsa om Thoratoperation på Akademiska sjukhuset och deras verksamhet på sidan 38 och på sidan 16 ett sammandrag ur en rapport från Chalmers Centrum för vårdens arkitektur, Hygien – luftkvalitet Utformning av högteknologiska vårdmiljöer. Det och mycket mer.

Vi välkomnar även en ny redaktör, Ebba Westerström, som vi hälsar välkommen och hon startar uppdraget med att skriva en krönika, den läser du på sidan 10.

### 60 - årsjubileum

RFop har börjat förbereda sig inför 2024 då vi firar 60 år. Har du några minnen som du vill dela med dig av? Hör av dig till redaktionen, rfop@rfop.se ●

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

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

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

### Nivå 1 Traumautbildning "Basic Trauma"

#### Tid

Fredag 20 oktober 2023  
Kl. 08.30 – 15.30

Anmäl er här



#### Plats

Sheraton Stockholm Hotel

#### Kostnad

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

Mer information och anmälan: rfop.se



DEHP och  
PVC fri

PVC fri  
och PTFE  
beläggning

## Kundanpassade set – en skräddarsydd lösning

I ett kundanpassat ProcedurePak® set har du möjlighet att inkludera många av de engångsprodukter du behöver för ett speciellt ingrepp.

Välj t.ex. vår handaktiverade monopolära L-hook,

- PVC fri
- PTFE beläggning på den aktiva delen av elektroden

eller vår Mölnlycke® Plume Evacuation Pencil

- DEHP och PVC fri
- Inbyggd teleskopfunktion i diatermipennan



Läs mer om våra  
kirurgiska instrument

**40%**

av din förberedelsestid går att spara, vilket  
möjliggör att fler ingrepp kan utföras<sup>1</sup>

Läs mer på [www.molnlycke.se](http://www.molnlycke.se)

Mölnlycke Health Care AB, Box 13080, Gamlestadsvägen 3 C, 402 52 Göteborg. Tel. 031 722 30 00. [info.se@molnlycke.com](mailto:info.se@molnlycke.com).  
Mölnlycke och ProcedurePak, namn och logotyper är globalt registrerade av en eller flera företag i Mölnlycke Health Care-gruppen.  
© 2023. Mölnlycke Health Care AB. Med ensamrätt. SESU1252307

  
**Mölnlycke®**

# Fattningstängerna Allis, Tuffier och en thoraxhake



Oscar Huntington Allis (1836–1921). Efter sin läkarexamen 1866 började Oscar sin karriär som en av de första kirurgerna vid Presbyterian Hospital i Philadelphia.

Han hade stort intresse för ortopedisk kirurgi och blev känd för sina expertkunskaper kring frakturer och led luxationer. Han blev senare lärare i ortopedi vid det universitet han själv studerade medicin och är känd för eponymen *Allis tecken* (Allis Sign) för att upptäcka medfödd höftledsluxation och *Allis manöver* vid reponering av höftledsluxation och som fortfarande används.

Dr Allis kom också att utveckla en rad kirurgiska instrument inklusive en inha-

lator för eter. Designen och fördelarna på Dr Allis eterinhalator gentemot andra metoder bestod i att den packades med stora mängder gasväv. De många lagren gasväv ökade eterens avdunstande vilket ledde till en snabbare anesthesiinduktion. Inhalatorn var väldigt populär i början av 1900-talet och kunde köpas från en rad tillverkare så sent som in på 1930-talet.

Men det är inom kirurgin och inte ortopedin som hans namn idag är mest ihågkommet och genom fattningstängen Allis som han utvecklade för att kunna hantera tarmändarna vid suturering av tarm anastomoser. I en artikel publicerad 1901 beskriver dr Allis tre patientfall där han använt sig av den speciella fattningstängen som han utvecklade redan 1883. Han beskriver att tängen med sina trubbiga tänder eller rat tooth (råttanad) som Allis själv beskriver den. Han

skriver om tängens lämplighet vid end-to-end anastomoser för att vända slemhinnekanterna och att tarmarna hålls på plats under suturering. Allis jämför med hur en skräddare arbetar och som noga förbereder sig med att först tråckla innan han syr, detsamma måste gälla kirurger vid arbete med anastomoser. Han beskrev även andra användningsområden för fattningstängen. Den är användbar som dukklämma för att fästa handdukar med vid sårkanter för att skapa ett sterilt operationsfält, men också att fatta senor med vid fot och handkirurgi.

I en biografi beskrivs Oscar Allis karaktär att mer vara en utredare av kirurgiska problem och framställare av användbara instrument än som operatör. Han var respekterad och betrodd men kunde uppfattas som något sur och med bestämda åsikter. Han är författare till 101 artiklar med stor bredd, allt ifrån inklämda ljumskbräck, amputationer av skulderleden, aorta aneurysm, circumcision, till säkert användande av karbolsyra och förberedelser av fingrar och naglar inför kirurgi. Oscar Huntington Allis avlider 1921 i en hjärnblödning vid en ålder av 84 år.

## Theodore Tuffier (1857–1929)

Theodore föddes i staden Belleme i nordvästra delen av Frankrike. Efter att avslutat sina studier i medicin 1879 började han arbeta vid Paris sjukhuset Petie-Salpetriere vilket var Frankrikes

största sjukhus och senare vid Beaujon sjukhuset. Dr Tuffier beskrivs som en enastående kirurg som gjorde stora bidrag och upptäckte inom alla kirurgiska områden under



Eterinhalator Allis. Bild: National Library of Medicine





Fattningstång Allis



Fattningstång Tuffier

sin livstid men hans främsta intresse och hängivenhet kom att handla om thoraxkirurgi.

Han engagerade sig tidigt inom området experimentell kirurgi och år 1900 startade han en kurs för kirurgi studenter i experimentell kirurgi och publicerade runt 1400 arbeten. Många av sina arbeten och patientfall presenterade han vid de regelbundna möten som hölls av Societet de Chirurgie i Paris.

Vid ett sånt möte år 1898 presenterade Dr Tuffier ett dramatiskt patientfall, där han hade utfört en thorakotomi med öppen manuell hjärtmassage på en döende patient. Det är det första beskrivna fallet med kirurgisk exponering av ett "oskadat" hjärta. Tuffier hade tidigare i djurförsök sövt hundar med dödlig dos Kloroform tills djuren fick cirkulationskollaps, därefter väntade han någon minut innan han gjorde en incision mellan revbenen för att komma åt hjärtat. Han började därefter massera hjärtat i en frekvens av 60 hopklämningar i minuten, efter 1–2 minuter återfick hunden puls och kvicknade till. Sex månader efter dessa experiment uppstår följande händelse som Dr Tuffier beskriver inför sina läkarkollegor:

*"En 24 årig man vårdades av mig på La Pitie sjukhuset i mitten av Juni 1898 med tre dagars namnes på akut appendicit, han var i rätt dåligt tillstånd med en temperatur på 39,5 grader. Dagen efter han inkommit utförde jag en akut operation och fann en pericekal abcess och en gangränös appendix. Under de följande fyra dagarna sjönk temperaturen, infektionstecknen avtog och patienten började dricka mjölk.*

*När jag besökte vårdavdelningen på den femte postoperativa dagen undrade patienten om han inte kunde få vin istället för mjölk. Jag hade knappt hunnit gå några meter från patienten då min underläkare kallade på*

*mig efter som patienten hade svimmat. Vi skyndade oss till patienten, när jag undersökte honom var kroppen redan slapp, pupillerna dilaterade, andningen hade upphört och pulsen var frånvarande. Hjärtat stod still. Jag hade inget tvivel att han hade dukat under för en av dessa embolier som inte är helt ovanliga vid sepsis. Jag hade alla mina studenter med mig. Vi startade konstgjord andning, dragning av tungan och sänkte patientens huvud.*

*Det var svårt för mig att låta denna unga man dö av ett mekaniskt problem när resten av hans kropp verkar fullkomligt frisk och vi förmodligen hade ett sätt att återuppliva honom. Min tvekan var kort.* →



Thoraxhake/  
revbensspidare  
Tuffier

Jag gjorde snabbt en incision vänster sida vid tredje revbensmellenrummet. Jag lyfter pericardet med mitt pekfinger och påbörjar en rytmisk kompression av kammaren under 1-2 minuter. Hjärtat börjar slå, först oregelbundet, men sen regelbundet. Pulsen återvänder, patienten börjar ta djupa andetag, öppnar sina ögon, pupillerna är sammandragna. Vi sluter incisionen.

Efter en episod med djupa andetag blir pulsen åter svag för att sen upphöra. Vi återupplivar igen på samma vis och cirkulationen återkommer men upphör sen för sista gången trots våra försök. Obduktionen visade ett koagel i lungartären. Jag vet att denna observation inte fastställer effektiviteten med öppen manuell hjärtkompression jag delar fallet inte i annat syfte än att uppmärksamma er på en teknik som kan bli användbar.”

Tuffier´s försök att rädda mannens liv måste varit extremt dramatiskt vid denna tid. Tänk er bilden av en vårdavdelning på ett sjukhus i Paris 1898, trångt, sängarna packade vid varandra, belysning från gaslampor eller levande ljus och vilken utrustning kunde funnits. Han blev också ifrågasatt och möttes av kritik från kirurgkollegor som ansåg hans ingrepp som onödigt. Han kom att utföra en rad operationer som kom att ses som milstolpar i kirurgins historia. 1891 utförde Tuffier den första lungresektionen vid tuberkulos, och han var en av de första att beskriva skapad pneumotorax som behandling vid lungtuberkulos. 1902 utförde han en operation med ligerering av aorta aneurysm. Han utförde också en operation på en patient med aortastenosen där han dilaterade stenosen med hjälp av sitt finger.

Han arbetade i nära samarbete med Dr Alexis Carell vilken också ägnade sig åt experimentell kirurgi. Carell visade på att man kunde sy ihop blodkärl, att skadade artärer kunde ersättas med vener och att organ såsom njurar, mjälte och sköldkörtel kunde flyttas och transplanteras med bibehållen funktion. Dr Carell fick 1912 år´s Nobelpris i fysiologi eller medicin för dessa upptäckter. Tuffier konstruerade även han en inhalator för narkosmedel. Hans inhalator var avsedd för kloroform och möjliggjorde en mer kontrollerad och kontinuerlig metod för administrering av medlet. Han publicerade en textbok 1901 som handlade om spinal anestesi. Tuffier´s kunskaper och undervisning i

ämnet bidrog stort till spridning av spinal anestesi som metod i Europa. Begreppet Tuffier´s Line är ett anatomiskt landmärke med en tänkt linje men höftbenskammen för att hitta rätt nivå i samband med spinalanestiesier och lumbalpunktioner och används fortfarande.

### Krigskirurgi

Under första världskriget, åren 1914–1918 fokuserad han enbart på krigskirurgi och tjänstgjorde på fältsjukhus vid fronten. Där han arbetade med trigering av skadade från skyttegravarna. När kriget bröt var de möjligheter man hade att transporterades skadade med häst och vagn, i korgar på mulsnor eller inlastade i tåg. De sårade var helt utan vatten, mat eller förband och lämpades av vid närmsta sjukhus. Under krigets första sex veckor skadades 300 000 franska soldater. Bara ett fåtal fick nödvändig vård och många amputerades i onödan. Dr Tuffier beskriver att det utfördes mer än 20 000 amputationer på skadade soldater. Det stora problemet var också infektioner, där bakterier som *Clostridium perfringens* härjade och orsakade gasbrand i de skadades sår. Inga av de antiseptiska medel man kände till vid denna tid hade effekt på gasbrands bakterien. Tuffier vittnade om att 70 procent av amputationerna gjordes på grund av infektioner och inte med anledning av den ursprungliga skadan.

Amerikanska läkare som Harvey Cushing och Georg Crile engagerade sig som volontärer under kriget i Frankrike. De byggde upp en organisation med ambulanstransporter för de skadade och öppnade ett sjukhus, American Ambulance Hospital i Paris för skadade soldater. Tuffier är den första kirurg att förflytta en skadad soldat från stridszonen med flygplan.

Han var känd som förespråkare av frikostig resuscitering, där hans bedside thorakotomi 1898 förmodligen bidragit till denna uppfattning. Under kriget gjordes många thorakotomier på skadade och Tuffier utvecklade 1914 sin thoraxhake/ revbenspridare. Tuffier´s metod att öppna bröstkorgen beskrivs som en *trans-sternal utvidgning av en anterolateral thorakotomi i fjärde intercostalrummet*, vilket skulle motsvara dagens *Clamshell Thorakotomi*. Men det går inte helt historiskt bekräfta och eponymisera begreppet Clamshell insicion som enligt



Patienter på takterrassen till American Ambulance Hospital i Paris

Tuffier. Tuffier beskrivs som en lysande personlighet, en elegant kirurg med en rastlös energi. Han hade också stort intresse i kultur, filosofi och konst. Han var den sista franska ägaren av 1700-tal´s målningen *A Young Girl Reading* av Fragonard, målningen finns nu på *The National Gallery Of Art* i Washington. ●

### Referenser

Allis, O,H. An instrument for facilitating intestinal anastomosis. *Ann Surg.* 1902 Mar; 35(3): 352–357

Powell, J,L Powell´s Pearls: Oscar Huntington Allis,MD (1836-1921) *Journal of Pelvic medicine surgery* 2009; 15:477-478

Corman,M Editor Classic articles in colonic and rectal surgery. Oscar Huntington Allis 1836-1921. *Diseases of the Colon & Rectum* 29(11):p 776-779, November 1986.

Wagner,F,B. Editor "Part III: Clinical Departments and Divisions Continued --- Chapter 40: Department of Neurosurgery and Chapter 41: Department of Orthopaedic Surgery (pages 637-670)" (1989).

Thomas Jefferson University - tradition and heritage, <http://jdc.jefferson.edu/wagner2/34>

Bonflis-Roberts E,A. The rib spreader: A chapter in the history of thoracic surgery. *CHEST-journal* vol 61 no 5 may 1972

Dobell, A,R,C. Theodore Tuffier´s attempt at cardiac resuscitation. *Ann Thorac surge* 1993;583-4 Ehrhardt J,D .

Baroutjian, A. McKenney ,M. Elkbuli,A. Historical Observation on Clamshell Thoracotomy. *World J Surgery* 2021 45:1237-1241

Gibson, C,L Memoris -Theodore Tuffier 1857-1929. *Annals of surgery*1930 April;91(4) 636-637 Hampton,E. How world war Revolutionized medicin. *The Atlantic* Feb.2017 <https://www.theatlantic.com/health/archive/2017/02/world-war-i-medicine/517656/>





Beställ filter SmokeTrap 100 hos Instrumenta



Testa miljövänliga rökutsugspennan, C-VAC Tornado

# UTBYTESKAMPANJ! 10.000 KRONOR FÖR ER GAMLA RÖKUTSUG



\*\*

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

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



Informationsfilm

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

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

## Välkomna att boka en kostnadsfri utprovning!

Kontakta oss senast den 30 september för att ta del av kampanjerbjudandet.

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

# Det var aldrig min plan att bli operationssjuksköterska

Det var aldrig min plan att bli operationssjuksköterska, jag hade siktet inställd på att bli jurist. Men jag halkade in i vården sommaren då jag fyllde 20. Jag hade precis kommit hem efter ett år i Frankrike när jag blev upprörd från ett äldreboende. De undrade om jag ville komma in, bli presenterad för boendet och eventuellt börja jobba som timvikarie under sommaren. Det visade sig att min mamma hade lämnat mitt nummer till boendet när hon hade varit och besökt en elev under en praktikperiod under våren. Till dem på boendet hade hon sagt att jag kunde absolut inget om vården, men att jag hade lätt för att lära mig och att jag arbetade hårt. Eftersom jag inte hade några planer för den sommaren, och för att jag behövde tjäna lite pengar så tackade jag ja till att komma in och träffa dem. Ett par dagar senare började jag jobba som timvikarie och därmed inleddes min resa inom vården.

Det tog mig ett par år att släppa idén om juridiken. Tre år hann jag studera lagar i Lund innan jag valde att lämna den vägen. Tanken på att jobba på kontor var inte lockande, och juridiken som sådan var intressant men inte mycket mera. Jag blev färdig sjuksköterska 2013 och under tio år har jag hunnit jobba inom geriatriken, hematologi, akutsjukvård och med pre- och postoperativ vård. Från början så såg jag enbart hur jag kunde hjälpa patienter till ett bättre välbefinnande, hur jag kunde trösta, stötta och pusha allt utifrån vad situationen krävde. Men med åren har jag börjat inse att vården och patienterna berör mig mera än vad jag berör dem. Jag bär med mig deras historier, samtalen jag har haft med patienter under vakna nätter. Jag bär med mig historier om överlevnad men också historier om de som lämnas kvar. Jag kommer aldrig



Ebba Westerström

glömma blickar hos patienter eller anhöriga i deras mörkaste stunder, men inte heller hur vissa patienter är de mest levande människor jag mötts trots att de lever sina sista dagar. Jag kommer alltid häpnas över svaren jag får när jag frågar mina patienter vad de drömmer om att göra när rehaben efter deras operation är klar. Hur otroligt levande människor kan vara, i alla stunder.

Att jobba inom vården är att resa i ödmjukhet. Ödmjukhet inför att möta patienter, ta del av deras historia, att få förtroendet att ta hand om deras välbefinnande när de själva inte kan det. Det är en lektion i ödmjukhet att se hur anestesisköterskan släcker ner salen inför sövning, den lätta handen som stryker över en patients kind när denne driver iväg i narkosen. Det är att häpnas över det oerhörda fokuset som infinner sig, samarbetet i teamet och det tydliga ledarskapet en narkosläkare tar vid en akut händelse. Det är en ödmjuk resa att titta på mina nya kollegor och deras er-

faenhet. Undersköterskorna som ligger steget före mig inne på operationssalen, operationssjuksköterskorna som pratar ett språk jag ännu inte förstår, hur de rör sig på salen som om det vore en osynlig dans, självklarheten med vilken de instrumenterar samtidigt som de uppmärksammar allt som sker runt omkring såret. Kirurgen som identifierar strukturerna i kroppen som om det är lika självklart som att skilja svart från vitt, och med flinka fingrar arbetar inuti en människas kropp. Det är med största ödmjukhet jag börjar min resa i ett nytt team, men nya arbetsuppgifter. Ödmjukt tar jag mig an ett jobb i vilket jag aldrig kommer att bli fullärd, men alltid ha kollegor som jag kan be om hjälp och råd från. Det är med fenomenala människor runt omkring mig som jag kommer att bygga min identitet som operationssjuksköterska.

## Ny som redaktör

Ebba är inte bara ny i professionen hon är även ny redaktör i Uppdukat, vi välkomnar Ebba både till jobbet som operationssjuksköterska och till redaktionen.



Ebba Westerström

# Operationsanpassade arbetspass

Jag är omvårdandschef på Karolinska Universitetssjukhuset i Solna. Avdelningen heter bukoperation och här bedrivs det elektiv kirurgi på 7–8 salar varje vardag. Vi har operationskapacitet från kl. 07.30 fram till kl. 16.00, 18.00, 18.45 och 21.00. Operationskapaciteten är planerad utefter uppdraget. De flesta patienterna som opereras hos oss har cancer i buken och i bäckenet. Arbetsdagarna är långa och det blir få pauser för våra medarbetare som arbetar mycket hårt för att ge en god vård av hög kvalitet till våra patienter som inte sällan är mycket sjuka och resurskrävande.

För att skapa en god tillgänglighet för patienterna och i ett led att förbättra arbetsmiljön för medarbetarna skapades 6 timmars arbetspass som ett projekt 2018 i ett samarbete mellan arbetsgivare, Kommunal och Vårdförbundet. När projektet utvärderades 9 månader senare visade det sig fungera bra och de kortare arbetspassen kom för att stanna. I dialog med representanter för Vårdförbundet och Kommunal tog Perioperativ Medicin i Solna fram lokala avtal där rasten förskjuts till efter 6 timmars arbete, ett avsteg från arbetstidslagen (ATL). Arbetspassen fick namnet *Operationsanpassade arbetspass* (OPA). I nuläget finns det möjlighet att lägga fyra OPA pass per vecka men inte under sommarsemesterperioden. Önskar man ett OPA förmiddagspass behöver man lägga in ett OPA eftermiddagspass också under samma vecka. Förmiddagspasset börjar 07.15 och slutar 13.15. Eftermiddagspasset börjar 12.45 och slutar 18.45. Mat kan ätas efter att medarbetaren har stämplat ut och mat kan ätas innan medarbetaren stämplar in. Om det blir tal om övertidsarbete ska medarbetaren ha sin lunch/middag enligt ATL. De medarbetare som lägger OPA pass har möjlighet till en kortare paus men ingen fika.



Carola Kling

Arbetspassen är frivilliga och det finns möjlighet att önska OPA måndag till torsdag och det finns en till två OPA salar per dag. De här arbetspassen är mycket populära då de skapar utrymme för återhämtning. I möjligaste mån har alla på salen (undersköterska, operationssjuksköterska och anestesijüksköterska) ett sådant pass. Det kan också minska antal dörröppningar och alla i teamet får en annan inställning till uppdraget den dagen. Har man OPA-pass deltar man ej på morgonmöte eller andra möten under själva 6-timmarsdelen av passet. OPA passen är viktiga för såväl medarbetare som arbetsgivare då arbetspassen möjliggör kvarstannande och skapar förutsättningar för ett hållbart yrkesliv. På bukoperation i Solna har vi utvecklat konceptet efter hand för att på bästa sätt möta medarbetarnas behov såväl som det betydande uppdrag som bukoperation har. ●

## Sociala medier

Stort TACK till RFop:s alla följare på Instagram och Facebook.

Vi kan stolt meddela att vi de tre senaste månaderna nått ut till fler via våra sociala kanaler och är tacksamma för ert stöd och engagemang. Vi delar här med oss av en statistiköversikt från vår Facebook-sida, vilket visar vår organiska räckvidd. Fortsätt gilla, kommentera och dela våra inlägg.



Skanna QR-koden med din mobilkamera för att enkelt länkas till våra sociala plattformar.



# Förkortad arbetstid

## - pilotprojekt för ökad möjlighet till återhämtning



Artikelförfattarna

Vårt pågående pilotprojekt har visat att det är kanske möjligt att förkorta arbetstiden inom operationsverksamhet för att förbättra arbetsmiljön och samtidigt bibehålla operationskapaciteten inom sjukvården. Projektet, som involverar operationsavdelningarna på både Universitetssjukhuset i Linköping och Vrinnevisjukhuset i Norrköping, har som mål att vara kostnadsneutralt och bibehålla produktionen samtidigt som det ska möjliggöra individanpassad återhämtning för medarbetarna. Piloten ska pågå i två år och i september 2023 har första året gått.

Initiativet till pilotprojektet kom från dåvarande HR-direktör Zilla Jonsson, som på uppdrag av regionstyrelsen eftersträvade en kostnadsneutral lösning som skulle kunna implementeras för både undersköterskor och specialist-sjuksköterskor på Universitetssjukhuset i Linköping och Vrinnevisjukhuset i Norrköping. Det var av stor vikt att medarbetarna och de fackliga parterna var involverade och delaktiga i processen för att uppnå bästa möjliga resultat och en hållbar modell över tid.

### Bakgrund

För att utveckla och implementera arbetstidsmodellen skapade Peter Andersson, bitr. verksamhetschef på US och Johnas Aronsson, vårdenhetschef OP ViN en arbetsgrupp tillsammans med utvecklingsansvarig Karin Åhlen. Det hölls gemensamma möten med både chefer och fackliga representanter regelbundet under hela processen för att bolla under vägen istället för att ta fram ett koncept som sedan behövde revideras. Målen formulerades för att skapa en riktning.

- Arbetsplats där det är möjligt att arbeta heltid och få tid för individanpassade, hälsofrämjande aktiviteter som ger återhämtning.
- Bli en attraktivare arbetsplats där man vill stanna och som på sikt kan locka fler kollegor.
- Öppethållande av samma antal operationssalar som sista schemaperioden 2021.
- Bygga förutsättningar för öppna fler operationssalar på längre sikt.

När förslag på modell var framtaget så gjordes en riskbedömning för att identifiera eventuella hinder och utmaningar. Senare inkluderades även HR konsult Josefin Hellberg och ekonom Terezia Nilsson för att kunna följa och utvärdera projektet. Det gjordes beräkningar av produktionen gällande befintliga operationssalar och hur pilotprojektet skulle påverka produktionen framöver. Kostnadsberäkningar och beräkningar av antalet heltidstjänster genomfördes för att säkerställa att modellen kunde vara så kostnadsneutral som möjligt och att det inte skulle bli någon stor förlust av operationskapacitet. Det bygger på att de som går upp från deltid till heltid kompenserar för de som redan arbetar heltid.

Arbetsgivaren frigjorde tid i schemat för individuellt anpassade återhämtningsaktiviteter. Upplägget för återhämtningen och den individuella planen diskuteras i dialog mellan medarbetare och chef. En gemensam dokumentation upprättades för att beskriva förutsättningarna för att ingå i modellen, och eventuella anpassningar gjordes enbart utifrån lokala skillnader exempelvis vilka turer som var krav på att göra för att ingå. Kort sagt innebär det att den som vill vara med förbinder sig att arbeta 100% och ta den andel nätter, kvällar och helgpas som krävs för att schemat ska gå ihop. Det skrevs även nya lokala kollektivavtal för både Kommunal och Vårdförbundet.

### Schema

Modellen innebär att den kliniska veckoarbetstiden minskas till 34 timmar istället för att sänka veckoarbetstidsmättet till färre dagar. På en schemaperiod reduceras totala antalet timmar i perioden till att motsvara ett snitt på 34 timmar.

Tjänstgöringsgrad	38,25	37
100,00%	38,25	37,00
90,00%	34,43	33,30
87,50%	33,47	32,38
85,00%	32,51	31,45
80,00%	30,60	29,60
75,00%	28,69	27,75
70,00%	26,78	25,90
65,00%	24,86	24,05
60,00%	22,95	22,20

Grön = kombinationer som ger tillskott av tid med 34 h/v kliniskt arbete

Rött = kombinationer där tid faller bort med 34 h/v kliniskt arbete

Veckoarbetstid i piloten (34 tim.) x antal veckor i schemaperioden (x) = antalet kliniska timmar som ska planeras. Ordinarie veckoarbetstid (38,25 tim. alt. 37 tim.) x antalet veckor i schemaperioden = total tid inklusive, återhämtningstid som skall planeras. Total tid - antal kliniska timmar = Antal timmar som planeras för återhämtning. På semesterveckor under året samt under huvudsemestern skall ingen återhämtningstid läggas ut. Har man planerad veckolång ledighet (semester, flex eller komp) i schemat så skall återhämtningstiden reduceras med det antalet veckor som man är ledig.

Medarbetaren är inte bunden till arbetet under återhämtningstiden utan väljer fritt vad man vill göra med sin tid. Man kan inte samla på sig återhämtningstid och ta ut som en sammanhängande ledighet utan den läggs löpande ut varje eller varannan vecka. Återhämtningsdagarna är klassade som okränkbara för att man ska kunna lita på att få ut den. Så vid vakanser är det inte möjligt att bli inbeordrad, men om man själv erbjuder sig att arbeta extra på sin återhämtningsdag så är det ok.

### Återhämtning

För att kunna följa om modellen faktiskt skapar återhämtningens möjligheter så kontaktade vi Sunt Arbetsliv för att få stöd i hur man kan mäta återhämtning. Vi ansökte och blev även beviljade pro-

jektstöd i vårt arbete. För att kunna undersöka återhämtningsbehov och planera för insatser så samlade vi friskvårdsinspiratörer och fackliga representanter från både Linköping och Norrköping. Tillsammans skapade vi oss en lägesbild av hur det såg ut med förutsättningar för återhämtning på de olika avdelningarna. Med den bakgrunden så höll vi en workshop för att ta fram en plan för att komma framåt i återhämtningsarbetet. Resultatet blev en halvdagsutbildning så samtliga medarbetare på operationsarenorna US/VIN fick en gemensam utgångspunkt. Innehållet var bla. stressteori, psykologisk trygghet,

hövlighet på jobbet samt återhämtningsverktyg. Vi påbörjade i samband med det även arbetet med friskfaktorer med stöd av Sunt Arbetsliv.

### Uppföljning

Projektets övergripande mål var att skapa en arbetsplats där det var möjligt att arbeta heltid samtidigt som det fanns tid för individanpassade, hälsofrämjande aktiviteter som gav återhämtning. Genom att erbjuda en attraktiv arbetsplats där medarbetare trivs och vill stanna, hoppades man även kunna locka fler kollegor i framtiden. En bättre pension och en mer jämställd arbetsmiljö för den partner som annars kanske minskade sin arbetstid för att hinna med familjelivet är andra positiva effekter.

Projektet utvärderas kvartalsvis. Då görs datauttag på produktion och tillgänglighetsdata samt HR data med bla.

personalrörlighet och sjukfrånvaro. I tillägg skickas även vår enkät ut till alla arbetsplatser som deltar. Där uppmanas även de som inte ingår i projektet att svara på sin upplevelse av återhämtning både under och mellan arbetspassen.

Enligt Tove Nyqvist, operationssjuksköterska och deltagare i pilotprojektet, var upplevelsen mycket positiv. Hon ansåg att syftet med projektet, att möjliggöra återhämtning, uppfylldes väl. Hon använde de extra timmarna för träning, hemmapyssle och trädgårdsarbete, vilket var perfekt för henne som annars hade långa och statiska arbetsdagar på



Foto: Mona Hollerz och Johanna Karlsson



Jenny Stehn

operations-salen. Hon nämnde också att trots att det fanns lediga pass på grund av projektet, så kunde hon oftast själv välja när och om hon ville

arbeta extra. Jenny Stehn, operations-sjuksköterska, upplever projektet som positivt. Utöver tiden till återhämtning så nämner hon: ” För min del så blir det ungefär som tidigare eftersom jag arbetade 85%, men nu får jag betalt för heltid vilket blir bättre för pensionen.”

Projektet med ökad möjlighet till återhämtning inom operationsverksamhet 24/7 har visat sig vara försiktigt framgångsrikt. Vi ser stor positiv påverkan på återhämtningen, viss minskning av sjukfrånvaro och mindre personlörighet. Produktionsmässigt så anar vi en viss ökning av kapacitet åtminstone i Norrköping. Men det är mycket data som ska analyseras och det är flera faktorer som påverkar operationsverksamheten just nu så för att säkert kunna säga att vi har nått målen behövs en djupare analys. Men vi upplever att det går åt rätt håll. Detta initiativ kan vara en modell för andra verksamheter inom sjukvården att överväga för att förbättra arbetsmiljön och locka till sig fler medarbetare.

Det behövs nya lösningar både på kort och lång sikt för att vi ska kunna ställa om för att möta vårdens utmaningar. Modellen löser långt ifrån alla problemen arbetstid och återhämtning är två aspekter som den skulle kunna bidra till att förbättra. ●

#### Kontaktuppgifter

Johnas.Aronsson@regionostergotland.se

Asa.Levin.Fredriksson@regionostergotland.se

Linda.Kindgren@regionostergotland.se

Peter.K.Andersson@regionostergotland.se

Asa.C.Gustafsson@regionostergotland.se

## Kunskap och Inspiration



### - posterutställning under Höstkongressen 2023

Varmt välkommen att delta med en poster vid Höstkongressens posterutställning **Kunskap och Inspiration!**

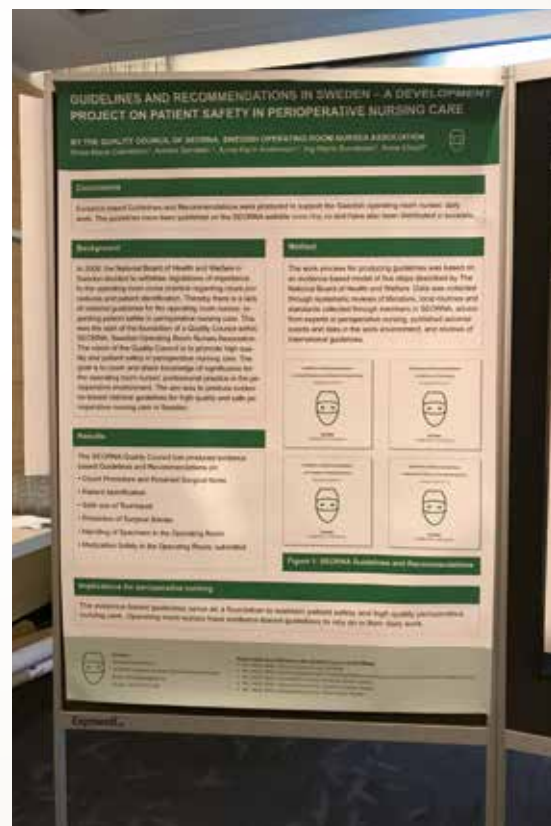
Postern ska handla om ett projekt eller utvecklingsarbete från operationssjuksköterskans perspektiv, exempelvis utveckling av rutiner för säkrare vård, vårdmiljö, kvalitetsuppföljning, infektionsregistrering, dokumentation, handledning, utbildning, ledarskap, personcentrerad vård m fl områden. Observera att det inte behöver vara avancerade forskningsprojekt som presenteras, magisteruppsatser, kvalitetsarbeten och utvecklingsprojekt är varmt välkomna.

Om du/ni vill delta, börja med att skriva ett abstrakt (med bakgrund, syfte, metod, resultat & slutsats om ca 300 ord) som beskriver arbetet du/ni vill presentera. Abstrakt mailas till Vetenskapliga rådet, mailadress [sofia.arestam@gu.se](mailto:sofia.arestam@gu.se) senast den 9 oktober.

Vetenskapliga rådet granskar därefter alla inkomna abstrakt och meddelar om ni kan gå vidare och utforma postern. Meddelande om godkänt abstrakt sker via mejl senast 27 oktober. Tydliga instruktioner för postern format meddelas efter att abstrakt godkänts och kommer också att läggas ut på RFop hemsida.

Under Höstkongressen kommer det finnas möjlighet för deltagare på kongressen att rösta fram bästa poster vilken under fredagen kommer att presenteras muntligt (ca 5 minuter).

RFop Styrelse och RFop vetenskapligt råd



*"Du går till Nemo, öppnar locket, sätter i påsen, stänger locket. Och puff, 20 sekunder senare är det färdigt. När du kommer tillbaka till salen är det ingen som har hunnit sakna dig" beskriver MT-ansvarig, Karlskrona.*

Jenny Stehn

## FOKUSERA DÄR DET BEHÖVS ALLRA MEST

Tillsammans skapar Serres sugpåssystem och Serres Nemo en integrerad vätskehanteringslösning från sug till avfallshantering. Serres Nemo är utrustningen som tar hand om avfallet från Serres sugpåsar på ett säkrare smartare och mer kostnadseffektivt sätt. Nemo förenklar sjukhusets avfallshantering och spar både pengar och tid.

För frågor eller behov av mer detaljerad information om våra produkter, kontakta vår kundservice eller besök [mediplast.com](http://mediplast.com).



# serres

# Hygien och luftkvalitet – ny rapport

Vad händer med luften i korridorer som påverkas av till- och frånluft och lufttryck? Finns det anledning att rumsligt skapa avgränsningar för vissa funktioner för att få ett kontrollerat luftflöde? Det kan då innebära tillkommande yta som påverkar funktionen i direkt anslutande korridorsutrymme. Denna yta är mycket viktig att få med i tidig planering av lokalerna.

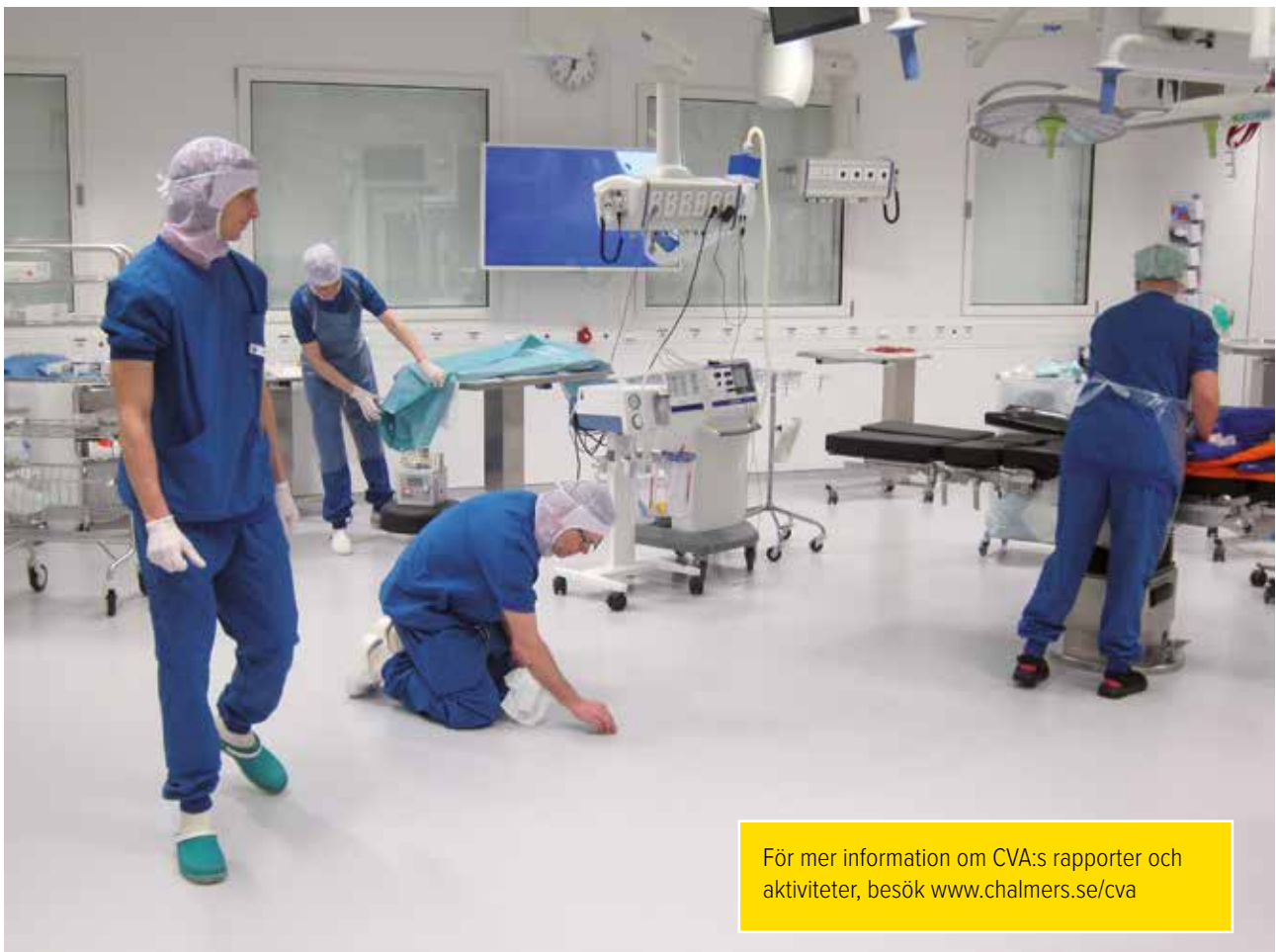
Det finns rekommendationer angivna i de tekniska specifikationer som Svenska institutet för standarder (SIS) ger ut på att korridorer och andra utrymmen i direkt anslutning till operationsrum bör uppfylla en renhetsgrad på under 100 CFU/m<sup>3</sup>, liksom att

Svensk förening för vårdhygien (SFVH) anger i sitt dokument för Byggegenskap och vårdhygien att steril gods som förvaras på en operationsavdelning aldrig skall utsättas för mer än CFU 100 CFU/m<sup>3</sup>.

I en ny rapport i år från Centrum för vårdens arkitektur (CVA) vid Chalmers har man valt att undersöka hur utrymmen utanför operationsrummen, med krav på <100 CFU/m<sup>3</sup>, påverkas av höga och låga flöden under dagen i praktiken. Något som inte har gjorts tidigare. Underlaget kommer från ett projekt genomfört tillsammans med Tyréns och Halton. Detta för att underlätta redan i projekteringen av en ombyggnation eller nybyggnation.

I rapporten anges det att för höga CFU-värden kan bero på förändrade rutiner efter vad som varit planerat innan byggnation. En slutsats är att resultaten visar mycket bra resultat vid låg aktivitet men under högre aktivitet, exempelvis vid hög personbelastning vid genomgångar av operationsprogrammet, är det högre värden. Därför är det viktigt att beakta framtida arbetssätt som kan påverka luftrenheten.

Rapporten anger att prover tagna på undersida av sopsäck var endast möjliga vid ett tillfälle och visade mycket lågt värde. På golv efter operation i sal och i korridor kunde prov tas vid flera tillfällen och visade generellt låga värden.



För mer information om CVA:s rapporter och aktiviteter, besök [www.chalmers.se/cva](http://www.chalmers.se/cva)



Anmäl dig här!



## Nätverket för Chefer på Sveriges operationsavdelningar

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

**När:** 14-15 september 2023

**Var:** Sheraton Stockholm Hotel

**Kostnad:** 5 650 kr ex moms, inklusive lunch x 2, kaffe x 2, middag och övernattnings på Sheraton.

**Anmälan:** [rfop.se/utbildning](https://rfop.se/utbildning) och evenemang

De mätningar som gjorts är på relativt nya byggnader. Schakt för el och VVS visade CFU utan anmärkning. Över tid bör man dock fundera på om schakten får sämre CFU värden. Det viktigaste är att schakten har frånluft och undertryck. I dessa utrymmen kan rapporten konstatera att det varit olika nivåer på lufttrycket. Vid öppning mot korridor med gränsvärde 100 CFU/m<sup>3</sup> kan öppningstiden ha betydelse då omgivande korridorluft kan påverkas.

Rapporten belyste flertalet frågeställningar som bör tas i beaktande när en operationsavdelning planeras. Framför allt vad gäller placering av ventilationsdon korridoren. Var samlas det till exempel en större mängd personer under dagen? Samt var WC och hiss schakt lämpligast kan placeras.

Dörrar i korridorer avgränsar för ett balanserat luftflöde och ska inte stå öppna. Öppningstiderna vid passager ska vara korta för att det balanserade luftflödet ska kunna bibehållas. Dörrarna injusteras för lämplig öppningstid. Rätt typ av dörrar krävs vid projektering och upphandling.

Rapporten uppger slutligen ett tips till alla som är i projekteringen inför sin nya operationsavdelning.

” För bättre förståelse under projektets alla faser fram till bygghandling, är det mycket informativt att illustrera med färgglada fält på ritning för att förtydliga renhetsnivåerna för luft för enhetens samtliga utrymmen. Komplettera ritningen med riktningspilar för luftflöden och över- och undertryck. Var noga med förklaring på ritningen”

Undersökningar var utförda på operationsavdelningar där korridorerna och de funktioner som är helt öppna mot korridorer samt sterilförråd, är dimensionerat för  $\leq 100$  CFU/m<sup>3</sup>. Fyra utvalda operationsavdelningar har undersökts. Avdelningarna har valts utifrån olika planlösningar och storlek och som har varit i bruk med start från 2015 till 2020. Gävle sjukhus, Centralsjukhuset i Karlstad, Södersjukhuset i Stockholm och Värnamo sjukhus. ●

Enabling Wellbeing

**Halton**

## CRC Medical är nu en del av Halton

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

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

Kontakta oss för mer information!

Halton Health AB | Telefon +46 (0)8 446 3900 | [www.halton.com](https://www.halton.com)

# Regional studiedag, Stockholm

En dag som innehöll mycket ”Gott & Blandat” och inledes med information om MYORCO ett EU projekt där bland annat Finland, Sverige och Frankrike ingår. På deras hemsida, myorco.eu finns bilder på instrument och filmer och hur de används tillgängligt för alla. Just nu är språket engelska men man arbetar på att det skall finnas på alla deltagande länders eget språk.

Återanvändning av engångsprodukter? En fråga som stötts och blötts länge. Anna Lefevre Sköldebrand, Vd för Swedish MedTech gav oss en genomgång om vad det är och hur de bör användas. Definitionen är en produkt för en patient vid ett tillfälle. Engångsprodukterna drevs fram av hygieniska skäl bland annat för risken att sprida prioner ”galna kosjukan” när det var aktuellt. MDR medical device regulation, användas för avsett ändamål, en gång. CE märkt produkt. Miljö och kostnadsaspekt är ju det som oftast diskuteras när man skall upphandla produkter. Men det är inte helt lätt att avgöra vilken miljöbelastning som är minst engångs eller flergångs. Patient-säkerhet och kostnad är också perspektiv att ta hänsyn till. Vi ska ju också helst minska vår plastanvändning.

Om man tänker att återanvända en engångsprodukt finns det direktiv för vad som gäller. Det handlar om vem som får göra det och var. Det skall finnas teknisk dokumentation och det skall vara fastställt hur många gånger det får göras bland annat. Enligt EU regler skall patienten också informeras. Reprocessing är tillåtet om man följer Eus regelverk från 26/4. I Sverige är IVO tillsynsmyndighet. Ursprungstillverkaren har inget ansvar om det är en engångsprodukt. Ex sterila engångsförpackade skruvar som tas ur sin förpackning och läggs på galler och steriliseras om X antal gånger? Man får gärna höra av sig till Anna Lefevre Sköldebrand på als@swedish-medtech.se

## Värmebevarande insatser

Efter en paus med utställningsbesök med fika och frukt var det dags för Ingrid Gustafsson, anestesistjuksköterska och lektor vid högskolan i Borås att prata om värmebevarande insatser under operation. Mycket intressant om de olika vägarna som påverkar temperaturförloster under operation och därtill ledande ökat transfusionsbehov. Låg temp under lång tid kan ge upphov till trycksår, och sårinfektioner postoperativt på grund av dålig syrsättning. Kan också leda till längre tid för återhämtning. Ökade riskfaktorer är (inte helt okända) äldre, barn, ASA 2, pareser, lågt BMI, diabetes, kirurgiska ingreppet, optid >2 tim, låg preop temp, kombinationsanestesi. Att värmeliggunderlag kan ta bort verkan av tempurmadrassen är också något att tänka på. Kommunikation och checklista är viktiga, och att

man har avstämning vid långa operationer. Komplikationer kan uppstå upp till 2 veckor efter operation. Vårdhandboken och PRISS de två skriftliga rekommendationer som nu finns att tillgå. PHG peroperativ Hypotermigrupp finns. Vill du vara med? Intresserad att veta vad de gör? Alla välkomna! phg.nu finns också på Instagram Ingrid.gustafsson@hb.se

## Fler föreläsningar

Före lunch hade man lagt den perfekta föreläsaren. Ingen kunde slumra till under *Avancerad endoskopisk kirurgi med Enes Efendic*, karismatisk föreläsare och överläkare i Örebro. Visade bilder och berättade om avancerade ingrepp i matstrupen dess olika tekniker, utrustning, outcom och komplikationer.

Efter lunch informerade Sandra Månsson, specialistsjuksköterska inom

*Emma Kinnmark, Anna Carlsson, Marjan Soltannia, i bakgrunden Hanna Lindén*



intensivvård och sakkunnig i kvalitets och vårdutvecklingsfrågor i SSF om *Magnetmodellen*, vad det är och varför det är intressant för svensk sjukvård/sjuksköterskor. Den handlar om att attrahera, behålla och utbilda och då inte bara prata lön och arbetstider. Handlar bland annat om chefs- och ledarskapsstil, personlig utveckling och befogenheter för sjuksköterskor, sjuksköterskor i sjukhusens högsta ledning, teamarbete. Magnet 4 Europe – där ingår från Sverige Södertälje, SUS, Uppsala och Kalmar. Finns broschyr att få från SSF och man kan också kontakta [sandra.mansson@swenurse.se](mailto:sandra.mansson@swenurse.se).

Jenny Lund-Hansen Kjellstrand och Henrik Andersson, vårdenhetschefer från Sahlgrenska/Mölndal delgav oss sina reflektioner och erfarenheter från införande av *Kvoterad arbetstidsmodell* som man startade för att förbättra arbetsmiljön på avdelningen och att de hade personalbrist och hög personalomsättning.

Dagen avslutades med *Kirurgi i katastrofområden*. En tyvärr mycket aktuell



Regional studiedag 2023

företeelse. Johan von Schreeb pratade väldigt lite om avancerade operativa åtgärder utan mycket om vilken sorts vård som egentligen behöver prioriteras och hur olika det kan se ut på grund av vilken form av katastrof som inträffat.

Jordbävningen i Turkiet visavi kriget i Ukraina hur olika hjälpbehoven kan se ut och vilka insatser som behövs. En mycket lärorik föreläsning och aktuell som för övrigt alla de andra. ●

## KEBOMED



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



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

[info@kebomed.se](mailto:info@kebomed.se) | KEBOMED AB | Kanalvägen 1 A | 194 61 UpplandsVäsby | Sverige | Tel. 040-30 51 05



Porträttet

**Annika Sandelin**

Mina favoriter bland alla heter Florence! Självklart är det ju Florence Nightingale, hon som var klok och förstod att utbildning lönar sig. Dessutom var hon kompetent som forskare och statistiker, som förstod att vidareutveckling på forskningsbasis var vägen framåt. Mina andra starka Florence är min mormor som uppfostrade sju barn på en liten lantgård och inte minst min mor Doris Florence som var ensamstående mor på 50- och 60-talet, vilken bedrift! Det är starka kvinnor som hade stora utmaningar var och en för sig.

Jag heter Annika Sandelin och är numera en arbetande pensionär sedan ett år tillbaka. När jag inte arbetar uppskattar jag fjällen, både sommar som vinter, och är mor till tre 3 fantastiska barn som är födda under 80- och 90-talet. Från HT 2022 fick jag erbjudande att fortsätta som universitetsadjunkt och kursansvarig i en av kurserna för blivande operationssjuksköterskor vid Karolinska Institutet, KI, och som operationssjuksköterska på Karolinska universitetssjukhuset i Solna på operationsavdelning för rekonstruktiv plastikkirurgi, främst med thyreoida- och bröstkirurgi.

Människors lärande har alltid varit det som intresserat mig och lycka är då man ser att någon har förstått, att ”polletten trillat ner”, just det ger så mycket tillbaka som lärare. Jag har fortsatt med undervisning, handledning för studenter, operationssjuksköterskekollegor och undersköterskor under hela yrkeslivet. Vill gärna kalla mig facilitator eller coach för de som ska lära sig. Min syn på saken är att det inte är jag som lär dem utan de lär sig med hjälp av mig.

Året var 1982 i Lund då jag tog examen som operationssjuksköterska! Det var nu en påbyggnadsutbildning med poäng. OJ vad det var roligt att plugga om människans inre! Allt började en gång på 70-talet med tvåårig vårdlinje i Västerås. Sedan sjuksköterskeskolan i Örebro, i tre terminer. Det var landstingen som ägde skolorna på den här tiden. Under denna tid kom förslag om en ny högskolereform den så kallade Vård-77

då alla eftergymnasiala utbildningar skulle ingå i högskola/universitet och utbildningarna ska vara mer inriktade mot vetenskaplighet och forskning. Sjuksköterskeutbildningen skulle bli en högskoleutbildning och sjuksköterskans yrkesroll skulle förändras från att vara assistent till att vara akademiker. Detta ansåg inte Sveriges sjuksköterskelevers förbund, SSEF, var förenligt med yrkesrollen och vi arrangerade flera olika aktiviteter och demonstrationer mot Vård-77. Numera kan vi sända ett STORT TACK att reformen gick igenom! Klart att sjuksköterskor ska vara forskare och forskningskonsumenter, det är ju så vården och omvårdnaden vidareutvecklas! Avsikten med förändringen för hälso- och sjukvårdspersonal var bland annat att få till ett gemensamt baskunnande. På den tiden fanns flera olika assistenter inom vården, vilka hade en förkortad utbildning, vilket inte gagnade patienters omvårdnad. Äntligen, efter examen kunde jag flytta till mina drömmars stad, Stockholm! Nu var det sjuksköterskebrist och jag och min kompis blev erbjudna jobb på ortopedavdelning på SÖS, Södersjukhuset och bostad på Södermalm! Här trivdes jag som bara den, jag hade hittat hem!

Vid studierna vid Lunds universitet hade nu reformen slagit igenom till viss del och vi fick göra ett examensarbete som skulle grunda sig på ”vetenskap”. Mitt arbete innehöll intervjuer med patienter om deras erfarenhet av den preoperativa informationen de hade fått inför sin operation. Patienters upplevelse av perioperativ information har varit ett område som har intresserat mig sedan dess. Tillbaka till Stockholm igen och nu var det svårt att få en fast anställning eftersom operationsassistenterna fanns kvar. Hierarkier och konkurrens fanns mellan grupperna och medicinskåpsnycklar fick de inte ha eftersom de inte var sjuksköterskor. De kunde därför inte arbeta under jourtid. Det här var inte särskilt bra, varken för dem eller oss, och speciellt inte för patienterna som blev vårdade utifrån olika förutsättningar gällande omvårdnadskvaliteten. Det var stor skillnad i utbildning, ansvar och befogenheter.

Sen tog det 15 år innan jag fortsatte studera och det innebar komplettering av sjuksköterskeutbildningen, eftersom 1993 års universitets- och högskolereform hade trätt i kraft. Nu äntligen kom Högskoleförordningen som beskrev kunskapskraven för bland annat specialistsjuksköterskor. Jag hade nu sådan lust att studera vidare så det blev en magister i omvårdnad och en kandidat i vårdpedagogik. I den här vevan bytte jag arbetsplats till Karolinska universitetssjukhuset, blev kliniklärare och den första AKAn (adjungerad klinisk adjunkt) på Centraloperation. Det var en tid av stark utveckling, tack vare en driftig verksamhetschef, Anne Clöwe, som ställde upp för oss och gav oss möjlighet att utveckla handledning och omvårdnad. Röda Korsets Högskola erbjöd mig adjunktstjänst något år senare i samband med starten av uppdragsutbildningar till operationssjuksköterskor om 40 poäng; det var jättekul och i början väldigt skrämmande att undervisa. Jag sökte mig senare till Karolinska Institutet, KI, eftersom de arbetade utifrån problembaserat lärande vilket intresserade mig mycket. Det var en spännande tid av kreativitet och initiativ med olika pedagogiska modeller, men år 2008 kom högskoleverkets granskning av utbildningarna och examinationsrätten rök. Lärare som inte var disputerade blev uppsagda. OJ vilken smäll, det tog hårt! Tyvärr fanns inte så många disputerade operationssjuksköterskor i landet. De fick återanställa. Men snart gav jag mig iväg till Karolinska universitetssjukhuset i Huddinge som utbildningsledare och AKA igen, plus kliniskt arbete som operationssjuksköterska på den dagkirurgiska verksamheten. Pluggade vidare och tog en master i omvårdnad. Jag fick uppdrag som universitetssjuksköterska. Sen var det dags igen för doktorandstudier och Birgitta Åkesdotter Gustafsson var en av mina handledare i avhandlingsarbetet som resulterade i en licentiatexamen. Titeln var ”Teamarbete och informationsöverföring inom perioperativ vård: Operations-sjuksköterskans perspektiv”. KI hade under den här tiden ofta brist på lärare inom operationssjukvård, så det blev kombinerad tjänstgöring. På KI utvecklade vi tillsammans med anestesilärarna

en ny form av klinisk examination i simulerad vårdmiljö. Vi blev inspirerade av Umeå universitet som tidigt hade startat en liknande examination. Orsaken till förändringen var att studenterna fick så olika förutsättningar med examinationerna på klinik. En del examinerades vid till exempel en bräckoperation andra examinerades vid en stor leverresektion, någon kunde inte förbereda sig för att patienten blev struken från programmet. Nu fick alla studenter samma förutsättningar vid examinationen!

Just nu är det olyckligt att höra att en annan form av utbildning planeras, operationstekniker. Nu är vi tillbaka i det historiska perspektivet, har vi inte lärt oss något från tidigare misstag? Det kommer inte att gagna vare sig operationsteknikernas kunskande, specialistsjuksköterskornas kompetens eller patienternas omvårdnad. Det blir olika förutsättningar för patienternas omvårdnad – igen? Det fanns ju orsak till att man förändrade och tog bort assistenterna genom Vård-77. Föreningsarbetet i Riksföreningen för operationssjukvård har varit spännande,



roligt, intressant och oerhört givande för mig personligen, men allra viktigast har Riksföreningens arbete med utveckling av operationssjukvården varit. Några guldorn ur föreningsarbetet: tillsammans med distriktsamordnarna i Stockholm arrangera distriktsmöten; att arrangera den första Nordiska kongressen i Uppsala; att starta upp lärarnätver-

ket tillsammans med Monica Kelvered; ledamot i EORNA där jag var ordförande för en kommitté som utarbetade operationssjuksköterskans perioperativa säkerhetskontroller; arbetet med anser och rekommenderar i Kvalitetsrådet. Det har varit en fantastisk förmån att få lära sig nya saker och att få delta i allt detta! ●



**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.<sup>1</sup> STRATAFIX™ Plus Knotless Tissue Control Devices with IRGACARE®# MP (triclosan), are the only commercially available knotless tissue control devices with antibacterial protection.<sup>2,4</sup> DERMABOND™ PRINEO™ Skin Closure System provides a flexible microbial barrier with 99% protection in vitro for 72 hours against organisms commonly responsible for SSIs.<sup>5\*</sup>

## Protect your patients from the inside out



**DERMABOND™ PRINEO™ Skin Closure System**

**ETHICON**  
Surgical Technologies

**Please refer always to the Instructions for Use / Package Insert that come with the device for the most current and complete instructions.**  
\*Standard interrupted suture. #A trademark of BASF. \*\*Staphylococcus epidermidis, Escherichia coli, Staphylococcus aureus, Pseudomonas aeruginosa, and Enterococcus faecium.  
References: 1. Nelt M, Avellar R, Sheehan M, Cuthner F. Water-tight knee arthroscopy closure: comparison of a novel single bidirectional barbed self-retaining running suture versus conventional interrupted sutures. *J Bone Joint Surg*. 2018;100(10):1000-1005. 2. Ming X, Rotherburger S, Yang D. In vitro antibacterial efficacy of Monocryl Plus Antibacterial Suture (polydioxanone 25 with triclosan). *Surg Infect*. 2007;8(2):201-207. 3. Ming X, Rotherburger S, Nichols MM. In vivo and in vitro antibacterial efficacy of PDS Plus (polydioxanone with triclosan) suture. *Surg Infect*. 2008;9(4):451-457. 4. Barlow TA. Chemistry and safety of triclosan, and its use as an antimicrobial in Coated VICRYL™ Plus Antibacterial Suture (coated polydioxanone suture with triclosan). *Surg Infect*. 2002;3(suppl):S49-S53. 5. Ethicon. Su-021701 Study Report for in vitro evaluation of microbial barrier properties of DERMABOND™ PRINEO™. Package December 2006. Data on File. 142229-2006033. Ethicon Endo-Surgery (Europe) GmbH, 22851 Neanderstraße, Germany. www.jnjmedicaldevices.com

## 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. Det finns en hel del lagar och regler som yrkesutövare i hälso- och sjukvården behöver känna till. Hur styr och påverkar regelverken vardagen i vården? Genom kunskap och användning av regelverken kan du bidra till en bättre och mer patientsäker vård!

### MDR, det medicintekniska regelverket

Att uppfylla och CE-märka enligt det medicintekniska regelverket, MDR, är lagkrav för tillverkare av medicinteknik samt att det finns krav för andra aktörer som distributörer och importörer. Hur påverkar MDR den svenska hälso- och sjukvården? Ni får en introduktion till MDR och vi tittar på krav som ställs på operationsverksamheten och det ansvar som chefen på en operationsavdelning har. Efter dagen har ni ökad kunskap kring vad CE-märket faktiskt innebär. Vi tittar även på viktiga, och nya, aspekter som UDI, spårbarhet och riskklassificering.

### 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? Ser ni upphandling som en integrerad del i arbetet på er avdelning? Genom att använda upphandling som ett verktyg för utveckling får ni mer engagerade medarbetare!

### Program

08.30	Kaffebuffé
09.00	Inledning och välkommen, Kristina Lockner och Pernilla Andréé
09.20	Lagar och regler som styr verksamheten, Julia Öhman
10.45	MDR – vad behöver operationsverksamheten egentligen veta? Pernilla Andréé
12.00	Lunch
13.15	Upphandling i praktiken med gruppdiskussioner, Louise Reuterhagen
15.30	Sammanfattar dagen
15.45	Slut för dagen

När: 13 oktober 2023 • Var: Sheraton Stockholm Hotel

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

Anmälan: [rfop.se/utbildning](https://rfop.se/utbildning) och evenemang

**Föreläsare:** **Pernilla Andréé**, sakkunnig inom det medicintekniska regelverket & Ansvarig utbildningar och event. **Louise Reuterhagen**, sakkunnig upphandling med erfarenhet från rollen som upphandlare på Region Stockholm. **Julia Öhman**, jurist med erfarenhet från samverkan och upphandling.

Kursen är utvecklad och drivs i samarbete mellan Riksföreningen för operationssjukvård (RFop) och Swedish Medtech.



Pernilla  
Andréé



Julia  
Öhman



Louise  
Reuterhagen

Anmäl er här





# Höstkongress 2023

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

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

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

## **2023 har kongressen tema Hållbarhet**

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

## **Anmälan**

Sista anmälningsdag för garanterad plats är 13 oktober därefter i mån av plats. Bekräftelse om deltagande skickas direkt till den e-postadress som anges i anmälan - viktigt att korrekt e-postadress anges. Anmälan är bindande under förutsättning att kongressen genomförs. Platserna kan efter överenskommelse överlåtas åt annan person.

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

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

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

**Posterutställare:** 3 500 kr, exkl. moms.

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

**Studerandemedlem:** 1 900 inkl. moms.

**Pensionärer:** 1 500 inkl. moms.

Avgiften inkluderar lunch och kaffe samt mingel och dryck.

Anmälan görs på [www.rfop.se](http://www.rfop.se) under Utbildning och evenemang



Anmäl er här





### Torsdag 30 november 2023

Tid	Föreläsning
08.30	Registrering och kaffebuffé
09.30	Välkomna
09.45	<b>Vården i krig</b>  Optimalt användande av kirurgiska resurser i väpnade konflikter Måns Muhrbeck  Svensk sjukvårds bristande beredskap för kris och krig Andreas Wladis  Posterinformation
11.30	<b>Utställning och lunch</b>
13.00	<b>Donation</b>  Donation vid cirkulationsstillestånd- DCD - Ökar tillgången på livsviktiga organ Ylva Andreasson  Erfarenheter vid uppstart av DCD på operationsavdelning Gunnel Hagström  Handtransplantation Per Fredriksson Anna Skanselid
14.30	<b>Utställning och kaffe</b>
15.15	<b>Arbetsmiljö</b>  Kvoterad arbetstid ledde till bättre arbetsmiljö och fler operationer Henrik Andersson Jenny Lund-Hansen Kjellstrand  Kan man arbeta 34 timmars arbetsvecka och samtidigt få ett arbetspass som återhämtning? Åsa Levin-Fredriksson  Paneldebatt kring arbetsväxling och framtida kompetensförsörjning Paneldeltagare presenteras senare
17.15	<b>Utställning med mingel, tilltugg och dryck</b>
19.00	Dag 1 slut

### Fredag 1 december 2023

Tid	Föreläsning
08.00	Registrering
08.30	<b>Personen bakom tekniken</b>  Medicinsk teknik – förbannad välsignelse eller välsignad förbannelse? Björn Hofman  Kan en högteknologisk vårdmiljö kombineras med personcentrerad vård? Axel Woulf
09.45	<b>Utställning och kaffe</b>
10.30	<b>Operationsmiljöns påverkan på klimatet</b>  Öronoperation Föreläsare kommer  Sjukvårdens ökande plastanvändning och miljöpåverkan utifrån ett livscyelperspektiv Linn Hemberg  Cirkulärt flöde av skyddsförkläden - en del i att uppnå hållbarhetsmålen Johanna Albert  Ytterligare föreläsning kommer
12.30	<b>Utställning och lunch</b>
13.30	Nytt från RFop, SPOR rådet, Vetenskapliga rådet och Kvalitetsrådet
14.30	Kaffe i anslutning till föreläsningssalen
14.45	Den gröna kvinnoklinikens arbete - ett projekt att minska vårdens klimatavtryck Annika Lundgren-Cronsioe Suzanne Korsner-Borg
15.45	Avslutning



# Peer learning

## - En handledningsmodell för framtiden

Operationsköerna växer, befolkningen blir äldre, ingreppen större och mer avancerade och i allt detta skriker sjukvården efter mer personal; detta gäller även operationssjukvården. I denna miljö ska vi forma morgondagens kollegor, nutidens operationssjuksköterskestudenter, vår framtid. Vi behöver därför skapa de bästa förutsättningarna för studenterna och vad kan då vara bättre än en handledningsmodell som gör studenterna tryggare i sin blivande roll som operationssjuksköterskor och som ger verksamheterna möjlighet till fler studenter.

Jag heter Mathilda Liljenhag och arbetar som huvudhandledare vid Region Dalarna via Specialistsjuksköterskeutbildningen inom operationssjukvård vid Karlstad universitet. Jag har ynnesten att få arbeta i nära kontakt med studenterna under utbildningen och vara med när de kommer sprudlande av energi inför deras nya utmaning, att bli operationssjuksköterskor. Genom detta jobb ser jag hur de växer, utvecklas men också hur tufft det kan vara emellanåt. Detta ger mig ytterligare anledning att försöka göra det bästa av deras tid ute på den verksamhetsförlagda utbildningen. Jag ser då denna handledningsmodell som en del i det arbetet, att skapa den bästa förutsättningen för lärandet.

Peer learning definieras som en pedagogisk handledningsmodell där ett ömsesidigt lärande sker mellan studenter och studenten lär av en jämbördig. Studenten är den som både lär ut och den som lär. Modellen utgår från att lärande sker i en social interaktion med andra och stödjer det livslånga lärandet. Denna handledningsmodell bidrar till ett studentcentrerat lärande och anses utveckla studenternas självständighet, reflektionsförmåga, kritiska tänkande och problemlösningsförmåga genom att studenterna utbyter idéer, kunskap



Foto: Peo Sjöberg

Mathilda Liljenhag

men även erfarenheter med varandra. Studenterna tränar också på den undervisande och handledande rollen som förberedelse inför kommande profession. Modellen innehåller även strukturerade aktiviteter och ses som en central del för pedagogiken. Målet med aktiviteterna är att möjliggöra för studenterna att bli mer självständiga och öka förståelse för yrket och ska ses som en process att skapa förståelse för helheten och leda till ökad kunskap inom olika delar och moment som ingår i professionen. Handledningsmodellen har funnits länge och använts på flera lärosäten och vårdavdelningar på sjuksköterskeutbildningen runtom i landet. Inom operationssjukvården är den yngre, men används på några operationsavdelningar i Sverige. Precis som med mycket annat som är nytt krävs det stöd från verksamheten, engagemang från personalen, utbildning och förståelse för när, hur och varför.

Helt ärligt, innan jag kom i kontakt med en operationsavdelning som använde sig av modellen trodde jag att det inte alls passade inom vår verksamhet och profession. Jag ändrade mig snabbt efter att fått berättat för mig hur de använde sig av modellen och hur både studenter och handledare uppskattade den.

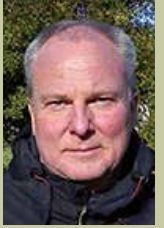
Rent praktiskt är det en operationssjuksköterska som handleder två studenter. All information och kunskap som kommuniceras kommer båda studenterna höra och se. Studenterna är individer och kommer tolka information olika. Istället för att initialt vända sig till handledaren för att finna en lösning eller få svar på en fråga kan studenterna tillsammans diskutera och komma fram till svaret, med handledaren som stöd. Detta kommer skapa en förståelse och djupare kunskap hos studenterna. Som stöd i studenternas lärande men även som ett alternativ om det till exempel skulle saknas lämpliga operationer en dag, kan detta användas som strukturerade lärandeaktiviteterna. De kan vara utformande i förväg eller skapas under tiden. Studenterna kan få i uppgift att läsa på om ett speciellt ingrepp och göra upp en planering inför denna operation, vilket bidrar till ökad kunskap och självständighet.

Avslutningsvis vill jag tacka för ordet och önskar att alla som känner sig tveksamma gör samma sak som jag gjorde, kontakta en operationsavdelning (eller mig), prata med dem och fundera över hur detta skulle fungera på er operationsavdelning. Till er som redan har modellen, funderar på det eller är i startgrupparna, kör hårt! Studenterna är en del utav operationssjukvårdens framtid. ●

### Om du vill läsa mer om peer learning rekommenderas följande litteratur:

Carson, E. (2022). Peer learning och strukturerade läraaktiviteter. I A.H. Sandvik, & M. Ekebergh (Red.), *Studenthandledning i vårdande verksamhet. Teoretiska utgångspunkter och didaktiska metoder* (s. 194-208). Liber.

Stenberg, M. (2022). Peer learning. I S.H. Sandberg (Red.), *Pedagogik för sjuksköterskor. Pedagogiska perspektiv och handledning i VFU* (2 uppl., s. 249-266). Studentlitteratur



Bo  
Söderquist



Kian  
Chin



Hanna  
Wesslau



Giles  
Bond-Smith

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

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

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

Nu genomför vi det första steget för ett tydligare infektionspreventionsarbete. "Care bundles" har funnits länge och nya tas fram än idag. Vilka har ni? Och är det fullt ut implementerade och anpassade till era förutsättningar? Hur kan detta arbetssätt minimera riskerna för en postoperativ infektion? Och vilken roll ska du som operationssjuksköterska ha?

### Vad är ett "care bundle"?

Ett "care bundle" är en sammansättning av *evidensbaserade insatser* före, under och efter operation, för att förebygga postoperativa infektioner. Hur skulle er "Care bundle" kunna se ut?!

Under introduktionsutbildningen går vi igenom förutsättningarna för att detta arbetssätt ska vara framgångsrikt och vad en "care bundle" är. Den 20 oktober får ni exempel från kliniker som använder "care bundles" samt får ni veta hur de tagit fram sina. Vad gör "care bundle" framgångsrikt? Och hur arbetar man med det?

### Utbildningens upplägg:

1. Digitalt uppstartsmöte 6 oktober kl.13.00
2. Utbildning i Stockholm den 20 oktober
3. Digitalt uppföljningsmöte, datum kommer senare

### Program 20 oktober 2023

09.30	Kaffe
10.00	Inledning, vad är "care bundle"?
10.30	"Care bundle" ur en infektionsläkares perspektiv.
11.30	Ett verkligt exempel från lyckad implementering, Sverige
12.30	Lunch
13.30	Ett verkligt exempel från lyckad implementering, nationellt
14.30	Hur ser det ut hos er? Dialog utifrån uppgifterna från uppstartsmötet. Inklusive kaffe.
15.45	Sammanfattning och avslut för dagen
16.00	Slut

När/Var: 6 oktober 2023, på zoom • 20 oktober 2023, Sheraton Stockholm Hotel

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

Anmälan: [rfop.se/utbildning](http://rfop.se/utbildning) och evenemang

Målgrupp: Operationssjuksköterskor och Hygienansvariga sjuksköterskor

**Föreläsare:** Bo Söderquist, Professor i medicin vid Örebro universitet och överläkare vid Infektionskliniken och Laboratoriemedicinska kliniken, Mikrobiologi, Universitetssjukhuset, Örebro.

Kian Chin, Senior bröstkirurg på Sahlgrenska US.

Hanna Wesslau, Specialistsjuksköterska inom kirurgisk vård, Bröst- och melanomteamet, Sahlgrenska US.

Mr Giles Bond-Smith, Consultant HPB and Emergency Surgeon, Clinical Lead for Emergency Surgery in Oxford, Oxford University Hospitals Foundation NHS Trust.

Utbildningen är utvecklad i samarbete mellan Riksföreningen för operationssjukvård (RFop) och Johnson & Johnson och drivs av RFop.

Johnson & Johnson MEDTECH



Anmäl er här



Inbjudan

# Kampen om evidens på operations- salen - sterilitet ej bekräftad

Tänk dig följande scenario; Teamet står redo på sal för att påbörja operationen, kirurgen berättar hur hen kommer genomföra ingreppet, du som operationssjuksköterska sätter händerna i sidorna och säger bestämt – det tänker inte jag gå med på, vad har du för evidens för denna approach/fixerings metod (välj själv något allt som kan passa in här), du får allt visa en mig en studie på detta..... Ganska skrattretande och osannolikt att detta skulle hända, eller hur? De flesta av oss lutar på att våra närmaste partners i ”såret” vet vad de gör och tar adekvata beslut.

Tyvärr är det inte helt ovanligt med motsatsen. Jag vet inte hur många gånger jag har blivit kontaktat av kol-

legor som blivit starkt ifrågasatta på sal när de står sterillklädda och försöker skapa en god och säker miljö för patienten som ska genomgå kirurgi. Det som verkar orsaka allra flest konflikter på salen mellan professionerna är vårdhygieniska och smittförebyggande åtgärder. Det kan exempelvis gälla allt ifrån att anestesiläkare och kirurger inte ”tror” att bakterier i operationsluften kan orsaka postoperativa infektioner, att dörröppningar eller val av ventilations-system och operationskläder påverkar renhetsgraden i luften. Även det faktum att handhygien kan förebygga infektioner och förhindra smittspridning ska ständigt ifrågasättas. Dessa personer brukar med stort självförtroende hävda att det saknas evidens i frågan eller

be dig dra fram en lämplig artikel ur bakfickan precis innan vi ska lägga snittet. Helst ska artikeln vara baserad på en dubbelblindad RCT-studie som undersöker en enskild variabel som tex. operationsmössor som täcker hår och hals jämfört med mössor som exponerar valfri mängd hår och halsen mot utfallet postoperativa sårinfektioner. Frågan är hur man ska ta sig an sådana här påståenden som så uppenbart bygger dels på brist på grundläggande kunskap om hur och varför postoperativa infektioner uppstår dels brister i kunskap om vetenskapens möjligheter och begränsningar inom fältet? Jag vill med denna text ge er ett exempel på hur vår professions kompetens inte tas till vara utan ifrågasätts, inte bara på den enskilda operationssalen, utan även på ledningsnivå.



Låt oss sätta scenen igen; vi befinner oss på ett stort universitetssjukhus någonstans i de västra delarna av Sverige. Specialistsjuksköterskorna inom AN/OP/IVA har under pandemi har slitit hårt med arbete på IVA, arbetat 12 timmars pass, inte fått ut sin semester och ledigheter och många har känt sig fullständigt dränerade på kraft. Samtidigt så har operationsköerna ökat, patienter får vänta alldeles för länge på nödvändig och ibland livsavgörande kirurgi (1). Arbetsmiljön är tuff för operationssjuksköterskor och många väljer att sluta vilket leder till ytterligare svårigheter att få igång operationsverksamheten.

Vad gör man då för att öka operationskapaciteten från sjukhusledningens håll? Involverar man operationssjuksköterskorna för att skapa relevanta och meningsfulla förbättringar? Tyvärr inte, i stället så funderar de i slutna rum och kommer fram till att den viktigaste åtgärden som behöver göras handlar om

det vi i dagligt tal kallar **uppdukning**. Det är uppdukningsrutinen som enligt Vårdhandboken säkerställer att sterila instrument och material inte utsätts för kontamination som är roten till allt ont och orsaken till att dagens sista patient inte blir opererad. Detta enligt den berättelse som bärs fram av företrädare för ledningen på Sahlgrenska sjukhuset. Vad finns det för evidens för detta påstående kan man ju fråga sig? Ingen alls visar det sig, någon processkartläggning har inte gjorts och enligt chefen på operation så är det inte uppdukningen som fördröjer operations start, utan ett flertal andra samverkande faktorer. Men just i detta fall verkar evidens inte vara något man bryr sig särskilt mycket om. Inte heller att man fråntar specialistsjukköterskor i operationssjukvård möjligheten att arbeta evidensbaserat vilket kommer leda till att den etiska stressen ökar.

#### Låt oss nu titta på utgångspunkterna för den rutin som produktionschefen tagit fram;

1. Enligt Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) ska vården i Sverige baseras på bästa tillgängliga kunskap.
2. Således är grundrutinen att uppdukning av instrument kan ske med patient på sal då detta enligt det nuvarande kunskapsläget vare sig påverkar kontaminationen av luften på sal, frekvensen eller allvarlighetsgraden av sårinfektioner eller dödligheten hos opererade patienter. Se Kort-HTA, SBU 2019-09-25.
3. Hälso- och sjukvårdslagen: 4 kap.1 § föreskriver att "...verksamhet ska vara organiserad så att den främjar kostnadseffektivitet". Då sekventiell uppdukning tar längre tid än parallell och därför undanhåller resurser till andra patienter är parallell uppdukning grundrutinen på SU. Detta enligt principen att "ge mesta möjliga vård med tillgängliga resurser".

Utifrån dessa tre premisser dras följande slutsats, "Således är grundrutinen att uppdukning av instrument kan ske med patient på sal då detta enligt det nuvarande kunskapsläget vare sig påverkar kontaminationen av luften på sal, frekvensen eller allvarlighetsgraden av sårinfektioner eller dödligheten hos opererade patienter" och vidare "...som grundrutin sker uppdukningen på sal parallellt med intagning och uppläggning av patient."

#### Jag tänker att vi nu ska titta närmare på sanningshalten i dessa tre premisser

1) "I Sverige ska vården baseras på bästa tillgängliga evidens" Här har man medvetet bortsett från den evidens som finns sammanfattad dels i Vårdhandboken 22, dels i Riksföreningen anser och rekommenderar om iordningställande och skydd av steril kirurgisk utrustning.

2) Denna premiss är felaktig och jag vill visa er här på vilka punkter som den brister genom att visa på befintlig evidens för de mått och steg som rekommenderas i form av uppdukning i miljö med hög renhetsgrad.

För att uppnå en skyddad miljö med hög renhetsgrad, dvs så fritt från bakterier som möjligt krävs ett rum med en väl fungerande skyddsventilation. Operationsventilation har som huvudsyfte att reducera antalet bakteriebärande partiklar i luft och därmed minska risken för att sår och instrument kontamineras via indirekt och direkt kontamination. Dessutom ska ventilationssystemet åstadkomma en god arbetsmiljö (1). Båda syftena uppnås via filtrering, utspädning av införd luft samt luftföring, trycksättning och temperaturskillnad, se SIS TS 39 *Mikrobiologisk renhet i operationsrum - Förebyggande av luftburen smitta - Vägledning och grundläggande krav* (2).

Mikrobiologisk renhet i operationsluft uppnås på tre sätt: a) ett välfungerande ventilationssystem b) begränsat antal dörröppningar och personer på sal och c) täta kläder. Baserat på den kunskap vi har idag, anses den största källan till luftburen kontaminering av operations-sår och instrument vara bakteriebärande partiklar som härrör från de personer som befinner sig i operationssal, och att rörelser ökar avgivning av bakteriebärande partiklar (3-6). Ett samband har visats mellan antal personer i operationssal och CFU-nivå (bakteriekolonier) i luft, liksom ett klart samband mellan antal personer i operationssal och postoperativa infektioner (7-10) Varje extra person i salen ökar mängden bakteriebärande partiklar. Av det följer att man måste begränsa antalet personer i operationssalen baserat på vilken CFU-nivå som kan uppnås genom befintlig ventilation och de kläder som används.

När en dörr in till operationssalen öppnas får det negativa effekter på luftens renhetsgrad oavsett typ av ventilation (7,9-14) Tryckskillnaden upphävs mellan operationssalen och omgivningen, vilket medför att luft med hög koncentration av bakteriebärande partiklar kan tränga in i operationssalen.

Målet med säker uppdukning är att minimera risker för att sterila instrument kontamineras med luftburna bakterier innan de används. De vanligaste förekommande bakterierna i operationssalsluft är grampositiva kocker från dem som befinner sig i operationssalen (15,16). Under den tid då patientförberedelser sker i salen är luftens kontaminationsgrad hög, ju fler människor som finns i salen och ju mer de rör sig desto fler bakteriebärande partiklar frisätts (5,17-19). Då sterilt material iordningställs samtidigt som det är hög aktivitet på salen dvs i samband med anestesilogiska förberedelser på sal innebär det att risken för att sterila instrumenten kontamineras är mycket hög. Det är visat att man genom att skydda instrument genom övertäckning med sterila dukar minskar bakteriebördan på instrumentbord signifikant (19-20). Vi vet även att bakterietillväxten är markant högre ovanpå övertäckningsdukar än under dem (19-21). Graden av kontamination är också tidsberoende, ju längre tid instrumenten är exponerade desto mer kontaminerade blir de (22-24).

3) med referens till Hälso- och sjukvårdslagen 4 kap.1 § "...om kostnadseffektivitet.

Vi kan ju börja med att konstatera att den mest kostnadseffektiva operationen är den som ges på rätt indikation och där patienten inte drabbas av en vårdskada.

Socialstyrelsens fördjupade analys av allvarliga skador och vårdskador från 2019 visar att vårdrelaterade infektioner (VRI) är den vanligaste vårdskadan och utgör en tredjedel av alla skador. VRI ligger även högst vad gäller allvarlighetsgrad. Rapporten avslutas med följande mening "Det gäller bland annat ett fortsatt intensivt infektionsförebyggande arbete, att använda skattningsverktyg för att bedöma patienters sjukdomsläge och att varje patient vårdas med adekvat kompetens på rätt vårdnivå".

Vad gäller kostnaderna för vårdrelaterade infektioner så visar rapporten Vårdrelaterade infektioner- kostnader och konsekvenser från SKR 2019 att det är oerhört kostnadsineffektivt att tillhandahålla vård som orsakar infektioner. Medelvårdtiden för patienter som får en VRI är mer än dubbelt så lång som för patienter som inte får en VRI. I genomsnitt innebär en VRI att vårdtiden förlängs med drygt 10 vårddygn, och att kostnaderna för den extra vårdtiden beräknas att utgöra ca 10% av hela den somatiska vårdbudgeten. Genom att förebygga VRI kan 120 000-200 000 vård dagar frigöras! I en granskning som jag och min forskargrupp genomfört på > 2000 patienter som genomgått implantat kirurgi på Sahlgrenska fann vi att reoperationsfrekvensen var 11%, och av dessa krävdes en eller fler reoperation i 24% av fallen. Postoperativa infektioner var den vanligaste orsaken till reoperation. Det finns fog för att anse att Sus försök att öka ”produktionen” är tämligen missriktad och man med denna rutin skjuter sig själv i foten. Man kan tycka att en satsning på god och säker vård vore mer effektivt, särskilt som vi visat att projekt som syftar till att minska vårdskador genom att bland annat använda sjuksköterskor kompetens på rätt sätt har signifikant minskat postoperativa sårinfektioner, sepsis kateterrelaterad UVI, skador på urinblåsan och vård dagar i samband med kirurgi (25, 26). Dessutom visar en hälsoekonomisk analys att vården blir tusentals koronor billigare per patient jämfört med standardvård (27). Det är ganska häpnadsväckande att ledningen väljer att bortse från denna typ vetenskapliga fakta. Kan det vara så illa att vem som bär på kunskapen och har kompetensen tillskrivs större betydelsen än fakta i frågan? Är inte sjukvårdsorganisationer villiga att använda sig av operationssjuksköterskors kunskaper?

Slutligen blir frågan, tvivlar ledningen på Sahlgrenska om att sterila instrument är en viktig preventiv åtgärd för att förhindra postoperativa infektioner? Eller är man villiga att informera patienten inför operation att steriliteten inte kan bekräftas? ●

#### Referenser

1. Caesar UA-O, Hansson-Olofsson E, Karlsson J, Olsson LE, Lidén E. A sense of being rejected: Patients' lived expe-

riences of cancelled knee or hip replacement surgery. (1471-6712 (Electronic))

2. 22. SIS-TS 39. SIS 2015

3. Whyte W, Hodgson R, Tinkler J. The importance of airborne bacterial contamination of wounds. *J Hosp Infect.* 1982;3(2):123-35

4. Tammelin A, Domicel P, Hambræus A, et al. Dispersal of methicillin-resistant *Staphylococcus epidermidis* by staff in an operating suite for thoracic and cardiovascular surgery: relation to skin carriage and clothing. *J Hosp Infect.* 2000;44(2):119-26

5. Hoborn J. Humans as Dispersers of Microorganisms-Dispersion Patterns and Prevention. Gothenburg: University of Gothenburg; 1981

6. Lindeque B, Hartman Z, Noshchenko A, et al. Infection after primary total hip arthroplasty. *Orthopedics.*

7. Andersson AE, Bergh I, Karlsson J, et al. Traffic flow in the operating room: An explorative and descriptive study on air quality during orthopedic trauma implant surgery. *Am J Infect Control.* 2012 Oct;40(8):750-5. doi:

8. Roth JA, Juchler F, Dangel M et al. Frequent Door Openings During Cardiac Surgery are Associated with Increased Risk for Surgical Site Infection: A Prospective Observational Study. *Clin Infect Dis.* 2018 Oct 13. doi: 10.1093/cid/ciy879

9. Perez P, Holloway J, Ehrenfeld L et al. Door openings in the operating room are associated with increased environmental contamination. *Am J Infect Control.* 2018 Aug;46(8):954-956. doi: 10.1016/j.ajic.2018.03.005.

10. Wan GH, Chung FF, Tang CS. Long-term surveillance of air quality in medical center operating rooms. *Am J Infect Control.* 2011;39(4):302-8

11. Smith EB, Raphael IJ, Maltenfort MG, et al. The effect of laminar air flow and door openings on operating room contamination. *J Arthroplasty.* 2013;28(9):1482-5

12. Mathijssen NM, Hannink G, Sturm PD et al. The Effect of Door Openings

on Numbers of Colony Forming Units in the Operating Room during Hip Revision Surgery. *Surg Infect (Larchmt).* 2016 Oct;17(5):535-40. doi:10.1089/sur.2015.174.

13. Agodi A, Auxilia F, Barchitta M, et al. Operating theatre ventilation systems and microbial air contamination in total joint replacement surgery: results of the GISIO-ISChIA study. *J Hosp Infect.* 2015;90(3):213-9

14. Roth JA, Juchler F, Dangel M et al. Frequent Door Openings During Cardiac Surgery are Associated with Increased Risk for Surgical Site Infection: A Prospective Observational Study. *Clin Infect Dis.* 2018 Oct 13. doi: 10.1093/cid/ciy879

15. Stocks GW, Self SD, Thompson B, et al. (2010). Predicting bacterial populations based on airborne particulates: A study performed in nonlaminar flow operating rooms during joint arthroplasty surgery. *American Journal of Infection Control*, 38(3), 199-204

16. Whyte W, Hodgson R, Tinkler J. (1982). The importance of airborne bacterial contamination of wounds. *The Journal of Hospital Infection*, 3(2), 123-135

17. Hambræus, A. (1988). Aerobiology in the operating room - a review. *The Journal of Hospital Infection*, 11 Suppl. A, 68-76

18. Brown Ar Fau - Taylor GJ, Gregg PJ. (1996). Air contamination during skin preparation and draping in joint replacement surgery. *J Bone Joint Surg Br.*, 78, 92-94.

19. Chosky SA, Modha D, Taylor GJ. Optimisation of ultraclean air. The role of instrument preparation. *The Journal of bone and joint surgery British volume.* 1996;78(5):835-

20. Markel TA, Gormley T, Greeley D, Ostojic J, Wagner J. Covering the instrument table decreases bacterial bioburden: An evaluation of environmental quality indicators. *American journal of infection control.* 2018;46(10):1127-33.

21. Bible JE, O'Neill KR, Crosby CG, Schoenecker JG, McGirt MJ, Devin CJ.

Implant contamination during spine surgery. Spine J. 2013;13(6):637-40.

22. Uzun E, Misir A, Ozcamdalli M, Kizkapan EE, Cirakli A, Calgin MK. Time-dependent surgical instrument contamination begins earlier in the uncovered table than in the covered table. Knee Surg Sports Traumatol Arthrosc. 2019;10.1007/s00167-019-5607-y.

23. Dalstrom DJ, Venkatarayappa I, Manternach AL, Palcic MS, Heyse BA, Prayson MJ. Time-dependent contamination of opened sterile operating-room trays. The Journal of bone and joint surgery American volume. 2008;90(5):1022-5.

24. Qvistgaard M, Almerud-Österberg S, Lovebo J. Covering surgical instruments with single or double draping pending surgery: an experimental study in a perioperative setting. The Journal of Infection Prevention 2021, 22(3) 126-131.

25. Erichsen Andersson A, Gillespie BM, Karlsson M, Malchau H, Nellgard B, Wikstrom E, et al. Reduction of early surgical site and other care related

infections in 3553 hip fracture patients: lessons learned from the 5-year Safe Hands project. Antimicrob Resist Infect Control. 2022;11(1):113.

26. Frodin M, Ahlstrom L, Gillespie BM, Rogmark C, Nellgard B, Wikstrom E, et al. Effectiveness of implementing a preventive urinary catheter care bundle in hip fracture patients. J Infect Prev. 2022;23(2):41-8.

27. Jabbar A S. An Economic Evaluation of a Hospital-wide Bundle Intervention to Reduce Hospital-Acquired Infections and Adverse Events in Hip Fracture Patients: Results from the SafeHands and Safe Bladder Interventions Studies with Historical Controls. Gothenburg: University of Gothenburg; 2023

1. Charnley J, Eftekhari N. Postoperative infection in total prosthetic replacement arthroplasty of the hip-joint. With special reference to the bacterial content of the air of the operating room. The British journal of surgery. 1969;56(9):641-9.

## HYGIENFORUM

23 - 24 maj 2024

Stockholm Waterfront

Riksföreningen för operationssjukvård inbjuder till det 15e Hygienforumet.

Anmäl dig här!



1964-2024



Riksföreningen för operationssjukvård



# Medtronic

## Together, we can improve patient outcomes

One  
complete solution  
for your surgical  
needs



# Rör inte Operationssjuksköterskan!

Några perspektiv om operationssjuksköterskan och perioperativ vård utifrån mitt engagemang i professionen, som pågått under snart fyra decennier. Ur europeisk samt internationell synvinkel strävas ständig utveckling av den perioperativa vården med krav på specialistkunskaper i form av högskola/universitets specialistutbildning inom operation samt anestesivård. Flera länder har visionen att uppnå det vi i Sverige har sedan lång tid. Men vad händer med perioperativ vård på hemmaplan, strävar vi framåt, har vi stagnerat eller regredierar vi?

De nationella, europeiska och internationella nätverk som jag blev del av under perioden som president, EORNA, European Operating Room Nurses Association, (2005–2009), samt IFPN, International Federation of Perioperative Nurses, (2012–2015), är jag fortsatt delaktig i olika konstellationer. Frågor som diskuteras berör oss alla inom professionen, både i det kliniska arbetet som det teoretiska med forskningen som bas, samt intentionen att stärka specialistsjuksköterskans yrkesutövande inom perioperativ vård och vidare trygga patientens vård.

## Kompetensutveckling

Fokus inom alla professionsorganisationer globalt är kompetensutveckling samt att företräda perioperativa sjuksköterskans intressen inom hälso- och sjukvårdssektorn. I sammanhanget diskuteras kompetensutvecklingens måsten, krav på ett kontinuerligt lärande, som ska vara ryggraden vid varje operationsenhet på sjukhusen världen över. Kunskapsfördjupning inom perioperativ vård i form av avancerade kurser samt forskning är viktiga moment för framtidens vård. Yrkesorganisationer globalt har ackrediterade vidareutbildningar som ständigt pågår löpande, andra utvecklar samarbeten med både lärosäten och industrin för att täcka så mycket som möjligt de kunskapskrav som kommer med nya ope-

rationstekniker och ny högteknologisk medicinsk teknik.

## Interprofessionellt

Vidare diskuteras alltmer värdet av interprofessionella samarbeten till nytta för både patienter, professioner, organisationer och sjukvårdssystem. Dagens komplexitet i den högteknologiska perioperativa vården ställer ännu högre krav på djupare samverkan som tydligt avspeglas inom operationsenheternas organisationsstruktur. Gemensamma mål och visioner behöver uttryckas ihop för att skapa en trygg arbetsmiljö där alla fullgör sina roller enligt gällande regelverk och därigenom vidare säkra vårdmiljön för patienten. Härefter ligger också ett ledarskapsansvar.

## Snabbutbildningar – inte framtiden

Förslaget om snabbutbildning av operationstekniker håller inte i den moderna högteknologiska operationsvärlden. I det perioperativa vårdandet, som är plattformen där patientcenterat vård ges inne på operationssalen, så är både operationsteamens komplexa och den medicinska teknologin avancerad, vilket i sin tur ställer höga krav på kunskaper och kompetenser hos teammedlem-

marna. Detta kan inte säkerställas med operationstekniker som uttryckts inte kommer att ha en legitimation, utan få en kort utbildning enligt det lagda förslaget. Dessutom kvarstår fler stora frågor såsom ex.; vilka blir vinsterna, har konsekvensanalys genomförts, minskas utbildningsplatser till specialistutbildningarna? Varför kommer aldrig förslag om snabbutbildningar för läkare eller andra specialistutbildade sjuksköterskor?

## Sträva framåt, men hur?

Vilken typ av sjukvårdsorganisation ska vi ha i framtidens Sverige? Flera omvårdnadshandlingar kan såklart INTE förenklas eller tas bort enligt några sjuksköterskors och läkares uttryck vid ett seminarium i Almedalen 2023.

## Svensk approach till utbildning; Nationellt VS internationellt

Medan andra länders yrkesorganisationer kämpar med att övertala politiken att bygga fram nationella reguljära utbildningar så presenteras i Sverige, vid ett högt rankat universitetssjukhus ett förslag att göra precis tvärtom! Sverige har alltid varit ett föregångsland i mångt och mycket, så även inom operationssjukvård. Till det kan nämnas







det utbytesprogram Riksföreningen för operationssjukvård genomförde med den grekiska yrkesföreningen, GORNA, våren 2005. De grekiska sjuksköterskor som deltog i utbytet pratar fortfarande om hur värdefullt det varit för dem, en ögonöppnare som gav en djupare förståelse om perioperativ operationssjukvård med hjälp av den svenska modellen. Ett ytterligare perspektiv att bidra med, då som EORNA:s president, är från mötet på WHO:s huvudkontor i Genève 2008, i samband med att den första versionen av WHO:s checklista för säker kirurgi presenterades. Där på plats under konferensen uttalades det tydligt av projektledaren, Atul Gawande, kirurg, folkhälsoforskare, professor vid avdelningen för hälsopolitik vid Harvard, USA, att utan

specialistsjuksköterskorna kan WHO:s checklista inte implementeras på världens operationsavdelningar. Tittar vi i backspegeln så vet vi att operations- och anestesijuksköterskor globalt arbetat hårt med implementeringen av detta kommunikationsverktyg, tillsammans och med läkarna interprofessionellt.

#### Internationellt-IFPN

International Federation of Perioperative Nurses (IFPN) är en global organisation som aktivt främjar perioperativ omvårdnad. IFPN-uppdraget är att stödja perioperativa sjuksköterskor som arbetar för att förbättra patientvården globalt; genom att främja en säker och god kirurgisk upplevelse för patienter, genom evidensbaserad bästa praxis,

standarder samt utbildning, tillsammans med medlemsorganisationer och andra relevanta samarbetspartners.

#### Kuriosa och nutid

Tiden bakåt i EORNA har flera värdefulla händelser att lyfta fram som ex. då medlemsländerna gemensamt hjälpte den franska organisationen UNAIBODE i sitt försök att stoppa privata sjukhus att använda sig av trädgårdsmästare som hakhållare i operationssåret. Det lyckades vi förhindra med gemensamma krafter! Förenade i professionen, dess koder samt respekt för varandra i specialist-yrkesgrupperna bidrar vi till god och säker vård för våra patienter! Detta inte bara när det brinner i "knutarna" utan alltid vid varje arbetspass! ●

## SIS/TS 137:2023

Nu finns en vägledning för SS-EN 13795 publicerad på [sis.se](http://sis.se) SIS/TS 137:2023

**Sjukvårdstextilier - Vägledning till SS-EN 13795 gällande operationsrock, draperingsmaterial och specialarbetsdräkt i flergångsutförande**

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

**Detta dokument är avsett att användas för:**

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

# Är kompetensen på svenska operationssalar för hög?

Det kommer som en chock när jag under våren 2023 sitter i ett möte i Stockholm och lyssnar på ett förslag om hur vi ska lösa den akuta bristen på operationssjuksköterskor. Förslaget som presenteras är en skrivbordsprodukt från David Konrad, funktionschef för perioperativ medicin och intensivvård (PMI), med ledning på Karolinska universitetssjukhuset i Solna, Stockholm. Förslaget innebär att en ny olegitimerad yrkeskategori, ”operationstekniker”, ska ersätta operationssjuksköterskan i ”såret”. Operationssjuksköterskans främsta uppgifter blir i stället att befinna sig i korridoren som arbetsledare för flera salar parallellt, handleda den nya yrkeskategorin, *rycka in när det skiter sig* samt ägna sig åt forskning. Operationsteknikernas huvuduppgif-

ter blir sterilitet, skapa och upprätthålla, instrumentering och medicinsk teknik. Med andra ord, han har ”slitit ut hjärtat ur vår profession”.

*Första frågan vi bör ställa: ”Är kompetensen på svenska operationssalar för hög?”*. Svaret är givetvis NEJ. Operationssjuksköterskans arbetsuppgifter så som instrumentering, är inte en isolerad företeelse. Den föregås av noggrann planering i relation till ingreppets art. Vår spetskompetens som handlingsberedskap och situationsmedvetenhet kommer från många års universitetsstudier och grundar sig i evidens, kompetens och erfarenhet. Operationssjuksköterskan är en av de äldsta specialiteterna och har funnits sedan slutet på 1800-talet med Florence Nightingale i spetsen. Istället för att skapa nya, olegitimerade yrken

med lägre kompetens, bör vi istället satsa på att få de som är utbildade att stanna kvar i yrket. Satsa på arbetsmiljön, höj lönerna, var lyhörd för operationssjuksköterskornas önskemål. Gör det attraktivt att stanna kvar och att komma till jobbet. Skapa arbetsglädje! Om systemet blöder, spelar det ingen roll hur många de petar igenom utbildningen, det kommer vara en negativ balans i slutändan i alla fall. Efter bollat idén med otaliga kollegor kan jag konstatera att det finns en hög risk för ett ännu större bortfall av operationssjuksköterskor om det kommer en ny yrkeskategori som ska ta över våra huvuduppgifter. Då står vi inför samma problem, igen; svårt att behålla personal men nu ersätts de av ännu lägre kompetens.

## Hur hörs vi i bruset av alla andra kriser?

Det är inte första gången vår yrkesprofession blir ifrågasatt. Det är inte första gången vår yrkesprofession omstruktureras eller provar alternativa utbildningsvägar. Men det har landat i en specialistutbildning på magisternivå med antagningskrav som grundutbildad legitimerad sjuksköterska. Vården blir mer och mer komplex och högspecialiserad. Befolkningen blir äldre och sjukare; vilket ställer högre krav på vården. Vi måste behandla kärnan i problematiken istället för snabba, ogenomtänkta lösningar som bara sminkar över och kamouflerar sjukvårdens blåmärken. Lika länge som rapporter kommit ut om det rådande läget, lika länge har operationssjuksköterskor yttrat sina krav. Men det är inte någon som är villig att lyssna.

Riksdagsmannen Carl Lindhagen sa redan år 1911: ”Sjuksköterskorna



Foto: by:Lindahl

uppfattas i stort sedt som levande inventarier, ett slags oundgängliga arbetsmaskiner, som man sliter ut, så länge fungera och sedan kastar bort.” Härmed kan vi konstatera att detta inte ändrats på över 100 år. Medicinalrådet (tjänsteman från motsvarigheten Socialstyrelsen) Olof Hallin kunde genom inspektioner konstatera att en del sysslor kunde överlåtas till utbildad personal och på så sätt frigöra sjuksköterskornas tid för sjukvård; detta var på senare hälften av 1800-talet. Med andra ord, samma diskussion som vi har idag. Det finns fler exempel från historien. Operationssjuksköterskan står ständigt i skottlinjen och ska försvara sin status. Våra arbetsuppgifter har redan bantats ner genom att steriltekniker bland annat diskar, packar och steriliserar instrument. Undersköterskor eller annan personal tar hand om förråd. Ska vi dessutom bli av med ansvaret för steriliteten, instrumentering och medicinsk teknik, vad blir då kvar av vår profession? Hur upprätthåller vi vår kompetens om vi inte får stå i såret?

Ledningen på Karolinska sjukhuset, med David Konrad, har fått uppdraget att lösa denna kris och jag saknar en kreativ dialog. Operationssjuksköterskor träder nu fram och argumenterar starkt i debattartiklar om betydelse av vår profession, inte minst med stöd i lagtexten. Kompetens och erfarenhet kostar pengar.

### Vilken kompetens behöver framtidens sjukvård

David Konrad säger tydligt under seminariet ”Vilken kompetens behöver framtidens sjukvård” under Almedalsveckan 2023 att ”det kan inte vara så att vi fortsätter att titta på patientsäkerhet en patient i taget, vi behöver titta på det för en hel population”. Det är alltså inte viktigt med patientsäkerhet för den enskilda patienten. På baksidan av min sjuksköterskebroch står det ”Respekt för individen”. Nu behöver vi värna om patientsäkerheten ur vårt professionsperspektiv. Även med den höga kompetensen vi har på operationssalar idag, har vi trots detta vårdskador. Hur kommer det att se ut med lägre kompetens? *Vi behöver ställa frågor som:* Vilken information får patienten? Är patienten

medveten om att hen kan få en operationstekniker med lägre kompetens? Är anestesijuksköterskan beredd att ta hela ansvaret för den perioperativa omvårdnaden på sal? Hur ställer sig övriga yrkeskategorier i operationsteamet till att de tar bort operationssjuksköterskan och kompetensen?

Sjuksköterskebristen ligger till grund för hela operationssjuksköterskebristen och det är där vi måste börja. Med en ny utbildning som ska vara med och konkurrera om VFU-platser som specialistutbildningen redan konkurrerar om, innebär detta mindre verksamhetsförlagd utbildning? Vem ska bistå dessa platser? Vem vill handleda den nya yrkeskategorin? Det finns inget nytt och fräsch i detta förslag. Snarare kan det ses om en ompaketerad produkt från 60-talet med ny etikett. När David Konrad således avslutar med ”Våga prova nytt” vill jag uppmuntra Karolinska sjukhuset och David Konrad att faktiskt våga prova något nytt: satsa på operationssjuksköterskorna!

Frågorna är många och jag bollar tillbaka ansvaret till politiker som återigen svikit den svenska vården och svenska befolkningen, trots stora ord och vallöften så är detta inget mer än ett luftslott. Vilken typ av vård vill vi bedriva? Vilken välfärd vill vi faktiskt ha? Hur fördelas resurserna inom vården när resurser minskar och behoven ökar? Nu krävs en politisk vilja. Jag vill återigen trycka på att operationssjuksköterskor är en så kallad ”tyst” yrkeskategori som inte syns lika mycket som andra specialiteter. Vi behöver ta ansvar för att synas mer, profilera oss och berätta vad vi gör för gemeneman men inte minst för att locka våra sjuksköterskekollegor att specialisera sig. Sjuksköterskor och operationssjuksköterskor behövs i sjukhusets ledningsgrupp. Det här är en möjlighet för oss att stärka vår profession. För ska vi vara helt ärliga, så är detta världens bästa jobb.

Hur kan vi slå våra kloka huvuden ihop och komma med konkreta förslag på lösningar? Hör av dig till redaktionen. ●



Utbildningen vänder sig till dig som arbetat några år som operationssjuksköterska och som har behov av fördjupade kunskaper i omhändertagande av traumapatienter. Utbildningen är en tvådagars utbildning där upplägget är en blandning mellan medicinska föreläsningar, praktiska övningar och simuleringsövningar i form av table-topövningar av masskadesituationer.

Du kommer genom dag tvås övningar få fördjupade kunskaper i din specifika roll som operationssjuksköterska vid händelser med många skadade utifrån frågor som logistik, triagering och instrumenttillgång.

Table-topövning är en skrivbordsövning där man utgår ifrån diskussionsfrågor och olika scenario för att fatta beslut och hantera situationen utifrån olika krissituationer.

#### Förkunskaper

Trauma nivå 1, Basic trauma eller kännedom om A-E konceptet

#### Trauma nivå 3 Fördjupning trauma, resursbrist och masskadesituationer

#### Tid

9 - 10 november 2023

Start kl 08.30 den 9 november och avslutning kl 16.00 den 10 november.

#### Plats

Sheraton Stockholm Hotel

#### Kostnad

Medlem 6 650 kr exkl. moms  
Icke medlem 7 650 kr exkl. moms

Mer information och anmälan: [rfof.se](mailto:rfof.se)

Anmäl er här



# Spårbarhet för säkerhet

Vad kostar en vårdskada, vad kostar lidande, kan det undvikas? I media förekommer nyheter och artiklar om felaktiga medicintekniska produkter. Mest uppmärksammade på senare tid är kanske de återkallade bröstimplantaten. Som tur är händer detta inte ofta, men förekommer ändå någon gång nu och då. När felaktiga produkter ska återkallas behöver dessa kunna spåras bakåt i hela kedjan. Från tillverkning, via transport till sjukhus och till insättning i patient. Men kanske ännu viktigare är att kunna spåra hos vilka patienter produkterna finns.

SIS (Svenska Institutet för Standarder) har nu tagit fram en teknisk specifikation "SIS/TS 76:2023, *Krav och vägledning för digital spårbarhet i vårdprocesser – Implantat*".

Specifikationen beskriver och förordar de förutsättningar som behöver finnas för att implantat ska kunna spåras. Genom att all dokumentation av implantat sker digitalt minskas manuellt resurs-

krävande handhavande och framför allt minskas risken för att något registreras fel, och patientsäkerheten höjs.

Exempel på problem vid implantathantering som identifierades innan arbetet med specifikationen påbörjades var bland annat bristande spårbarhet av implantat, vag dokumentation, manuell hantering och administration av beställningar och lagerhållning. Dessa exempel på brister ger negativ påverkan på patientsäkerhet, undvikbart lidande för patienter, genererar onödigt höga kostnader och tidsspill för personal, tid som många gånger inte finns eller kan användas till mer värdeskapande aktiviteter.

Exempel på bristande spårbarhet kan vara att det inte går att veta vem som fått ett visst implantat, eller exakt vilket implantat en patient har. Det finns sällan funktion för att enkelt identifiera och finna patienter med felaktiga implantat på grund av undermålig dokumentation av implantat, dokumen-

tation som saknar fullständig och rätt information.

## Hur ser lagar och författningar ut som ska styra spårbarhet?

Förutsättningarna för spårbarhet är nu på plats i det nya regelverket, MDR (Medical Device Regulation (EU)2017/745), som gäller sedan 26 maj 2021 och med stöd av UDI systemet (unique device identifier). UDI-systemet ställer krav på produktidentitet (ett unikt artikelnummer) och tillverkningssidentitet såsom lot- eller serienummer, samt att produkter ska vara märkta med en streckkod. Sjukvården ska lagra och förvara UDI elektroniskt för implantat klass III, och helst för alla implantat.

Socialstyrelsen beskriver i sin författning, HSLF-FS 2021:52, att en medicinteknisk produkt som föreskrivits, lämnats ut eller tillförts patienter ska gå att spåra. Vid fråga till de ansvariga myndigheterna om hur sjukvården ska realisera lagkrav är svaret ungefär att *det är upp till varje region att tolka hur detta*





ska lösas, och först vid tillsyn kan det sägas om det är rätt tillvägagångssätt.

”SIS/TS 76:2023, *Krav och vägledning för digital spårbarhet i vårdprocesser – Implantat*” har tagits fram med ambition att ge vården de rutiner som behövs för att MDR-direktivet och Socialstyrelsens författning med dess syften ska kunna efterlevas. Men inte bara för att uppfylla lagkrav. Specifikationen är också framtagen för att kunna implementera ett arbetssätt som underlättar hur sjukvården på ett säkrare, enklare, tydligare, snabbare sätt kan dokumentera vad som opereras in i patienter. Det ska inte manuellt skrivas in det som går att

automatiskt fånga. Samtliga implantat en patient har fått måste samlas på ett (1) ställe i journalen. Alla implantat en patient har ska digitalt vara spårbara så att varje individ får optimal vård.

### Varför gör inte sjukvården som övriga branscher?

Streckkoden i sig innehåller enbart siffror och tecken. Det visas ingen information om själva produkten som vården behöver ha information om såsom tillverkare, modell, benämning, storlek, diameter, antal hål mm inklusive lot-/batch/serienummer, när streckkoden skannas.

Dessa artikeldata behövs som grund för många processer som pågår inom sjukvården. Allt från inköp, beställningar, lager och logistik, till användning hos patienter och dokumentation i patientjournalen. Allt detta behöver hanteras digitalt och med ökad automation. Den samordning av data som behövs finns inte idag, vilket gör att nyttor mer eller mindre går förlorade.

En sådan artikeldatahantering är själva grunden för artiklar som ska användas, det är ju inte så att varje ICA butik i Sverige har en egen databas för varor, eller hittar på egna sätt att hantera sina artiklar i varje butik. De använder sig av standardiserade produktkataloger från leverantörer. Alla gör lika och vet vad de har att rätta sig efter.

Kan Sverige/regionerna/sjukhusen standardisera denna hantering så behöver inte varje leverantör anpassa sig efter olika lösningar ute i regionerna. Alla

sjukhus har då en (1) källa att hämta data ifrån och implantat kommer att dokumenteras lika vid varje tillfälle eftersom information hämtas från samma databas. En skannad streckkod i Gällivare ger exakt samma information om artikeln som en i Trelleborg skannad kod, vilket även kvalitetsregister kan dra fördel av.

Riksföreningen för operationssjukvård är en av de viktiga organisationer som har inflytande att främja implementeringen av de arbetssätt som krävs för att syftet med dokumentet kan uppfyllas. Förordas SIS tekniska specifikation som standard i det dagliga arbetet och används som kravställare i upphandlingar och ingår som underlag i planering av logistik och lagerhantering i sjukvården, kan implantatkirurgin för stora patientgrupper bli säkrare och vårdverksamhet effektiviseras och förbättras.

”SIS/TS 76:2023, *Krav och vägledning för digital spårbarhet i vårdprocesser – Implantat*” finns publicerad och tillgänglig på SIS hemsida (<https://www.sis.se/abonnemang/vara-standarder>). ●

**Fakta:** Peter Johansson, Operations-  
sjuksköterska, Verksamhetsutvecklare  
Ortopedi, NUS Umeå. Medlem SIS/TK334-  
Hälso- och sjukvårdsinformatik, AG 9

IngMarie Westh, Operationssjuksköterska,  
Verksamhetsutvecklare digitalisering,  
NUS Umeå. Medlem SIS/TK334- Hälso-  
och sjukvårdsinformatik, AG 9





# Thoraxoperation, Akademiska sjukhuset, Uppsala

Thoraxoperation vid Akademiska sjukhuset i Uppsala ligger högst upp på sjunde våningen i ingång 50. Här finns 5 rymliga högteknologiska operationsalar och huvudsakligen utförs öppen hjärt- och lungkirurgi som omfattar förmaksflimmer-, klaff- och kranskärloperationer samt

kirurgisk behandling av lungcancer. Vidare utför vi operationer i övre delen av kroppspulsådern (aortakirurgi), opererar bort tumörer i hjärtat (myxom) samt inläggning av mekaniska hjärtpumpar (heart-mate), som avlastar hjärtat i väntan på hjärttransplantation.

Thoraxoperation är en liten enhet, men med stor verksamhet. Tillsammans med thoraxintensiven (TIVA) och thoraxvårdavdelningen 50D bildar vi verksamheten för thoraxkirurgi och -anestesi. Utöver operationsavdelningen med traditionell kirurgi har thorax TAVI (Transcatheter Aortic Valve Implantation) och robotassisterad kirurgi utlokaliseras på andra operationsavdelningar på sjukhuset. Vi utför även living donor njurtransplantationer och serverar övriga delar inom thorax och andra enheter på sjukhuset som PCI-lab, arytmilab samt elkonvertering av förmaksflimmer på kardiologens dagvårdsavdelning.

Utsikt från thoraxoperation



Foto: Maria Muñoz

Jag heter Maria Muñoz och arbetar sedan ett år tillbaka som operationssjuksköterska på Thoraxoperation vid Akademiska sjukhuset i Uppsala. När jag nämner att jag arbetar på thoraxoperation kanske en del föreställer sig hur vi springer på akutöppningar med sågen i högsta hugg där thoraxoperationssjuksköterskan i en elegant piruett står sterilklädd och graciöst sveper en

## TAVI



Foto: Maria Muñoz

handfull klorhexidindränkt krull, slänger på ett lakan och alltid är redo. Ska jag vara helt ärlig så det ganska långt ifrån verkligheten. Visst är det en actionfylld arbetsplats med daglig dos av adrenalin, med allvar och snabba livsavgörande beslut, men det blandas med hjärtliga skratt i korridoren. Vårt verksamhetsmål är 15 öppna hjärtoperationer, åtta TAVI och sju lungoperationer per vecka. Så till synes är större delen av vår verksamhet elektiv under dagtid, men det finns alltid en journal och personal för akut verksamhet tillgänglig. I anslutning till operationsavdelningen finns nämligen sex jourrum; enkelrum med säng, tv och badrum. Det hör inte till vanligheten att patienten kommer med buller och bång, men visst händer det ibland. Då handlar det främst om aortadissektioner, ECMO eller akutöppning på grund av blödning eller tamponad. Det sätter spetskompetenser som handlingsberedskap och situationsmedvetenhet i fokus då en blödning när patienten inte är på hjärt-lungmaskin snabbt blir förödande.

I takt med att thoraxkirurgin utvecklades som en särskild specialitet på 1950-talet, startade thoraxoperation vid Akademiska sjukhuset år 1958 med kirurerna Lennart Johansson och Viking Olof Björk tillsammans med operationssjuksköterskan Monica Pähls-son i spetsen. Uppsala låg i frontlinjen med hjärtkirurgin framför allt med hjälp av utvecklade av djuphypotermi som möjliggjorde att all blodcirkulation kunde stängas av under en timme så kirurerna kunde operera i öppet hjärta. Verksamheten höll då till i 40-huset och först hösten 1997 flyttade kliniken in i de nuvarande lokalerna och har sedan dess breddats. Operationsmetoderna har utvecklats och förfinats och är idag skonsammare vilket bidragit till att mortaliteten efter operation minskat avsevärt.

År 2010 ställdes operationsavdelningen inför en stor utmaning med ökade infektioner som i sin tur föranledde att thoraxoperation genomgick en större effektivisering i det tvärprofessionella arbetet på sal, infektionsprevention samt upprättandet av hållbara rutiner som i sin tur gav ett effektivare och mer patientsäkert flöde. Själva planeringen och utformningen av operationsavdelningen är gjord i samråd med operationssjuksköterska och det märks i det



Foto: Maria Muñoz

### Hjärt- lungmaskin

dagliga arbetet hur väl uttänkt varje funktion är. Varje operationssal har genomräknings-skåp och ett angränsande uppdukningssrum med sluss. Kameran i operationslampan gör det möjligt för perfusionisten och operationsundersköterskan att följa med under operationen. Operationssjuksköterskan genomsyrar större delar av verksamheten och patientens flöde från väntelistan till programansvarig. Idag är thoraxoperation en välstrukturerad och organiserad operationsavdelning där vikten på teamarbete får en helt annan innebörd.

Perfusionister är en profession som bara finns på thorax. Det är de som kör hjärt-lungmaskinen under öppen hjärtkirurgi och hanterar ECMO, impella och aortaballongpumpar; med andra ord metoder som stöttar patienten med sin cirkulation. Alla våra perfusionister är specialistutbildade sjuksköterskor i grunden och har sedan studerat en två-årig master i Danmark. Och en av våra perfusionister är operationssjuksköterska i botten.

Här skulle jag kunna skriva om vår eminenta och framstående statistik i Sveriges största kvalitetsregister Swedeheart och hur vi ligger i framkant inom svensk thoraxkirurgi. Att vi under maj 2023 utförde Sveriges första TAVI i dagkirurgi; att thoraxoperation på Akademiska sjukhuset är det enda sjukhus i Sverige med tillstånd från Socialstyrelsen att utföra klaffkirurgi vid hjärtsjukdom kopplad till neuroendokrina tumörer, NET; vilket allt bidrar till att det är spännande och utvecklande att få arbeta inom denna verksamhet. Men det jag vill lyfta är att

thoraxoperation på "Ackis", är mer än bara fina siffror och ett polerat yttre. Thoraxoperation följer en lång tradition av trogen personal. Kanske för att thorax är en sådan specialitet, men det återspeglar även en god arbetsmiljö och ledarskap med bra kollegor där programansvarig ser till att vi får gå hem i tid och blir lösta för lunch. Det är ett inarbetat team med personal som tycker det är kul att komma till jobbet. Operationssjuksköterskorna är i allt mellan 30-70 års åldern, med blandade erfarenheter från nyexaminerad till de som arbetat på kliniken i över 40år.

Jag får ofta frågan varför jag väljer att pendla från Stockholm till Uppsala varje dag. Ibland är det svårt att fånga en känsla i skriven text och kan bara konstatera att den bäst upplevs på plats. När du går genom dörrarna till thoraxoperation kommer du mötas av en varm och familjär känsla. Det är en ljus operationsavdelning med Uppsalas bästa utsikt. Det ljusa personalrummet har en hemtrevlig känsla och inbjuder till tid både för återhämtning och att umgås med kollegorna, oavsett yrkeskategori. Förutom att det är en otroligt intressant specialitet, är sammanhållning på thorax något alldeles extra. →

### Robot

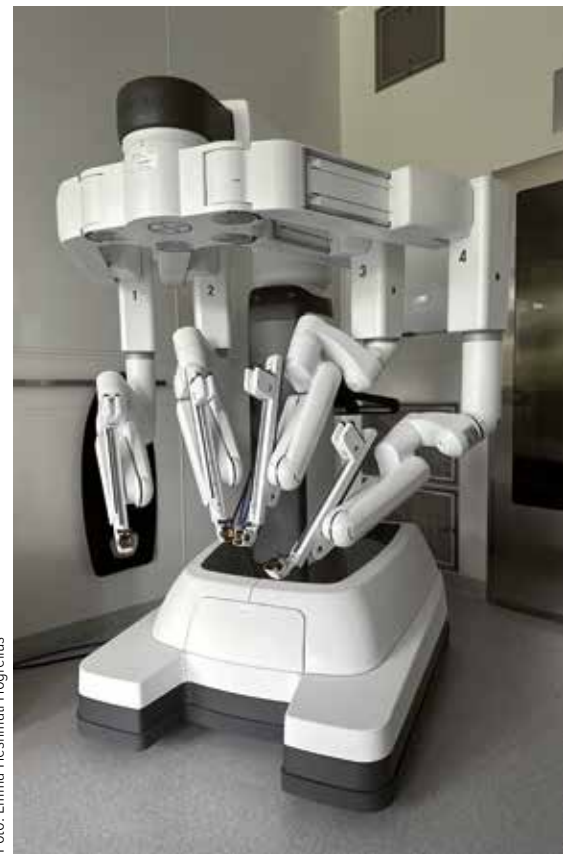


Foto: Emma Heshmati Högrellus

Vi är en familj. Vi jobbar tätt och nära varandra; står många timmar fokuserade tillsammans i kritiska moment vilket leder till en stark teamkänsla och relationerna till kollegorna blir mer personliga. Alla känner alla. Här är professionsgränserna utsuddade och det är inte "vi" och "dem". Man lär känna varandra på ett annat sätt för vi är beroende av varandra och alla hjälps åt på sal. Det bygger ett förtroende för varandra att vara en del av teamet inom en specialitet där kommunikation på sal är a och o. Det låter som en klyscha men det ger mycket tillbaka att dagligen få vara med om att göra skillnad, rädda liv och vara en del av ett team med hög kompetens. Och att sätta sig till bords och äta gemensamt långbord vid de stora högtiderna, spär på stämningen. Till jul dekorerar Maritha och Alice (nyligen pensionerad) hela avdelningen med adventspynt och -ljusstakar. Mot sommaren byts det till sommargardiner och midsommarstång. Det känns ombonat och skapar trivsel.

Den som ser till att maskineriet är väloljat och allt bakom kulisserna flyter på är inte minst operationsundersköterskan Maritha Lundberg som arbetar med förråd. Särskilt i tider där mycket material restar är Marithas erfarenhet och kontaktnät oumbärligt. Hemligheten till ett välfungerande operationsflöde är goda förberedelser och planering ur ett helhetsperspektiv. Sterilförrådet är välorganiserat och där förvaras alla galler, extra instrument, engångsmaterial och vagnar. Operationssjuksköterskorna plockar vagnarna inför morgondagens operationer utefter kirurgspecifika plocklistor och det står alltid en akutvagn och en dissektionsvagn redo. Utöver det finns en akutvagn på thoraxintensiven,

en bülowvagn för dränageinläggning utanför operationsavdelningen och en sternumsåg på akuten. Ibland händer att vi springer till akuten eller andra delar av sjukhuset och lägger ECMO och för det finns en särskild ECMO-vagn. Alla instrument diskas på avdelningens egen sterilenhet och i stor omfattning sker instrumentvård, packning och sterilisering av instrument av vår steriltekniker. Sterilcentralen hjälper oss dock att sterilisera stora galler.

Thoraxoperation har ett tätt samarbete med thoraxintensiven, TIVA, en trappa ner. Patienter som genomgått hjärtoperationer transporteras sövda till TIVA med anestesilog och anestesijüksköterska som rapporterar till intensivvårdspesonalen. Patienter som genomgått lungoperationer, väcks på sal och får återhämta sig på TIVA, thoraxuppvakningsavdelningen, som ligger på samma plan som TIVA.

Om du varit på studiebesök på thoraxoperation eller genomgått Region Uppsalas "Hjärtkurs för sjuksköterskor", kanske du stött på Elisabeth Lundström, operationssjuksköterska och utbildningsansvarig på thorax. Hon har varit med sen 80-talet och har sett den enorma utvecklingen som thoraxkirurgen genomgått. Hon brinner för att lära, sprida kunskap, motivera och dela med sig av sin långa erfarenhet. En riktig eldsjäl.

"Som utbildningsansvarig har jag möjlighet att hjälpa mina kollegor att bibehålla, utveckla och bygga upp sin kompetens och bli mer rustad inför framtidens nya rön, utveckling och krav." Elisabeth Lundström, utbildningsansvarig

Fortbildning är en viktig del på thorax och operationssjuksköterskorna får både intern och extern fortbildning samt hålls uppdaterade genom studiedagar och föreläsningar inom relevanta områden så som operationsmetodik. Som representant i Fo-UU rådet ser jag det som en viktig uppgift att lyfta operationssjuksköterskornas forsknings-, utbildnings- och utvecklingsbehov. Som ett led i detta startar till hösten en sutorskola för operationssjuksköterskorna som leds av våra kirurger.

Varje termin tar vi emot operationssjuksköterskestudenter som utför sin verksamhetsförlagda utbildning (VFU) hos oss. Då välkomnas dem och handleds av operationssjuksköterskan Maria Strååt som en gång var min handledare. Maria är engagerad och tar sina studenter under sina vingar.

"Som huvudhandledare har jag ansvar för studenternas VFU ska bli så lärorik som möjligt. Det är alltid lika roligt att följa deras utveckling från nybörjare till att självständigt instrumentera vid en lungoperation i slutet av perioden." Maria Strååt, huvudhandledare.

Sist men inte minst vill jag härmed också uppmuntra att våga komma och hospitera hos oss. Jag är medveten om att bara ordet thorax skrämmer en del, men kan försäkra er om att det både är roligt och utvecklande. Inskolningen är individuellt anpassad och du får lära dig ingreppen och arbetet i din egen takt, i en trygg miljö tillsammans med din handledare. Varmt välkommen till thorax! ●

KONFERENS

# Framtidens operationsavdelning

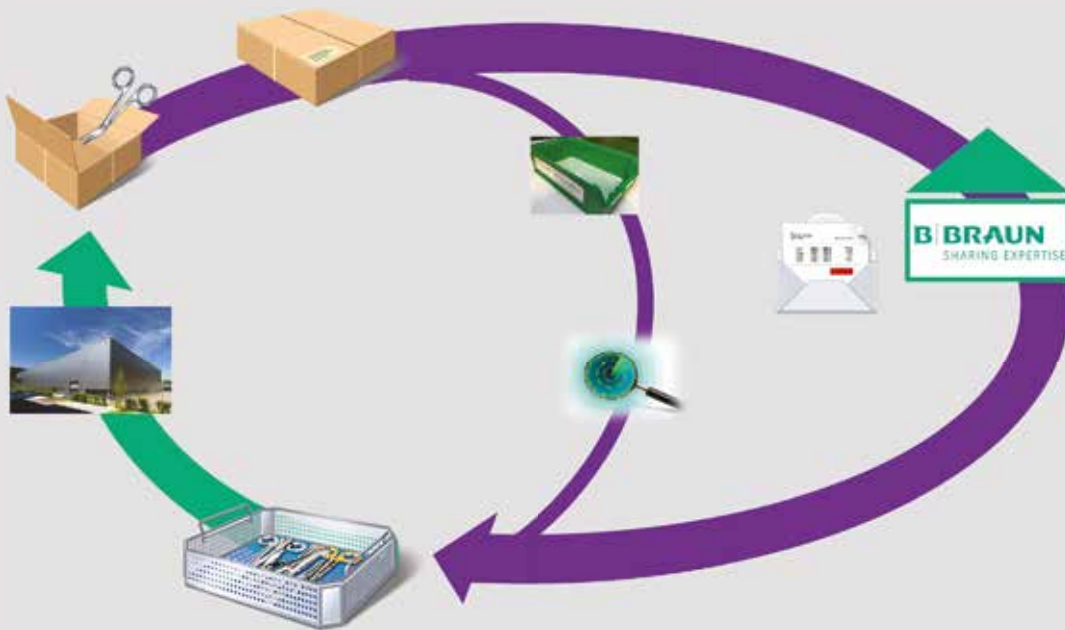
Inhämta kunskap och inspiration på branschens stora mötesplats!

25-26 oktober | Stockholm

SCANNA QR-KODEN  
FÖR HJÄLP TILL HJÄLPEN

SIFU





## 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

# SBAR för stärkt patientsäkerhet inom operationsverksamhet

- ett förbättringsarbete av en intraoperativ överrapporteringsprocess

Redaktionen vill uppmärksamma Cornelia Sandner, operationssjuksköterska på ortopediska enheten, Centraloperation, SUS Lund. Verksamhetsområde IPV (Intensiv- och perioperativ vård) som examinerades vid Jönköpings Universitet, 8 juni 2023 med sin masteruppsats. Uppsatsen mottog trevligt nog ett hedersomnämning vid examenshögtiden 9 juni 2023.

Masteruppsatsen skrevs inom ramen för masterprogrammet Kvalitetsförbättring och ledarskap inom hälsa och välfärd. Uppsatsen innehöll dels ett verksamhetsbaserat förbättringsarbete av överrapporteringsprocessen med SBAR, strukturerat efter verktyg hämtade från förbättringsvetenskapen (improvement science), samt en studie av förbättringsarbetet genom en intervjustudie med både operationssjuksköterskor och ortopedläkare som berörts av förbättringsarbetet.

Förbättringsarbetet tog avstamp i en mätning och enkätundersökning hösten 2021 av operationssjuksköterskornas följsamhet till SBAR-modellen vid byte av operationssjuksköterska under pågående operation. En kartläggning av vilka områden som operationssjuksköterskorna upplevde förhindrade SBAR-användning sammanställdes och blev sedan till områden vi gemensamt arbetade med under förbättringsarbetets gång under hösten 2022 och en bit in på våren 2023. Bland annat tog vi tillsammans i operationssjuksköterskegruppen fram en reviderad SBAR-modell som vi nu har nära till hands, då den ligger sterilt tillgänglig i samtliga grundgaller. I den efterföljande studien framkom flera intressanta fynd, men framförallt lyftes

det fram att överrapporteringsprocessen med SBAR är ett arbetsmoment som är i behov av stöd för att fungera. Visuella och tekniska stöd, anpassad utbildning, kollegialt stöd inom operationssjuksköterskegruppen men även inom operationslaget, och ett ledarskap som aktivt engagerar sig i arbetsmomentet, sågs som direkt nödvändiga för att få hållbarhet i SBAR-användningen.

## RF anser och rekommenderar

Cornelia planerar att göra en artikel av masteruppsatsen under hösten 2023, eftersom hon gärna skulle vilja få spridning av den. När hon sökte artiklar till sin egen masteruppsats, upplevde hon en brist på artiklar av och för operationssjuksköterskor. Uppsatsen kan i bästa fall utgöra ett direkt och konkret stöd, eller agera inspiration, för andra operationsverksamheter som vill införa eller förbättra sin SBAR-process vid överrapportering mellan operationssjuksköterskor under pågående operation. Hon undersöker också möjligheten att på något sätt kunna presentera masteruppsatsen under EORNA 2024, exempelvis som posterpresentation om artiklarbetet inte slutförts än.

Just nu arbetar Cornelia och Linda Andersson, medlem i RFop:s Kvalitetsråd, med att ta fram underlag för en ny Riksföreningen anser och rekommenderar gällande hur SBAR kan användas vid överrapportering mellan operationssjuksköterskor under pågående operation.

## Utbildningen

Cornelia skulle vilja slå ett slag för denna masterutbildning. Den går två år på halvfart, samt ett år på helfart. Man får en solid grund att stå på gällande att förbättra och utveckla den egna



Malin Bejdén, Cornelia Sandner och Berith Hedberg

verksamheten, och får mycket inspiration och hjälp av både kursare, lärarlag, coach för förbättringsarbetet och den akademiska handledaren till masteruppsatsen. Hon rekommenderar alla som är intresserade att söka!

På bilden syns Cornelia själv i mitten med diplommet för uppsatsens hedersomnämning. Till vänster om henne står Malin Bejdén som var hennes coach för förbättringsarbetet, och till höger står Berith Hedberg som var den akademiska handledaren för uppsatsen.

Vi gratulerar Cornelia till ett väl genomfört och viktigt arbete! ●

För mer information kontakta Cornelia Sandner via epost:  
Cornelia.Sandner@skane.se



# Nya medlemmar

## 65 nya medlemmar!

Det är jätteroligt att få Välkomna 65 nya medlemmar till RFop mellan 1 mars och 15 juli. Vi är nu strax 1 500 medlemmar i föreningen och det saknas bara ett fåtal innan vi nått upp till 2022 års medlemsantal. Längre tillbaka hade föreningen 1 700–1 800 medlemmar årligen och det skulle vara mycket roligt om skulle kunna nå dit igen. Ju fler vi blir, ju mer kan vi göra och arbeta tillsammans för att stärka vår profession.

Viktigt i dessa dagar då röster hörs för att ersätta oss med en annan yrkeskategori! Ställ frågan bland dina arbetskamrater om dom hört talas om RFop och om dom är medlem, ni alla är så viktiga för att föra föreningens arbete framåt. Jag vill också påminna er om att mejla adressändringar till mig, annemarie.nilsson@rfop.se. Jag saknar också mejladresser till många medlemmar så mejla gärna den till mig.

### Nya medlemmar

Elin Adolfsson, Jönköping  
Marie Andrén, Järna  
Malin Arodell, Borensberg  
Anna Aronsson, Örebro  
Maria Aune, Kristianstad  
Ginas Björklund, Danderyd  
Ida Burmeister, Jönköping  
Erik Dahl, Hägersten  
Catharina Ehlin, Djurås  
Ylva Engdahl, Göteborg  
Emelie Epparn, Hällestad  
Joana Felgentraeger, Sundbyberg  
Ann-Cathrine Finndahl, Huskvarna  
Jenny Frost, Forshaga  
Svanhildur Gudmundsson, Varberg  
Carolina Gustavsson, Uddevalla  
Debora Gärdhammar, Uppsala  
Tora Göransson, Uppsala  
Erika Haglert, Kumla  
Paula Hellqvist, Trelleborg  
Jessica Hirvonen, Örebro

Hanna Hjerling, Saltsjö-Boo  
Elin Hjortmar, Malmö  
Anna Claudia Holst, Ystad  
Patrik Hurtig, Gråbo  
Sandra Jennefalk, Mölndal  
Susanna Johansson, Huskvarna  
Annapia Jonsson, Lycksele  
Setsuya Jönsson, Sjöbo  
Åsa Karlmark Bergman, Ekerö  
Anna Karlsson, Mölndal  
Rebecca Karlsson, Göteborg  
Lisa Kinbom, Stockholm  
Rebecca Kristiansson, Tjörnarps  
Jenny Källman, Stigtomta  
Caroline Källström, Huddinge  
Amanda Larsson, Jönköping  
Eva Levin, Mölndal  
Johanna Lindblom, Tungalsta  
Pernilla Lundström, Tyresö  
Anna Magnusson, Vrena  
Linda Magnusson, Karlskoga  
Arja Martinsson, Nol  
Mihaela Mata, Sollentuna  
Elena Merkulova Stockholm  
Helene Nilsson Lindahl, Fjällkinge  
Katarina Nilsson, Sundborn  
Karin Nordsvan, Piteå  
Åsa Nylén Väja  
Stella Pall, Solna  
Nanna Penje Kratz, Stockholm  
Hanna Persson, Norrköping  
Jacob Permestam, Motala  
Sofia Roobert, Höno  
Linnéa Sandberg, Ås  
Johanna Sorto, Göteborg  
Malin Stenberg, Kolmården  
Camilla Sturnegk, Brokind  
Anneli Svahn Sellmo, Eksjö  
Lisa Tak Nellis, Floda  
Kristina Trepp, Saltsjöbaden  
Monica Wanne Nordkvist, Stenhamra  
Ebba Westerström, Trelleborg  
Kerstin Winberg, Varberg  
Eva Ålund, Linköping.

Önskar er alla en fin höst!

## Boktips

Alltid steget före:  
hundra år vid operationsbordet

Text: Maria Muñoz

**Författare:** Åke Olsson (red.)  
**Förlag:** Stockholm: Federativs  
**Utgiven:** 1993  
**ISBN:** 9186474138  
**Antal sidor:** 137



Boken är skriven år 1993 på uppdrag av Riksföreningen för operationssjukvård inom SHSTF (Svenska hälso- och sjukvårdens tjänstemannaförbund) och är en historisk till-

bakablick över den svenska operationssjukvården och operationssjuksköterskans profession. Boken väver samman yrkeshistoria, medicinhistoria (kirurgihistoria), organisationshistoria och kvinnohistoria; och baseras på skrivna brev som skildrar intryck från verkligheten med text citerad, samtida beskrivningar från dåtidens metoder, gamla läromedel, tidskrifter, handböcker och instruktioner från olika svenska sjukhus. En skildring från olika generationer som återspeglar tidsandan där en del känns igen även om det skett hygieniska framsteg samt operationsmetodik och material har utvecklats. Trots att boken är skriven för 30 år sedan finns likheter med dagens diskussioner inom professionen, inte minst kring utbildningens utformning genom seklet.

Det är en trevlig läsning och ett guldorn för dig som är intresserad av historia och av hur allt började kring hygien och aseptik vid svenska sjukhus; där en del meningar fortfarande känns moderna mer än hundra år senare. Boken finns att låna på bibliotek runt om i Sverige eller kanske har du en kollega som har den hemma i bokhyllan? ●



# Nätverksträffar

## Värmland

27 oktober 2022

Text: Maud Pettersson, DS, Värmland

Det var god uppslutning då Riksförbundet ordnade nätverksträff för medlemmar på Operationscentrum i Karlstad. Sammanlagt 21 operationssjuksköterskor var anmälda, vilka alla arbetar på CSK och deltog på plats. Tyvärr kunde inga kollegor från Arvika eller Torsby medverka.

Det var med både förväntan och lite vemod som jag var med och arrangerade denna kväll. Min kollega Lotta Olsson har under flera år varit distriktssamordnare och lämnade efter kvällen över uppdraget till mig. Hon har varit en inspirerande och engagerad representant för RFop i Värmland. Stort tack till henne. Lotta inledde mötet med att gå igenom RFops hemsida och presentera innehållet. Allt från vilka som sitter i styrelsen och olika befattningar till

medlemskap, utbildning, evenemang och möjlighet till att söka stipendium. Därefter lämnades över till kvällens inbjudna föreläsare Carina Molander och Anna Tidèn.

Båda är operationssjuksköterskor och kollegor till oss på Operationscentrum i Karlstad. Carina har ett brinnande intresse för robotkirurgi och hon har både Side by Side och RNFA utbildning (Registrerad Nurse First Assistant) i robotkirurgi vid urologiska ingrepp. Hennes resa finns beskriven i *Uppdukat nr 4 2021*. Anna är en av ett begränsat antal operationssjuksköterskor här som deltar vid robotkirurgiska ingrepp. I Karlstad har vi idag två robotsalar. Titeln på kvällens föreläsning var *“Robotverksamhet från då till nu”*. Här presenterades hur allt startade hos oss 2012 och vägen fram till där vi är idag. Vilka fördelar och nackdelar som finns med robotkirurgi samt att fler sektioner använder sig av robot idag. Det har krävts flera studiebesök till olika platser och utbildning för att komma hit. Utmaningar framåt är en bra standardiserad inskolning för personalen, hitta arbetssätt för att

kunna påverka flödet av patienter och inte minst behovet av kunskap hos all personal för Akut avdocking.

Efter presentationen lyftes vikten av att ta tillvara den stora kunskap och kompetens som många gånger finns nära och förmedla till varandra. Vi ser att fler behöver läras upp inom robotkirurgin för att möta behovet och då behövs kunskap och engagemang. Tack till alla som var med på mötet och speciellt stort tack till Carina och Anna som delade med sig och bidrog med en intressant föreläsning.

## Jämtland

24 nov 2022 &  
23 mars 2023

Text: Andreas Tullsson, DS, Jämtland

### 24 november

Vi träffades i Centraloperations konferensrum "Skalpellen" efter dagens avslutade operationsprogram. I år var

Carina Molander



Jämtland



tyvärr något färre deltagande än tidigare år, vi hoppas på en tillfällig svacka. Ett par operationssjuksköterskor anslöt lite sent på grund av kvällstjänst. Även pensionärer som är medlemmar är välkomna på nätverksträffar och det är uppskattat att få träffa tidigare medarbetare. Det är viktigt att komma ihåg att bjuda in alla medlemmar!

Föreningens sponsorer var också inbjudna men ingen av dem hade möjlighet att närvara. Vi inledde träffen med att gå igenom RFop:s hemsida och kom in på många delar av föreningens arbete och projekt. Föreningens uppbyggnad, konceptutbildningarna, stipendier, kvalitetsrådet och vetenskapliga rådet. Evenemang som Hygienforum och Höstkongress. Vi diskuterade Uppdukat och hur viktigt det är att bidra med material. Kvällens gästföreläsare var ingen mindre än Lars Salomonsson som jag bjudit in för att föreläsa om kirurgins historia. Ni har säkert läst Lars artiklar i tidningen som handlar olika kända kirurgiska instrument och vilka personerna var som konstruerade dem. Kvällens ämne var de argentinska bröderna Finochietto, Enrique och Ricardo vilka levde spännande liv. De opererade inom många olika specialiteter och konstruerade flera av våra kirurgiska instrument som vi använder dagligen bland annat en revbensspridarhake. Efter en spännande föreläsning avslutade vi kvällen med gemensam middag.

## 21 mars

I mars hade vi vår nästa träff. Vi träffades i personalmatsalen efter arbetsdagens slut. Vi började med sedvanlig föreningsinfo – det var ett par nya ansikten tillika nya medlemmar som inte hört detta förut. Kvällens gäst var Ann Folin som föreläste om ämnet operationshandskar. Vi gick igenom skillnad mellan latexfria- och latexhandskar, tillverkningsprocessen, allergier, vikten av att använda dubbla handskar och mycket mer. Många frågor kring handskar uppstod och vi fick till en diskussion som var mycket intressant och givande för medlemmarna. Föreningens sponsorer var som vanligt inbjudna och denna gång var det ett flertal som ville komma till oss. Det blev en fin utställning där deltagarna kunde klämma och känna på medicintekniska nyheter. Kvällen avslutades med en gemensam enkel måltid.

# Jönköping

## 24 maj 2023

Text: Anna Nilsson, DS, Jönköping

Vi var 16 operationssjuksköterskor som samlades i Eksjö och det var operationssjuksköterskor från Eksjö, Värnamo och Jönköping. Kvällen startade med att distriktsamordnaren (under-tecknad) hälsade alla välkomna. Efter maten gick jag igenom hemsidan och vi pratade om antal medlemmar och olika kostnader för student respektive medarbetare. Även att det finns stipendier att söka. Vi gick igenom vilka sponsorer som sponsrar oss samt föreningens dokument angående Riksföreningen anser och rekommenderar.

Vi pratade också om det som stod på hemsidan om ”ny kompetens” och funderar på vad vi som medlemmar kan göra. RFop har tagit del av förslaget av ”ny kompetens” som cirkulerar i Region Stockholm, vi vill informera er om att vi tar starkt avstånd från detta förslag. Förslaget som innebär att starta en ny utbildning till operationstekniker, som ska ersätta operationssjuksköterska, är inte en patientsäker lösning.

## SPOR rådet

Svenskt Perioperativt register som är ett kvalitetsregister som möjliggör utvärdering och förbättring av vården för alla patienter som genomgår en operation. Detta genom att samla in information och data om patientens omhändertagande och välbefinnande under den perioperativa processen.

Informationen från registret kan användas till kvalitetsförbättring, lärande, uppföljning och ledning. Med hjälp av kvalitetsregistret kan vi arbeta för att synliggöra våra professionsspecifika kunskapsområden. Detta ger oss möjlighet att påvisa effekten av operationssjuksköterskans avancerade omvårdnadsexpertis. Vi behöver tillsammans ta fram den information som vi vill att registret ska samla in. Detta arbete behöver engagerade och intresserade operationssjuksköterskor från hela landet, RFop:s SPOR råd kommer att arrangera nätverksträffar framöver så håll utskick.

Syftet med nätverksträffarna är att i samverkan skapa dialog och utveckling av registret utifrån operationssjuksköterskornas perspektiv. Många blev intresserade av arbetet och att vår profession är delaktig. SPOR-rådet arbetar nu med Avvikelser vid positionering och bruten aseptik.

Eksjö har en nybyggd operationsavdelning som vi besökte. Imponerande med allt nytt från pallar till avancerad MTU utrustning. Det var ett givande besök med många skratt.

Tack till Malin och Ulrika i Eksjö som ordnade det så bra.

# Örebro

## 24 maj 2023

Text: Inger Andersson, DS, Örebro

Nätverksträff för medlemmar i Riksföreningen för operationssjukvård i Region Örebro. Vi träffades i nybyggda H-huset där Öron- och plastikoperation välkomnade oss alla. Vi var ca 35 operationssjuksköterskor med arbetsplatser i regionen, studenter, kollegor från Capio Läkargruppen och fd kollegor som arbetar med andra funktioner i regionen. Utöver alla operationssjuksköterskor medverkade även fyra av RFops sponsorer som utställare. Det var Mediplast AB, Medtronic AB, KeboMed Sverige AB och Mölnlycke HealthCare AB.

Vår träff startade med produktutställning och information av våra leverantörer och mingel. Kvällen fortsatte sedan

*Lambåoperation, Örebro*



med ett väldigt intressant scenario i en av de nya stora operationssalarna där Maria, Linda och Annika med bildspel, uppdukade instrument och "patient" guidade oss genom en lambåoperation. En omfattande operation med flera kliniker i samarbete där operations-sjuksköterskorna tidigare var anställda på olika kliniker men nu har utökat sin kompetens ytterligare och medverkar i alla moment under operationen. En operation som pågår under lång tid, 12 timmar, ibland mer.



Lena Davidsson

God och behövlig kvällsmat efter arbetsdagen och sedan fortsatte kvällens program med att Lena Davidsson från Kirurgoperation USÖ berättade och visade bilder om operations-sjuksköterskans

roll i traumaorganisationen på USÖ, Region Örebro län. Operationssköterskor anställda på kirurgoperation på Universitetssjukhuset ingår i traumaorganisationen och kallas vid inkommande trauma till akutmottagningen. En funktion som gör att operationsavdelningen har direkt kommunikation, får direktinformation om skadeläge och teamen på operation kan förbereda sig innan patienten kommer.

Avslutningsvis informerade jag som distriktsamordnare vad som är på gång i RFop under resterande av 2023, utbildningar, stipendier som finns att söka mm. RFop hade i dagarna gått ut med att föreningen tar starkt avstånd ifrån det förslag om en ny kompetens inom operationssjukvården. Vi diskuterade det högaktuella ämnet där arbetsgivaren i Region Stockholm lagt förslag om operationstekniker som en lösning på bristen på operationssjuksköterskor och konstaterade att vår profession, vår kompetens och vår betydelse för en säker vård för den kirurgiska patienten är en viktig sak för oss.

En trevlig och väldigt intressant kväll som avslutades med rundtur och visning av de nya operationslokalerna på Öron- och plastikoperation. Tack till alla medverkande! Vi ser fram emot att träffas i maj nästa år igen. ●

# Rapport från råden

## Vetenskapliga rådet

I juni hade vetenskapliga rådet (VR) sitt årliga arbetsmöte på Långholmen. Mycket av mötet ägnades åt att diskutera frågan kring förslaget i region Stockholm om en ny yrkesroll, så kallad operationstekniker. Tillsammans med styrelsen diskuterades olika strategier för att bemöta denna fråga. Vi har tagit fram en mall som ni i verksamheten ska kunna använda för att identifiera risker vid diskussion om arbetsväxling på operationsenheterna. Dokumentet finns på RFop:s hemsida. Dokumentet 'Riksföreningen anser och rekommenderar - Angående växling av operationssjuksköterskans arbetsuppgifter med bibehållen patientsäkerhet' är även uppdaterat med referenser.

Vi har även fortsatt arbetet med 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 årets höstkongress kommer en posterutställning arrangeras. Annonser med mer information finns på sidan 14.

Doktorandnätverket kommer ha ett möte i samband med höstkongressen. Doktorander som är intresserade av att delta är välkomna att maila [eva.torbjornsson@ki.se](mailto:eva.torbjornsson@ki.se). Kriterier för att kunna delta i nätverket är att vara medlem i föreningen och ha ett projekt inom den perioperativa kontexten.

## SPOR-rådet

"Svenskt PeriOperativt Register (SPOR) är ett kvalitetsregister som samlar in perioperativ data, från att patienterna blir anmälda till sin operation fram tills de skrivs ut från den postoperativa vården.

All denna data kan användas för att utvärdera den perioperativa vårdkvaliteten och process, och lokalisera förbättringsbehov. Informationen från registret kan användas till kvalitetsförbättring, lärande, uppföljning och ledning. Information från kvalitetsregistret kan också användas för att synliggöra våra professionsspecifika kunskapsområden, vilket ger oss möjlighet att påvisa effekten av operations-sjuksköterskans avancerade omvårdnadsexpertis.

SPOR-rådet arbetar just nu med att hitta och definiera operationssjuksköterskans kärnvariabler, med förhoppningen om att framöver kunna jämföra och utvärdera eventuella förändringar i operationsteamet (kompetens eller uppgiftsväxlingar) eller förflyttningar av vissa operationer till andra lokaler eller mottagningar. Rådet har som fokus detta år att arbeta med nätverk och utbildning kring hur SPOR-data kan hjälpa oss att beskriva perioperativ kvalitets- och processdata.

Den 20 oktober kommer SPOR-rådet att genomföra en digital workshop, som kommer att fokusera på att ta ut rapporter och tips kring hur vi kan arbeta med rapporterna som kvalitetsförbättring på våra enheter. För mer information och anmälan titta på [rfop.se](http://rfop.se). ●

Ida-Linnéa Böregård

★ 2024 Firar RFop 60 år! ★

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

1964-2024



★ Riksföreningen för operationssjukvård

# 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.

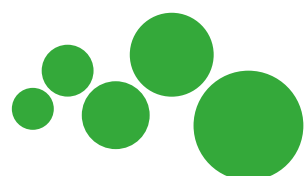
Vidare så genomför vi nätverksträffar, konceptutbildningar och kunskapsseminarier om bl.a. Trauma, Infektionsprevention, MDR, SPOR och planerar även för fler kunskapsstödjande evenemang. Alla utbildningar och evenemang genomförs i Stockholm. För mer information, innehåll och priser se: [rfop.se](http://rfop.se)

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

POSTTIDNING B

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

DIAMANTKONGRESSPONSORER



Mölnlycke®

*Instrumenta*

GULDKONGRESSPONSORER



**BD**

**MEDI PLAST**

SILVERKONGRESSPONSORER

**Medtronic**  
Further. Together

*Halton*

**B|BRAUN**  
SHARING EXPERTISE

**KEBOMED**

*Johnson & Johnson* MEDTECH