

Uppdukat

Nr 3 september 2019 årgång 31





NOIR® SUPREME CUT SCISSORS

AESCLAP SURGICAL INSTRUMENTS



Utgivare

Riksföreningen för operations-
sjukvård ISSN 1101-5624.

Upplaga

1800 exemplar. Tidningen
utkommer med fyra nummer
per år, till alla medlemmar
i riksföreningen och övriga
prenumeranter.

Prenumeration

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

Prenumeration via agentur
450 kr per kalenderår

Omslagsbild: Arkivbild

Foto: *byLindahl*

Annonser

annonsansvarig@rfop.se

Redaktion

Kristina Lockner
Inger Andersson
Yvonne Törnqvist

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

Eftertryck från tidningen utan
Riksföreningen för operations-
sjukvårds medgivande är
förbjudet.

Innehåll

Uppdukat nr 3 2019 årgång 31

Redaktionens ord...sid 4

Trauma, Nivå 1...sid 6

Traineeetjänst...sid 7

I huvudet på en doktorand...sid 8

Regional studiodag i Stockholm...sid 10

Boktips...sid 11

Disputation, Ulla Caesar...sid 12

Disputation, Ann-Catrin Blomberg...sid 14

Patientsäkerhet inom perioperativ
omvårdnad ...sid 16

Arbetsväxling hur och varför?...sid 24

Framtidens specialist-
sjuksköterska...sid 25

Att anställa sjuksköterskor
från andra länder...sid 26

Annika Sandelins spikning av
sin licenciatavhandling...sid 27

Hygienfrågan...sid 28

I huvudet på en chef...sid 30

SPOR för operations-
sjuksköterskor...sid 31

Föreningsnytt...sid 32

Gästkrönika...sid 42

sid 16



sid 27



Välkommen att skicka in din artikel eller insändare till Uppdukat!

Några tips när du skriver:

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

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

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



Foto: Peo Sjöberg



Då är de flesta av oss tillbaka i "vardagen" som talesättet säger. Semestern har förhoppningsvis gett tillfällen till mer än endast den nödvändiga återhämtningen. Dock om man inte får tillräcklig återhämtning så ökar risken att drabbas av ständigt ihållande trötthet. Återhämtning, alltså nedvarning och att stänga av den biologiska energimobiliseringen är av största vikt på semestern. Då kan "att göra ingenting" vara en optimal strategi efter mentalt belastande arbete. Att läsa kan för visa vara återhämtning, nu kommer boktipsen i detta nummer efter sommaren, fast det kan kanske finnas tid för läsning även när hösten kommer. Förhoppningsvis har semestern för de flesta av oss innehållit både tid för att slappa och aktivering så att vi nu är redo för höstens utmaningar.

Vad är pågång i höst/vinter?

RFop har flera spännande aktiviteter på gång, vi har det andra kunskapsseminariet om levnadsvanor, Stark för kirurgi - Stark för livet den 26 - 27 september där finns några platser kvar. Nivå 1 Trauma den 22 november även här går det bra att anmäla sig.

Vårt Chefråd har planerat chefnätverk 28 november och chefkongress

den 29 november och den har vi en av höjdpunkterna för året, **Höstkongressen!** Vi presenterar programmet och vad föreläsningarna innehåller i tidningen. Annars hittar ni det mesta på hemsidan rfop.se under utbildning och evenemang.

Vi fortsätter i detta nummer med vår gästkrönikör som nu fått jobb efter avslutad utbildning, även om vägen till anställning ej självklar. Utlovade lönesamtal och hållhakar satte henne i en beklämmande situation med HR som osynlig motpart. Löner och arbetsvillkor är en av orsakerna till att flera av våra operationsavdelningar saknar operationssjuksköterskor. Det vi vet är att många operationssjuksköterskor idag arbetar på helt andra ställen än en operationsavdelning, vad är det som kan locka tillbaka dem? Det bland annat ska cheferna som är på chefnätverket den 5 september diskutera.

Nya artiklar

Vad gör en doktorand? Och vad pågår i huvudet på en chef under dagen? *I huvudet på.....* är en ny infallsvinkel på våra artiklar och i detta nummer har vi just en doktorand samt en chef som skriver. Vem/vad är du intresserad av att få en inblick i? Kom med förslag eller skriv själv. I detta nummer efterlyser vi även underlag till en nyhet som kommer i nr 4 2019, en artikelserie med korta beskrivningar av historien runt de kirurgiska instrumenten och eller annan utrustning vi använder dagligen på operationsavdelningarna runt om i Sverige. Vet du något om historien bakom ett instrument, hör av dig till redaktionen!

Nu önskar jag dig en bra läsning som ger en stunds återhämtning.

Nationellt kalendarium

För mer information och priser se rfop.se

2019

26 - 27 september

Levnadsvanor i samband med kirurgi

Plats: Sjuksköterskornas hus, Stockholm

22 november

Traumautbildning, Nivå 1

Plats: Sjuksköterskornas hus, Stockholm

28 november

Chefnätverk

Plats: Stockholm Waterfront Congress Center

29 november

Chefkongress

Plats: Stockholm Waterfront Congress Center

28 - 29 november

Höstkongress

Plats: Stockholm Waterfront Congress Center

2020

6 - 7 februari

Levnadsvanor i samband med kirurgi

Plats: Sjuksköterskornas hus, Stockholm

14 februari

SPOR nätverksfräff

Plats: Sjuksköterskornas hus, Stockholm

12 mars

Chefnätverk

Plats: Stockholm Waterfront Congress Center

20 mars

Traumautbildning, Nivå 1

Plats: Sjuksköterskornas hus, Stockholm

14 - 15 maj

Hygienforum

Plats: Sheraton Stockholm Hotel

28 maj

Chefnätverk

Plats: Stockholm Waterfront Congress Center

10 september

Chefnätverk

Plats: Stockholm Waterfront Congress Center

25 september

SPOR nätverksfräff

Plats: Sjuksköterskornas hus, Stockholm

1-2 oktober

Levnadsvanor i samband med kirurgi

Plats: Sjuksköterskornas hus, Stockholm

23 oktober

Traumautbildning, Nivå 1

Plats: Sjuksköterskornas hus, Stockholm

5 november

Chefnätverk

Plats: Stockholm Waterfront Congress Center

26 - 27 november

Höstkongress

Plats: Stockholm Waterfront Congress Center

Upp till 1 miljon
nålsticksskador
inträffar i Europa
varje år¹

Dina händer
Där ditt behov av
skydd börjar

Tydligt

Valet av innerhandskens färg bygger på färgfysik och det mänskliga ögats maximala känslighet. Ytterhandskarna är halmstråfärgade, så när de punkteras varnar de dig genom att visa färgen på innerhandsken².

Snabbt

Den patenterade handskytan markerar indikationsområdet omedelbart genom att sprida genomträngd vätska vilket skapar en synlig punktionsindikering som växer snabbt i storlek².

Stort

Punktionsindikeringen växer stort så att du kan se den – och att andra kan se den på avstånd om det ligger utanför ditt direkta synfält².

Biogel Eclipse® Indicator® System*
det skydd du kan lita på!

*Biogel® Indicator® System finns även i syntetisk polyisopren och polykloropren

Referenser:

1. Himmelreich H et al. The Management of Needlestick Injuries. Dtsch Arztebl Int 2013;110(5): 61-7

2. REPR035. Spectrophotometer - Measurement of Colour Indicator Type Surgical Gloves. 2008. Data on file

Läs mer på www.molnlycke.se

Mölnlycke Health Care AB, Box 13080, 402 52 Göteborg. Tel 031-722 30 00. E-mail: info.se@molnlycke.com.
Mölnlycke och Biogel Indicator varumärken och logotyper är globalt registrerade av ett eller flera företag i Mölnlycke Health Care Group. ©2018 Mölnlycke Health Care AB. Med ensamrätt.



Ny
förpacknings-
design


Mölnlycke®

Trauma, nivå 1

Den 22 mars 2019 var det premiär för RFop:s Traumakurs på grundnivå. En av de första vårdagarna i år samlades 24 kollegor från spridda delar av vårt avlånga land för att få lära sig mer och utveckla traumavården på den egna enheten. En efterlängtat utbildning som samlade både nya och mer erfarna operationssjuksköterskor. Budskapet från föreläsarna var att visa på behovet av att operationssjuksköterskan finns med i teamet. Det ser väldigt olika ut i landet beroende på enskilda enheters organisation. Men en strävan efter nationell enighet/strategi.

Stort intresse i gruppen, engagerade deltagare med många frågor, många berättelser och ett utbyte av erfarenheter. En hel del praktiska tips fick vi med oss och konstaterade att det bland annat handlar om att verka utanför sin komfortzon, dvs man

kan inte alltid upprätthålla det sterila fältet (eller krasst uttryckt väldigt sällan när det är urakut). Ingen i traumateamet vet ju fullt ut vad som kommer att hända så: Be prepared to be surprised!! Inspirerande föreläsare och alla ser fram emot fortsättningskursen.

Fakta: Utbildningen är framtagen i samarbete RFop och traumakoordinator Susanna Eriksson, KS Solna. Föreläsare på Nivå 1 är Susanna Eriksson, Traumakoordinator/operationssjuksköterska, Lagledare MIO/JIT projekten PMI Funktionsenhet Trauma och akut operation. Louise Almström, Operationssjuksköterska/TNCC instruktör US Linköping. Lars Salomonsson, är RFop:s ansvariga för utbildningen.

Se mer information på hemsidan under *utbildning och evenemang* om nästa tillfälle och anmälan. •



Trainee-tjänst

Operationssjukvård i Region Örebro

Hösten 2017 började jag att arbeta som huvudhandledare för operations-sjuksköterskorna i Region Örebro län. Örebro ingår i en distansutbildning där Gävle, Västerås, Karlstad och Falun har ett samarbete med Karlstad universitet. Vid kursstart var det endast en student som tillhörde Region Örebro som påbörjade utbildningen till operationssjuksköterska. Då uppkom idén att vi operations-sjuksköterskor i Örebro måste bli mer synliga och skapa ett intresse för att vilja söka till specialistprogrammet i operationssjukvård.

Vi bestämde oss för att bjuda in grundutbildade sjuksköterskor till en informationskväll i oktober där tanken var att vi skulle kunna synliggöra hur det är att arbeta på en operationsavdelning och få ett ökat intresse att vilja jobba som operationssjuksköterska. Inbjudan gick ut via region Örebro läns intranät, Facebook, Instagram samt via muntlig spridning. Informationskvällen inleddes med en kopp kaffe och smörgås samtidigt som de handledande operationssjuksköterskorna berättade lite om hur det är att jobba som operationssjuksköterska. De inbjudna sjuksköterskorna fick även möjlighet att ställa frågor innan vi gick vidare in till operationssalen.

Programmet som sedan genomfördes med hjälp av handledare från olika operationsavdelningar var bl.a. demonstration av handdesinfektion, drapering i fyrfält och visning av ett grundgaller. Det ingick även rundvandring på olika operationsavdelningar, bl.a. där vi arbetar med robotkirurgi. Vi arbetade även med praktiska övningar där sjuksköterskorna blev indelade i olika grupper för att kunna göra de olika momenten. Under kvällen presenterades även traineeprogram på operation för grundutbildade sjuksköterskor. Programmet ger under 10–12 veckor möjlighet till att få en inblick i operationssjukskö-



Annika Fredriksson

terskans arbete. Traineeprogrammet ger sjuksköterskorna en individuell introduktion i arbetsområdet operationssjukvård och möjligheten att förbereda sig för specialistutbildning inom detta. Praktiktiden förläggs på något av regionens tre sjukhus; Universitetssjukhuset Örebro, Karlskoga lasarett eller Lindesbergs lasarett. Placeringen fördelas på två perioder. Det visade sig vara ett ganska stort intresse för att få komma och jobba som traineesjuksköterska. Jag och Christina Strömberg, som är ansvarig för studenterna och traineeprogrammet i Örebro, fick kontakt med sjuksköterskor som ville gå detta program. Svårigheten var dock att det är stor brist på sjuksköterskor på vårdavdelningarna och därför svårt att bevilja tjänstledigt för att gå traineeprogrammet.

Antal deltagare

Våren 2018 var det endast två sjuksköterskor som gick traineeprogram-

met och då fick Christina idén att vi skulle börja jobba som anestesin och intensivvården gör med sina traineesjuksköterskor i Region Örebro, d.v.s. anställa de sökande på ett år med start i september. Vi kommer därför från hösten 2019 att anställa fyra stycken traineesjuksköterskor som vi sedan hoppas ska söka till specialistprogrammet som startar v 35 i Karlstad. Vi tror att detta gör det lättare att få in flera grundutbildade sjuksköterskor till traineeprogrammet. Vi har i dag åtta stycken operationssjuksköterskestudenter och alla får utbildningsbidrag från Region Örebro län. Fyra av dessa studenter var med på informationskvällen i oktober 2018 så vi ser att informationskvällen gett ett ökat intresse för att utbilda sig till operationssjuksköterska i vår region.

Under hösten 2018 och våren 2019 har vi varit i kontakt med ca ett 10-tal sjuksköterskor som frågat hur det fungerar med traineeprogrammet och intresset har ökat för att utbilda sig till specialistsjuksköterska inom operationssjukvård. Vi tycker att det varit mycket lyckat att ha informationskvällar på operation och planerar att ha nästa informationskväll i oktober. Något som också är positivt är att jag som huvudhandledare har ett tätt samarbete med Christina som jobbar tillsammans med studenterna och det gör det lättare att få ett bra upplägg. Vi hoppas och tror på en bättre och ljusare framtid med flera sökande. •

Fakta: Annika Fredriksson, specialistsjuksköterska i operationssjukvård, huvudhandledare, plastikk och käk kirurgiska kliniken, Universitetssjukhuset Örebro.

I huvudet på en doktorand

Jag heter Eva Torbjörnsson, är 45 år och arbetar som operationssjuksköterska på kirurgoperation på Södersjukhuset (SöS) i Stockholm. Jag tog min examen som operationssjuksköterska 1996, vid Uppsala sjuksköterskeskola och började arbeta som operationssjuksköterska på centraloperation Karolinska Sjukhuset i Solna 1997. 2002 flyttade jag till SöS och där är jag fortfarande kvar. Jag har alltid tyckt det varit spännande att lära mig nya saker vilket gjort att jag under åren studerat vid sidan av att jag jobbat, vilket resulterat i en kandidat- och en magisterexamen. Under åren 2013–2015 arbetade jag som lärare på specialistutbildningen med inriktning på operation på Karolinska Institutet. Där väcktes mitt intresse för forskning och sedan 2014 är jag registrerad som doktorand vid Karolinska Institutet.



Min avhandling handlar om patienter som genomgår en benamputation på grund av benartärsjukdom. Där studerar jag tillsammans med mina handledare riskfaktorer för amputation hos patienter som opererats med kärlkirurgi, upplevelsen av amputationsbeslutet samt upplevd livskvalitet och protesanvändning hos de som genomgått en amputation. Jag har alltid haft ett extra intresse för kärlkirurgi och den kärlkirurgiska patienten, vilket gjorde att det kändes som ett naturligt val av område när jag började fundera på att bli doktorand. Vissa av våra patienter genomgår många kärlkirurgiska interventioner och smärtsamma såromläggningar. Av och till hade jag funderat över hur patienten upplever sin situation,



Eva Torbjörnsson

vilken nytta gör vi för patienten med upprepade kärlinterventioner, är det alltid den bästa lösningen eller kan en primär amputation med protes ibland vara en bättre alternativ för patienten?

Att vara doktorand

Jag diskuterade ämnesval med en av ortopederna på Södersjukhuset, Carin Ottosson, som även blev min huvudhandledare. Tillsammans tog vi fram underlag till de fyra studier som ingår i avhandlingen, "Riskfaktorer för amputation hos patienter som genomgått kärlkirurgi", "Riskfaktorer för re-amputation hos patienter som genomgått amputation efter kärlkirurgisk intervention", "Patientens upplevelse av amputationsbeslutet" och "Protesanvändningens betydelse för livskvalitet hos patienter som genomgått amputation pga benartärsjukdom". Att vara doktorand innebär att man ska genomgå en forskarutbildning vilket gör att vi valt att ha olika metoder på de olika delstudierna. Projektet innehåller studier med fokus på omvårdnad men innefattar även registerstudier med utvärdering av kirurgiska metoder, vilket gör att jag har handledare med olika kliniska- och forskarkompetenser; Jonas Malmstedt och Lena Blomgren som är kärlkirurger, Lennart Boström, allmänkirurg, Ann-Mari Fagerdahl

operationssjuksköterska och Carin Ottosson, ortoped. Vårt övergripande syfte med avhandlingen är att visa på att amputation inte ska ses som en sista utväg, för rätt patienter är det en bra behandling som kan ge en bra livskvalitet. Det är viktigt att beslutet tas i tid medan patienten har ork och möjlighet att lära sig gå med en protes, då att vara gångare är en viktig faktor för att patienten ska kunna fortsätta att bo kvar hemma. Val av amputationsnivå är en annan viktig faktor där vi hoppas kunna bidra med kunskap till nya guidelines. Att genomgå en amputation på underbensnivå ger patienten större förutsättningar att lära sig gå, men innebär samtidigt en högre risk för komplikationer och ev re-amputation pga problem med cirkulation.

Det som är så spännande med forskning är att kunna få mer klarhet över de funderingar och tveksamheter vi möter i vår kliniska vardag. För mig har det varit mycket givande att få möta patienter och få höra deras versioner. Det har gett mig en möjlighet att ta reda på vad patienterna tycker, och inte vad jag tror att de upplever. Min tid som doktorand har gett mig många nya erfarenheter. Jag har fått möjlighet att åka på olika kongresser för att presentera mina resultat. Under det senaste året har jag varit på europeiska kärlmötet i Valencia, Spanien samt på en europeisk ortopedkongress i Kolding, Danmark. Jag har även deltagit i en arbetsgrupp, som på uppdrag av hälso- och sjukvårdsförvaltningen, tagit fram ett regionalt vårdprogram "Amputation av nedre extremitet" som innehåller hela vårdkedjan för de patienter som ska genomgå en benamputation. Arbetsgruppen var tvärprofessionell och innehöll förutom mig, ortoped, fysioterapeut och ortopedingenjör. Vi hade även en referensgrupp för att få in ytterligare åsikter. Det har varit väldigt intressant att ha diskussioner med andra professioner men även att få en möjlighet till att bidra till att våra patienter får ett bättre

omhändertagande. En sak som jag uppskattat med min forskning är att jag fått en chans att åter uppleva lite längre patientmöten, vilket jag saknat i min kliniska vardag som operations-sjuksköterska. Då två av mina studier innefattar uppföljning av patienterna efter två respektive 12 månader har jag fått en möjlighet att se hur patienternas liv utvecklas och många gånger förbättras efter deras amputation. Jag inser att jag som operationssjuksköterska saknat kunskap om hur det går för våra patienter på sikt.

Disputation under våren 2020

I min intervjustudie om upplevelsen i samband med en amputation framkom att patienterna upplevde att de fått för lite information om vad som skulle hända och om hur livet som amputerad kan se ut. Det har lett till att jag deltagit i arbetet med att ta

fram en patientinformation som vi använder på Södersjukhuset och finns som bilaga i det nya vårdprogrammet. Tanken är att patienter ska kunna få informationen i samband med att beslutet om amputation diskuteras för att få mer kunskap om vad det innebär och hur framtiden kan se ut. De patienter som inte hunnit få informationen innan amputation, ex vid akuta ingrepp, får den efteråt på vårdavdelningen. Har patienten önskemål finns möjlighet att träffa en ortopedingenjör och diskutera kring framtiden. Det känns motiverande att kunna bidra till att sprida de upplevelser av vården som mina forskningspatienter berättat om, för att kunna bidra till att utveckla omhändertagandet av denna patientgrupp.

Klinisk förankring tycker jag är en viktig del i min forskning, samt i

mitt arbete som vårdutvecklare. Jag planerar att ha kvar en fot i kliniken även som disputerad. Jag tror att det är en viktig faktor för att kunna bedriva forskning som är förankrad i vården. Det som är så spännande med vårt yrke ur forskningssynpunkt är att vi har mycket områden som vi saknar evidens på. Jag kan bara rekommendera er kollegor som funderar i dessa banor att ta chansen. Det kommer ge er och våra patienter väldigt mycket.

Jag och mina handledare planerar för disputation under våren 2020, så nu arbetar jag halvtid med att färdigställa min sista studie och samt att skriva avhandlingen. Min övriga tid arbetar jag som vårdutvecklare med fokus på patientsäkerhet och hygien. •

Är du också sugen på att börja forska?

Steg 1.

Du måste ha grundläggande behörighet

- Avlagt examen på avancerad nivå
 - Särskild behörighet i engelska
- Med andra ord en magisterexamen

Steg 2.

Du behöver en fråga.

- Vad är du intresserad av?
- Vad är din arbetsgivare intresserad av?
- Vad har gjorts förut? Vad är viktigt?
- Vad har patienterna nytta av?
- Vad är intressant att finansiera?

Steg 3.

Vem kan hjälpa dig?

- Handledare, minst 2 stycken som måste vara disputerade. Någon med ämneskompetens, någon med metodkompetens och gärna någon som har den egna professionen. En av dem ska vara docent eller professor, handledarutbildad och ha tid och finansiella resurser.

Steg 4.

Antagning som doktorand

- Kvalitetssäkring av dig som blivande doktorand, dvs behörighet, lämplighet och förmåga och kvalitetssäkring av forskningsprojektet och handledningen.

- Beslut om antagning till utbildning på forskarnivå
- Upprättande av studieplan

Forskarutbildning minst 30 hp

- Statistik minst 1,5 hp
- Forskningsetik minst 1,5 hp
- Att kommunicera vetenskap minst 1,5 hp
- Ämnesspecifik kurs minst 6 hp
- Kvalitetssäkring av klinisk forskning minst 1 hp

Andra obligatoriska moment

- Introduktion för nya doktorander
- Forskningsseminarier, journal clubs etc minst 1,5 hp
- Internationella konferenser med egen presentation minst 1,5 hp
- Undervisning 40 timmar = 1,5 hp max 4,5 hp

Övrigt:

Fundera över vilket universitet/högskola du vill tillhöra. Och sedan vilken institution inom det lärosätet som hanterar ämnesområdet och forskningsfrågan. Se om det finns möjlighet att gå någon forskarskola inom forskningsområdet som universitetet/högskolan ger.

Länk till det regionala vårdprogrammet:

<https://www.vardgivarguiden.se/globalassets/behandlingsstod/vardprogram/amputation-av-nedre-extremitet.pdf>

Regional studiedag i Stockholm



Den elfte Regionala studiedagen i Stockholm genomfördes den 5 april 2019. I strålende vårväder samlades 250 operationssjuksköterskor från avdelningar runt om i Mälardalen. Hög stämning från start och glada möten mellan gamla och nya kollegor. Av ljudnivån att döma fanns det mycket roligt att avhandla. Programmet handlade om god arbetsmiljö på operationsavdelningen, ny forskning, transplantationskirurgi och en mycket medryckande berättelse om vägen från intresse till doktorshatt.

Maria Quinn, konceptutvecklare av vårdmiljö visade på hur vi påverkas av ljud i vår arbetsmiljö. Hon drog paralleller till ljudnivån på operationssalen och kontentan var att god ljudnivå främjar koncentration, förbättrar kommunikation och minskar stress.

Camilla Wistrand, forskande operationssjuksköterska från Örebro delgav

oss resultaten från sin forskning om användande av varm klorhexidinsprit vid preoperativ huddesinfektion. Ingen skillnad kunde ses avseende effekt gentemot ouppvärmad sprit. Ej heller någon skillnad i bakterieväxt. Patienterna föredrog, inte förvånande, den värmda spriten.

Johan Nordenadler, ingenjör, talade om ventilation i allmänhet, berättade om sin delaktighet i nya ventilations-system i bygget av NKS och framhöll att det är mycket viktigt att ta andra faktorer i beaktande för en optimal vårdmiljö. Korrekt arbetskläder och dörröppningar är viktiga åtgärder för att minska antalet CFU/m³.

Ann-Mari Fagerdahl, operations-sjuksköterska och medicine doktor på Södersjukhuset berättade livfullt och inspirerande om sin forskarresa från idé till doktorshatt.

Johan Nordenström, transplantationskirurg Karolinska Huddinge gav oss en inblick i hur komplicerad processen är både kring givare och mottagare både pre-och postoperativt. Också om behovet av organ, det är många svårt sjuka som väntar. Där vi alla kan bidra genom att ta ställning hur vi själva ställer oss till att donera.

Avslutningsvis fick ergonomen **Kay Wilson** 250 operationssjuksköterskor att stå på ett ben och blunda. Tyvärr kunde då ingen ta kort! Vi gick hem med tips på bra övningar för att kunna jobba på bra sätt i operationsmiljön.

Välbesökta utställare, trevlig miljö, spännande föreläsningar, god mat och fika, vad mer kan man begära? •

Konsten att skära i kroppar



En nyutkommen bok om kirurgins historia av Lidsey Fitzharris. Den som hade oturen att hamna under kniven i det viktorianska London hade alla skäl att oroa

sig. Kirurgin liknade mest ren slakt. Överlevde man själva operationen var risken stor att smittas av sjukhusfeber – den mystiska sjukdom som härjade på Europas alla sjukhus. Men en läkare skulle förvandla kirurgin från ett chansartat blodbad till en modern vetenskap där patienterna faktiskt botades — och överlevde.

Joseph Lister var övertygad om att de dödliga infektionerna kunde stoppas genom att man steriliserade sår och instrument. Gastkramande och oräckt

detaljerat berättar Fitzharris om hur Lister trotsade samtida kolleger och konventioner och förde oss in i den moderna tiden.

Boken är både underhållande och lärorik.

Ända in i märgen



Annika Taeslers självbiografi, Ända in i märgen, känns ända in i märgen även för läsaren. En otrolig berättelse av en stark kvinna som blir

helt kroppsförlamad i en olycka då hon gör det hon älskar mest. En lång resa om att förlika sig med ödet och inte ge upp. En oerhört positiv berättelse trots allt. Finns som pocket och ljudbok (men då missar man bilderna).

Lätta ditt hjärta

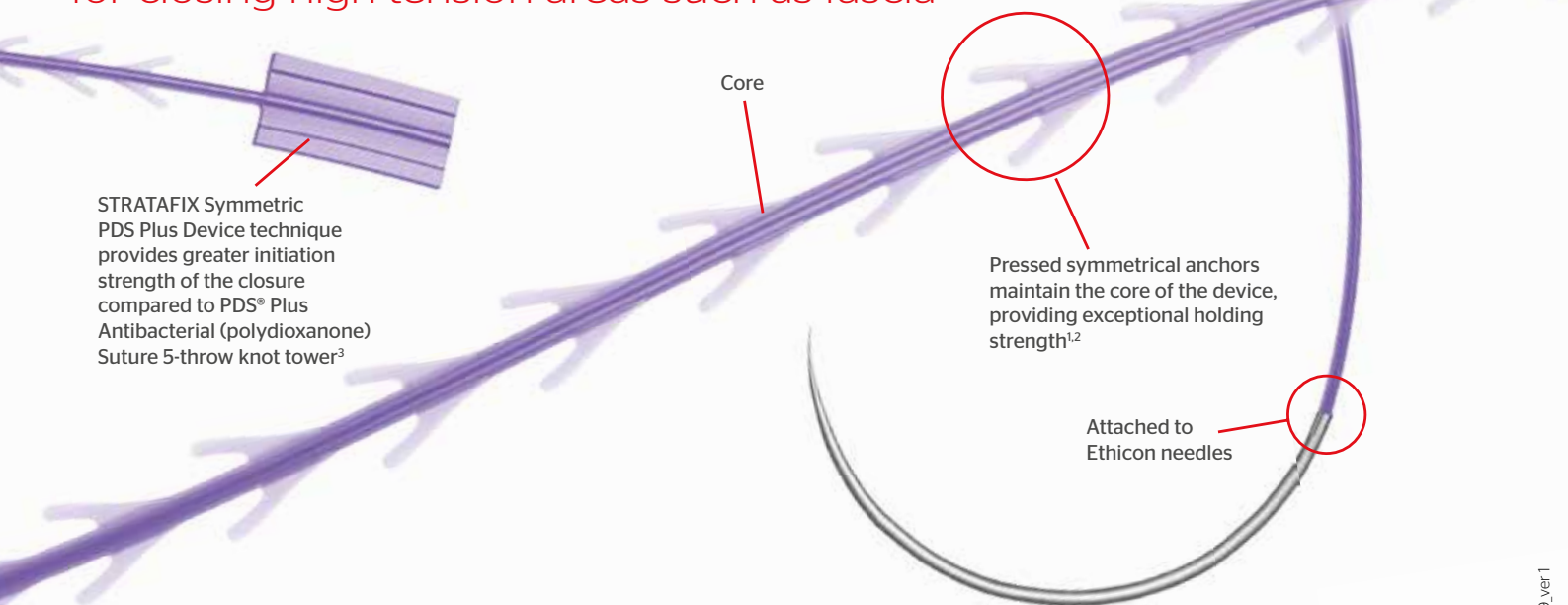


Tredje delen av Karin Wahlbergs romanserie om lasarettet i Ekstad på 1950-talet. För alla som vill veta hur det går för alla personer från de tidigare böck-

erna, Än finns det hopp och Livet går vidare. Kul läsning även för oss som inte var med på den tiden. Utbildning, arbete och kärlek inte alltid så annorlunda än idag. (del 1 och 2 finns nu i pocket). •

STRATAFIX™ Symmetric PDS™ Plus Knotless Tissue Control Devices

The only barbed suture with exceptional strength for closing high-tension areas such as fascia^{1,2}



References

1. Nonnenmann H. 100326296: Time Zero Tissue Holding - Competitive Claims Comparisons for STRATAFIX Knotless Tissue Control Devices vs Various Products. 2015. Ethicon, Inc. 2. STRATAFIX™ Symmetric PDS™ Plus Knotless Tissue Control Device Instructions for Use. Ethicon, Inc. 3. Nonnenmann H. Performance Testing of STRATAFIX SYMMETRIC PDS PLUS Size 3-0, 0, and 1 - Initiation Strength in Porcine Tissue. AST-2013-0603. Ethicon, Inc. April 11, 2018

ETHICON
PART OF THE **Johnson & Johnson** FAMILY OF COMPANIES

Shaping
the future
of surgery

Johnson & Johnson AB Kolonnvägen 45, SE-170 67 Solna

Expanded wportfolio for greater
versatility in a variety of procedures:

- Open
- Laparoscopic
- Robot-assisted



Disputation, Ulla Caesar

Fredagen den 24 maj 2019 framlade leg operationssjuksköterskan, fil.mag. i vårdpedagogik Ulla Caesar sin avhandling för medicine doktorsexamen vid Sahlgrenska akademien, Göteborgs universitet.

Ulla är utbildad operationssjuksköterska, vårdlärare och varit doktorand vid Institutionen för kliniska vetenskaper, avdelningen för ortopedi i Göteborg. Ulla har lång erfarenhet av arbete inom operationssjukvård och från olika kirurgiska specialiteter. Ulla har också varit anställd som lärare dels vid Hälsouniversitet i Linköping samt vid Institutionen för Vårdvetenskap och hälsa, Göteborg där hon bl.a. deltagit i undervisning av studenter inom specialistutbildningen operationssjukvård. Ullas forskarbana startade med kännedom om att av- och ombokningar eller fördröjning av operationer var vanligt förekommande, och funderingar över hur, när och varför patienter avbokades, samt hur det påverkar patienten och dennes relation till vården.

Ulla har också arbetet för Riksföreningen för operationssjukvård i dess kvalitetsråd och medverkade till att skriva kompetensbeskrivning för operationssjuksköterskor. I fyra separata studier har Ulla undersökt orsaker till avbokningar med patienter som väntar på operation inom ortopedi. Två av artiklarna är publicerade i vetenskapliga tidskrifter. Ytterligare en artikel är inskickad till tidskrift och en artikel är i manus. En av studierna är en litteraturoversikt och resultatet visade att avbokningar och fördröjning av ortopediska operationer finns beskrivet i en stor mängd litteratur. Dock berättas inte hur avbokningar och fördröjningar kan förhindras i så stor utsträckning. Avhandlingen är skriven på engelska.

Titel på avhandlingen: - *Delayed and Cancelled orthopaedic surgery; causes and consequences*. Disputationsakten ägde rum på Mölndals sjukhus i R aula.



Ulla Caesar

Foto: Elin Alm Rosenblad

Opponent på avhandlingen var Professor Gunnar Németh, Institutionen för molekylär medicin och kirurgi, avdelningen för ortopedi, Karolinska Institutet, Stockholm. Docent Elisabeth Hansson-Olofsson Institutionen för Vårdvetenskap och hälsa Göteborg har varit huvudhandledare. Bihandledare har varit Professor Jon Karlsson,

Institutionen för kliniska vetenskaper, avdelningen för ortopedi i Göteborg samt och Docent Lars-Eric Olsson f.d lektor vid Institutionen för Vårdvetenskap och hälsa. I betygsnämnden fanns Professor Eva Jacobsson Ung, och Professor emeritus Björn Rydevik Göteborgs universitet samt Professor Pelle Gustafson Lunds universitet.

Disputationsakten inleddes av Ulla Caesar med en presentation av avhandlingens resultat och där hon berättade om de olika forskningsmetoderna som använts för att få fram resultaten i studierna. Därpå förekom ett samtal mellan opponenter Gunnar Nehmet och Ulla för att förtydliga ytterligare om avhandlingens innehåll. Betygsnämnd och auditorium ställde därefter flera frågor till Ulla, som tydligt kunde besvara dem.

Det övergripande syftet med avhandlingen var att beskriva antal och orsaker till avbokningar och fördröjningar av ortopediska operationer. Dessutom var syftet att belysa patienters erfarenheter av att få en operation avbokad på ortopedisk klinik, samt att beräkna den sammanlagda väntetiden för patienten då en operation avbokats eller fördröjts både för akuta och planerade patienter. Ulla har i sin avhandling kategoriserat orsakerna till avbokningar och starkast framträder de organisatoriska orsakerna för de akuta patienterna medan de planerade patienterna själva avbokar sina operationer framförallt pga. att tiden inte passar dem. Men att bli avbokad

från en planerad höft- eller knäleds- protesoperation upplevs av patienter som att bli avvisad i ett socialt sammanhang. Det gör ont och beskrivs som att bli fråntagen något viktigt som man blivit lovad, samt orättvist och med konsekvenser som man själv inte skapat. Patienterna känner sig som en bricka i ett spel som flyttas runt som det passar kliniken, de känner sig inte sedda och upplever att de är objektifierade.

Avhandlingens resultat visade att en fjärdedel av de akuta ortopediska operationerna försenades och/eller ombokades minst en gång. Några t.o.m flera gånger. De flesta av dessa förseningar berodde på organisatoriska orsaker, vanligast var att en annan planerad operation prioriterades som mer akut. Flera patienter fick vänta mer än en vecka i hemmet på att bli uppsatta på operationsprogrammet på kliniken operationsavdelning. De flesta i denna grupp hade en handleds- eller fotledsfraktur.

Utifrån avhandlingens resultat efterlyses en nationell registrering av avbokningar, att ökad och tydligare information ges till patienterna om varför avbokning skett, samt att Nationella riktlinjer skapas för vilken information som ska ges. Intressant vore också att få svar på frågan om hur patienterna upplever att vänta i hemmet efter att operation avbokats. En utvecklad preoperativ bedömning av patienten skulle också kunna medverka till att avbokningar minskar. Förbättringsförslag är att organisera våden enl. ett – Fast track- organisation. Att se över och få kontroll på alla rutiner som görs inför ett ortopediskt ingrepp. Önskvärt är att elektiva patienter kan få bättre information med t.ex. vilken tidsram som gäller tills nästa tillfälle kan erbjudas och att någon personal förslagsvis koordinatörerna kan ha mer kontakt med patienten samt följa upp mer patientens välmående. •

Länk till avhandlingen. <https://gupea.ub.gu.se/handle/2077/59542>



Vårt erbjudande till landets operationssalar: Ingenting.

Vi har byggt och monterat hundratals ventilationssystem i operationssalar runt om i landet. Och då har vi märkt en sak. Många nöjer sig med 10–20 cfu/m³. Ibland ännu mer.

Det är alldeles för högt. Med rätt lösning och rätt rutiner kan du uppnå noll cfu/m³. Det har vi lyckats med i åtskilliga installationer. Det är kanske därför vi idag jobbar med många av Sveriges ledande sjukhus och kliniker.

KUNSKAP IN. BAKTERIER UT.

Läs mer på www.crcmed.com

Disputation, Ann-Catrin Blomberg

Den 4 maj 2019 framlade Ann-Catrin Blomberg sin avhandling för medicine doktorsexamen vid Karlstads universitet. Jag vill som distriktssamordnare i RFop och huvudhandledare i specialistutbildningen i operationssjukvård gratulera Ann-Catrin Blomberg. Värmlands första operationssjuksköterska att doktorera.

Vi är många operationssjuksköterskor som arbetat med Ann-Catrin som kollegor på operationsavdelning i Karlstad eller i utbildningen för operationssjuksköterska som student eller handledare i Värmland och vi är väldigt stolta för Ann-Catrins forskning. Inledningen för forskningen handlar om operationssjuksköterskans vårdande och kompetens inom en högteknologisk perioperativ vård där patienten ska vara i centrum. Det finns idag olika utmaningar inom den perioperativa vård där den kliniska kompetensen bör bli alltmer synliggjord. Forskningens övergripande syfte var att beskriva och fördjupa förståelsen för vad operationssjuksköterskan erfar som vårdande och ansvar samt etiska problem i perioperativt vårdarbete. Forskningen har en beskrivande och undersökande design, vars syfte är att utifrån operationssjuksköterskors perspektiv söka kunskap om vårdande, ansvar och etiska problem samt kliniska kompetens inom perioperativvård.

Titel på avhandlingen:

Operationssjuksköterskans vårdande och kompetens inom perioperativ vård.

Abstract:

Operationssjuksköterskans vårdande omfattar patientens pre-, intra- och postoperativ vård. Det perioperativa vårdarbetet ställer krav på att kunna integrera vårdandet med medicinsk teknik för att skapa en god och säker vård i en högteknologisk miljö.

Genom att ge tid och möjlighet för operationssjuksköterskorna att möta patienter före, under och efter ope-



Ann-Catrin Blomberg

rationen kan deras vårdande bli till för patienten som skall genomgå en operation. Det finns en vilja att vara delaktiga och skapa kontinuitet i den perioperativa vårdprocessen. I det perioperativa vårdarbete tar de ansvar för att skydda patienten i en utsatt och sårbar situation och utifrån inre personliga etiska värderingar upprätthålls integritet och värdighet. Etiska

problem uppstår i det perioperativa vårdarbete när vården styrs av rutiner och vanor som kan skapa värdekonflikter vilket hindrar operationssjuksköterskorna från att vara vårdande.

När operationssköterskorna självskattat sin kompetens framkom att akademisk examen och lång yrkeserfarenhet är av betydelse för att kunna hantera komplexa situationer och ta ansvar för de beslut som fattas i vårdandet av patienten. Vetenskaplig kunskap, medicinsk teknik, omvårdnad/vårdande och interprofessionell utveckling av lärande är av betydelse för klinisk kompetens.

Utifrån denna avhandlings resultat framkom ny fördjupad förståelse för vad operationssjuksköterskorna uppfattar som att vara en professionell vårdande operationssjuksköterska och behov av utveckling av klinisk kompetens. •



Betygsnämnden, handledare och Ann-Catrin med blommor i sin hand

Er leverantör av kirurgiska instrument

MEDI PLAST



Medioplast marknadsför ett brett sortiment av kirurgiska instrument för öppen och laparoskopisk kirurgi inom de flesta kirurgiska specialitéer. Vi representerar bl a:

• Integra MicroFrance® • Jarit® • Ruggles®-Redmond™ • Omni-Tract®

INTEGRA
LIMIT UNCERTAINTY

Kunskap gör skillnad – kontakta oss för mer information!

Medioplast AB | Tel 020 - 78 80 35 | mediplast.info@mediplast.com

Patientsäkerhet inom perioperativ omvårdnad

Enligt Socialstyrelsens drabbas ca 110 000 patienter eller 8% av alla i den somatiska sjukhusvården av en vårdskada. En vårdskada är en undvikbar skada och patientsäkerhet är då att skydda patienten mot denna skada. En operationsavdelning är en komplex enhet med högteknologisk utrustning där många specialiteter och yrkeskategorier ska samordnas och arbeta i team för att patienten ska få en säker vård. Operationssjuksköterskan ska arbeta för en god och patientsäker perioperativ omvårdnad. Kärnan i operationssjuksköterskans omvårdnadsarbete är att säkerställa patientens säkerhet under operation och att arbeta förebyggande genom att tänka på allt som kan gå fel under en operation. Men vad som tillhör operationssjuksköterskans ansvarsområde och hur vederbörande kan säkerställa patientsäkerhet inom perioperativ omvårdnad behöver belysas och analyseras bättre. Syftet med studien var att belysa operationssjuksköterskans uppfattning om patientsäkerhet inom perioperativ omvårdnad i en svensk kontext.

Vårdskador innebär både ett onödigt lidande för patienten och är en stor ekonomisk utgift för sjukvården i Sverige. Kostnaderna för vårdskador är betydande. Sjukvårdens kostnader för förlängd vårdtid på grund av vårdskador beräknades 2018 vara nästan 9 miljarder kronor. För patienten uppstår kostnader, en del går att värdera i ekonomiska termer, andra inte. Enligt en journalgranskning av Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) drabbades 2018 3,8% av alla patienter i Skåne av en vårdskada jämfört med 7 % för hela landet. Varje undvikbar vårdskada är ett misslyckande för sjukvården. En vårdskada kan vara en sårinfektion i samband med operation som är den näst vanligaste vårdrelaterade infektionen i Sverige (SKL 2018). Socialstyrelsen (2019) bedömer att ungefär en tredjedel av



Marie Jönsson

alla vårdrelaterade infektioner kan förebyggas genom bland annat tillgång till vårdhygienisk kompetens och följsamhet till vårdhygieniska rutiner. Följsamhet till kläddregler 2018 var 93% och följsamhet till hygienrutiner 78% och resultatet har varit oförändrat de senaste åren. Patientsäkerhetslagen (2010:659) definierar i kap 1 paragraf 5;

"Med vårdskada avses i denna lag lidande, kroppslig eller psykisk skada eller sjukdom samt dödsfall som kunnat undvikas om adekvata åtgärder hade vidtagits vid patientens kontakt med Hälso- och sjukvården." Med patientsäkerhet avses då i denna lag (PSL 2010:659) skydd mot vårdskada. En av kärnkompetenserna för specialistsjuksköterskan är att bedriva säker vård. Specialistsjuksköterskan kan bidra till säker vård genom att verka för att avvikelser och risker rapporteras, analyseras, åtgärdas och följs upp. Enligt kompetensbeskrivningen för specialistsjuksköterska inom operationssjukvård ska operationssjuksköterskan ansvara för en god och patientsäker perioperativ omvårdnad.

Ett flertal studier redogör för operationsteamets erfarenheter och upplevelser av hot mot patientsäkerheten. Tidigare studier från Island visar att operationssjuksköterskan anser att kärnan i den perioperativa omvårdnaden är att säkerställa patientens säkerhet under operation och att arbeta förebyggande för att förutse risker och förhindra misstag. Men vad som tillhör operationssjuksköterskans ansvarsområde och hur vederbörande kan säkerställa patientsäkerhet inom perioperativ omvårdnad behöver belysas och analyseras bättre.

Metod

Studien genomfördes med en kvalitativ ansats som är särskilt lämplig när fenomen och människors subjektiva upplevelser av ett fenomen är i fokus. Data samlades därmed in via semistrukturerade intervjuer och insamlad data analyserades med innehållsanalys. I studien ingick 14 operationssjuksköterskor (även kallade informanter A-N i citaten). De skulle ha en fast anställning på operationsavdelningen. Operationssjuksköterskorna hade mellan ca 4 år till 38 års erfarenhet som operationssjuksköterskor med ett genomsnitt på ca 14 år. Samma öppningsfråga ställdes i alla intervjuer: "Hur uppfattar du, som operationssjuksköterska begreppet patientsäkerhet inom perioperativ omvårdnad?" Följdfrågor ställdes som: "Vilka ansvarsområden har du som operationssjuksköterska som kan relateras till patientsäkerhet?" Och sonderande frågor som: "Hur menar du?", "Kan du utveckla...?"

Resultat

Resultatet kan förstås genom fyra övergripande kategorier och elva underkategorier som speglade operationssjuksköterskornas uppfattning om patientsäkerhet inom perioperativ omvårdnad. Dessa kategorier var; *klinisk kompetens, kommunikation, vårdmiljö och kompetensutveckling.*

Tabell 1

Kategorier och underkategorier

Klinisk kompetens	Hygien och att bevara steriliteten Inte bara att instrumentera Etiska värderingar
Kommunikation	Icke verbal kommunikation Team Kommunikationsverktyg och dokumentation
Vårdmiljö	Psykosocial miljö Andra vårdenheter Organisation
Kompetensutveckling	Att hantera tekniken Att utbildas och handleda

Klinisk kompetens

I denna kategori beskriver operations-sjuksköterskorna sina uppfattningar om patientsäkerhet inom den perioperativa omvårdnaden och hur de tar ansvar inom det som de beskriver som ett av sina huvudområden *hygien och att bevara steriliteten*. Operations-sjuksköterskorna beskriver också vilka förberedelser som görs innan en operation och vad arbetet under en operation innefattar i inte bara att instrumentera. De uppfattar även att etiska värderingar har betydelse för patientsäkerheten.

Kommunikation

I denna kategori beskriver operationssjuksköterskorna hur de uppfattar kommunikation och hur bra respektive dålig kommunikation påverkar patientsäkerheten. *Icke verbal kommunikation* uppfattade operationssjuksköterskorna var när den fungerade något som kunde öka patientsäkerheten. En underkategori är *team* där operationssjuksköterskorna reflekterar över hur samarbete eller brist på samarbete påverkar patientsäkerheten och hur kompetensen i teamet påverkar patientsäkerheten. Sammansättningen av teamet var också viktigt. Olika *kommunikationsverktyg och dokumentation* kunde underlätta för operationssjuksköterskorna och uppfattades på så sätt öka patientsäkerheten.

Vårdmiljö

Under denna kategori återspeglas operationssjuksköterskornas uppfattning kring *psykosocial miljö* och hur

operationssjuksköterskan är beroende av andra vårdenheter och hur de utför sitt arbete och att operationsavdelningen är en del i vårdkedjan för patienten. Även hur arbetet på operationsavdelningen är organiserat påverkar patientsäkerheten. Operationssjuksköterskornas uppfattning om den *psykosociala miljön* och hur stress påverkar patientsäkerheten tas upp i denna underkategori.

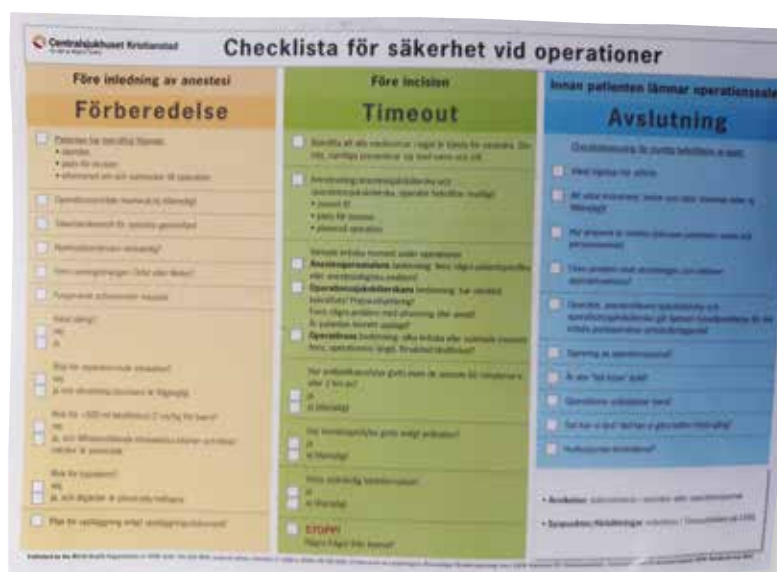
Kompetensutveckling

Denna kategori innefattar operationssjuksköterskornas uppfattningar om *att hantera tekniken* och hur *att utbildas och handleda* påverkade patientsäkerheten och hur svårt det kunde vara att hålla sig uppdaterad med utvecklingen inom området.

Diskussion

Hygien och att bevara steriliteten var det ansvarsområde som operationssjuksköterskorna hade mest uppfattningar om i intervjuerna och det stämmer med tidigare studier om operationssjuksköterskans uppfattning om huvudsakliga fokus. Operationssjuksköterskans kärnområde är att ansvara för hygien och att sterilitet bevaras under hela vårdprocessen. Operationssjuksköterskorna upplevde dock att de hade mandat i operationssåret och att operatörerna ofta frågade de om råd vad gällde hygien och steriliteten i operationssåret. Liknande resultat har visats i tidigare studier, det vill säga att operations-sjuksköterskan ofta var rådgivande när det gällde hygien och sterilitet inom det kirurgiska teamet. Operationssjuksköterskorna i föreliggande studie upplevde det desto svårare att ta ansvar och bli lyssnad på och få respekt när det gällde övriga teamet på operationssalen. Operations-sjuksköterskan upplevde ofta att de var "besvärliga" eller lika populära som en "parkeringsvakt" eller en "bromskloss" när de påtalade brister i hygien på operationssalen. Detta var liknande upplevelser som operations-sjuksköterskorna hade i en isländsk studie. Några operationssjuksköterska upplevde dålig följsamhet till hygienrutiner och klädregler och detta stöds av att enligt SKL (2018) var följsamheten 2017 bland vårdpersonal endast 71%.

I resultatet i föreliggande studie uppfattar operationssjuksköterskan i underkategorin *inte bara att instru-*





mentera, på ett självklart sätt att kontroll av patientens identitet, ingrepp och sidomarkering liksom kontroll av dukar, artiklar och instrument är handlingar för att ge patienten en säker vård. Tidigare studier visar samma resultat, att operationssjuksköterskans uppfattning om patientsäkerhet innefattar säkerhetskontroller av instrument, dukar och artiklar före, under och efter operationen för att säkerställa att inget är kvarlämnat i patienten. Flera av operationssjuksköterskorna i föreliggande studie uppfattade att störningar som telefonsamtal och samtal mellan andra personer på salen störde fokuset i operationssåret. Uppfattningen hos operationssjuksköterskorna var att antalet störningar på operationssalen behövde minska för att öka patientsäkerheten. Det fanns en koppling mellan störande ljud och misstag och en förlängd operationstid visar en tidigare studie.

Operationssjuksköterskorna i föreliggande studie hade uppfattningen i kategorin *etiska värderingar* att detta handlade om att behandla patienten på ett värdigt, respektfullt sätt och att inte blotta patienten i onödan och här kunde man utföra en handling för att förhindra detta. Men uppfattningen att det kunde finnas etiska brister när patienten inte tilläts vara med i samtalet när operationen gjordes i lokalneste konstaterades bara. Operationssjuksköterskans handlingar för att inte blotta patienten i onödan och att bevara patientens värdighet och integritet tas upp i ett flertal studier och detta indikerar att det uppfattas som viktigt för patientsäkerheten.

När det gäller operationssjuksköterskornas uppfattning om *kommunikation* upplevdes det i många fall som avgörande för patientsäkerheten. Andra studier har också visat att den *icke verbala kommunikationen* underlätt-



tade operationssjuksköterskans arbete och minskade fördröjningar vilket i sin tur uppfattades öka patientsäkerheten. När kommunikationen inom teamet inte fungerar av olika anledningar innebär det risker för patienten. Teamet och dess sammansättning och kompetens var avgörande för patientsäkerheten enligt operationssjuksköterskorna. Deras uppfattning var att ett stort ansvar för teamets sammansättning hade cheferna och driftsansvariga som placerade personalen på respektive operationssal eller i jourschema. För ett flertal operationssjuksköterska var det självklart att de med bäst kompetens för just det ingreppet skulle vara med vid patientens operation. Bemanningssjuksköterskor uppfattades i föreliggande studie som ett hot mot patientsäkerheten av operationssjuksköterskorna men enligt Socialstyrelsen (2018) finns inte ett säkert samband mellan bemanningssjuksköterskor och indikatorer för patientsäkerhet. Men det finns ett samband mellan såväl bristande bemanning som bristande kompetens och risker för vårdskador.

Liksom resultatet i föreliggande studie beskriver även ett flertal studier att använda olika *kommunikationsverktyg och dokumentation* som checklistor och protokoll att kommunicera kring är ett sätt att öka patientsäkerheten. Enligt operationssjuksköterskornas uppfattning ökade det patientsäkerheten i de fall WHO:s checklista användes på ett korrekt sätt men uppfattningen var att det fanns brister i vilka som innefattades vid time-out, ofta var varken operationssjuksköterskan eller



operationsundersköterskan delaktiga. Uppfattningen var också att check-out enligt WHO:s checklista inte användes på ett korrekt sätt, detta var också något som bara gjordes ibland och då ofta som en dialog mellan anestesijuksköterskan och kirurgen. Operationssjuksköterskornas uppfattning i föreliggande studie var att SBAR används vid överrapportering till postoperativ avdelning men inte mellan kollegor. Studier visar att användandet av SBAR vid rapport till postoperativ enhet kan minska fel och missförstånd och öka patientsäkerheten. Detta följer SKL:s (2018) rekommendation att vid all kommunikation använda SBAR för att kommunicera på ett strukturerat sätt.

I den *psykosociala miljön* uppfattar operationssjuksköterskorna stress som en faktor som påverkar patientsäkerheten negativt. Stress kunde bero på tidsbrist så att informanten inte hann förbereda sig inför operationen, otillräcklig bemanning, otillräcklig kompetens hos informanten eller den man arbetade med eller att man inte hade den utrustning eller instrument som krävdes för operationen. Likaså kunde informanten känna stress när det inte gavs tid för återhämtning eller att man inte fick rast. Flera operationssjuksköterskor i föreliggande studie upplevde en känsla av att inte ha kontroll och det gav upphov till stress. Säkerhetskulturen uppfattade operationssjuksköterskorna i föreliggande studie vara bristfällig och ingen av operationssjuksköterskorna använde avvikelserapportering som ett sätt för att minska vårdskador och öka patientsäkerheten.

I underkategorin *andra vårdenheter* uppfattade operationssjuksköterskorna samarbetet med steriltekniska enheten som avgörande för patientsäkerheten och när det fungerade ett sätt att minska informantens stress. När samarbetet fungerade ökade patientsäkerheten men om felaktiga instrument var framtagna till operationen eller om instrument saknades eller var smutsiga uppfattade operationssjuksköterskorna att patientsäkerheten minskade. En uppfattning som operationssjuksköterskorna i föreliggande studie hade var att rapportering till den postoperativa avdelningen var ett sätt att öka patientsäkerheten men också ett sätt att visa sin profession. Operationssjuksköterskornas frustration och irritation var stor när de beskrev hur anestesijuksköterskan i vissa fall redan hade rapporterat även operationssjuksköterskans omvårdnadsåtgärder till den postoperativa avdelningen eller att de möttes av ointresse eller nonchalans av sjuksköterskan när de ville rapportera. Dessa uppfattningar hos operationssjuksköterskor har även visats i en tidigare studie där även organisatoriska hinder gjorde att operationssjuksköterskan inte kunde vara involverad i den postoperativa processen för patienten. Operationssjuksköterskornas uppfattning kring *organisationen* handlade mycket om att de ansåg att de med bäst kompetens kring den specifika operationen skulle medverka vid patientens operation och att införande av sektionering med mindre enheter på operationsavdelningen skulle vara ett sätt att öka patientsäkerheten.

I att *hantera tekniken* uppfattade operationssjuksköterskorna att fel med medicintekniska apparater var vanligt förekommande. I föreliggande studie var uppfattningen hos operationssjuksköterskorna att ha kompetens och även att behålla den inom det medicintekniska området var en stor utmaning. De upplevde en osäkerhet och rädsla kring detta område. Liknande resultat har hittats i tidigare studier. Operationssjuksköterskornas uppfattning var att *utbildning* hade stor betydelse för patientsäkerheten. I princip alla operationssjuksköterska efterlyste mer tid för utbildning men det handlade då om interna utbildningar. Ingen informant belyste uppfattningar kring akademisk utbildning och patientsäkerhet, ändå visar studier att högre utbildningsnivå hos sjuksköterskor är kopplat till högre patientsäkerhet. Vid fler sjuksköterskor med kandidatexamen minskade risken för dödsfall hos patienten. Socialstyrelsen (2018) har också beskrivit att färre patienter skadades av fall då en större andel av sjuksköterskorna hade specialist- eller påbyggnadsutbildning.

Det kan vara svårt att överföra denna kvalitativa studies resultat till en annan kontext än just denna operationsavdelning med dess specifika organisation, kultur och bemanning till andra operationsavdelningar. Operationssjuksköterskans huvudsakliga ansvarsområde inom den perioperativa omvårdnaden uppfattas vara hygien och att bevara steriliteten. Operationssjuksköterskan försöker ta ansvar inom detta område för att kunna ge patienten en säker vård och undvika vårdskador. Men operationssjuksköterskans kompetens tas inte tillvara och respekten för hennes kunskaper är bristande i teamet runt patienten och från arbetsledningen. Organisationen på operationsavdelningen som en stor enhet uppfattas av operationssjuksköterskorna som en risk ur patientsäkerhetssynpunkt. Operationssjuksköterskan uppfattar svårigheter att arbeta i team både på grund av bristande kompetens och otillräcklig kommunikation. Operationssjuksköterskan innefattades oftast inte i time-out och check-out enligt WHO:s checklista och detta kan få negativa konsekvenser för patientsäkerheten. Det kan finnas risker för patientsäkerheten om inte operationssjuksköterskan ges möjlighet och utrymme att rapportera omvårdnadsåtgärder till den postoperativa avdelningen.

Sammanfattning

Det finns flera områden att utveckla inom den perioperativa omvårdnaden för att öka patientsäkerheten och minska vårdskador hos patienten. Att arbeta med säkerhetskulturen på operationsavdelningen med avvikelserapportering och återrapportering är nödvändigt. Det är specialistsjuksköterskans ansvar att bedriva säker vård och operationssjuksköterskan ska utforma risk- och konsekvensanalyser så att vården bedrivs i enlighet med evidensbaserad vård. Ytterligare sätt att arbeta evidensbaserat på är att använda WHO:s checklista på ett korrekt sätt och innefatta hela operationsteamet. Orsaken till den felaktiga användningen verkar vara bristande kunskap angående WHO:s checklista och hur den ska användas. En felanvänd checklista bidrar troligen inte till att minska patientens risk för komplikationer vid en operation och det borde därför ha hög prioritet att snarast göra en utbildningsinsats för personal på operation och opererande kliniker. Att organisera operationsavdelningen med mindre sektioner skulle ge patienten en säkrare och mer effektiv vård och operationssjuksköterskan skulle ha en mer specifik kompetens inom ett mindre område vilket även skulle underlätta kompetensutveckling med utbildning och handledning. Förmodligen skulle även operationssjuksköterskans arbetsmiljö förbättras med ökad trivsel och mindre stress. Operationssjuksköterskans specifika kompetens inom hygien måste tas på allvar och hen ska vara arbetsledare och självständigt ansvara inom detta området på operationssalen. Hygien är en mycket viktig fråga inom hälso- och sjukvården med en allt ökad resistensutveckling. Risker med medicinteknisk apparatur måste minimeras både med utbildningsinsatser och ett eget ansvar. Redan under utbildningen till specialistsjuksköterska skulle kunskaper inom medicinsk teknik erhållas i högre grad. Reflektion och teambildande övningar borde ingå precis som HLR i de årliga utbildningarna på en operationsavdelning. •

Fakta: Marie Jönsson, Leg Specialist-sjuksköterska inom Operationssjukvård, Centraloperation, Centralsjukhuset i Kristianstad. Läser Masterprogram i Omvårdnad 120 hp, Fakulteten för Hälsa och Samhälle, Malmö Universitet

Faktabruta

- Operationssjuksköterskan upplevde ofta att de var "besvärliga" eller lika populära som en "parkeringsvakt" eller en "bromskloss" när de påtalade brister i hygien på operationssalen.

- Flera av operationssjuksköterskorna i föreliggande studie uppfattade att störningar som telefonsamtal och samtal mellan andra personer på salen störde fokuset i operationssåret. Uppfattningen hos operationssjuksköterskorna var att antalet störningar på operationssalen behövde minska för att öka patientsäkerheten.

- Stress kunde bero på tidsbrist så att informanten inte hann förbereda sig inför operationen, otillräcklig bemanning, otillräcklig kompetens hos informanten eller den man arbetade med eller att man inte hade den utrustning eller instrument som krävdes för operationen. Likaså kunde informanten känna stress när det inte gavs tid för återhämtning eller att man inte fick rast.

- Teamet och dess sammansättning och kompetens var avgörande för patientsäkerheten enligt operationssjuksköterskorna.

- Enligt operationssjuksköterskornas uppfattning ökade det patientsäkerheten i de fall WHO:s checklista användes på ett korrekt sätt men uppfattningen var att det fanns brister i vilka som innefattades vid time-out, ofta var varken operationssjuksköterskan eller operationsundersköterskan delaktiga. Uppfattningen var också att check-out enligt WHO:s checklista inte användes på ett korrekt sätt, detta var också något som bara gjordes ibland och då ofta som en dialog mellan anestesistjuksköterskan och kirurgen.

Om du vill läsa studien som helhet eller komma i kontakt med mig så maila gärna nissebo7@hotmail.se. Studien går även att hitta på Malmö Universitet med titeln: *Operationssjuksköterskans uppfattning om patientsäkerhet inom perioperativ omvårdnad.*

Referenser

1. Alfredsdóttir H, Björnsdóttir K (2007) Nursing and patient safety in the operating room. *Journal of Advanced Nursing*, 61, 29-37.
2. Blomberg A-C, Bisholt B, Lindwall L (2018a) Responsibility for patient care in perioperative practice. *Nursing Open*, 5, 414-421.
3. Blomberg A-C, Bisholt B, Nilsson J, Lindwall L (2014) Making the invisible visible- operating theatre nurses' perceptions of caring in perioperative practice. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 29, 361-368.
4. Cronenwett L, Sherwood G, Pohl J, Barnsteiner J, Moore S, Sullivan D T, Ward D, Warren J (2009) Quality and safety education for advanced nursing practice. *Nursing Outlook*, 57, 338-348.
5. Haugen A S, Muruges S, Haavestad R, Eide G E, Söfteland E (2013) A survey of surgical team members' perceptions of near misses and attitudes towards Time Out protocols. *BioMed Central Surgery*, 13, 2-7.
6. Ingvarsdóttir E, Halldorsdóttir S (2017) Enhancing patient safety in the operating theatre: from the perspective of experienced operating theatre nurses. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 32, 951-960.
7. PSL 2010:659, Patientsäkerhetslagen. https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patient-sakerhetslag-2010659_sfs-2010-659 (2018-12-14)
8. Rasmussen G, Torjuul K, (2012) Å vaere forberedt på det uventede-operasjonssykepleieres ferdigheter i å håndtere uventede hendelser på operasjonsstua. *Vård i Norden*, 32, 39-43.
9. Sandelin A, Gustafsson Å B, (2015) Operating theatre nurses' experiences of teamwork for safe surgery. *Nordic Journal of Nursing Research*, 35 (3), 179-185.
10. SEORNA (2011). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska med specialistsjuksköterskeexamen inriktning mot operationssjukvård*. Stockholm: Riksföreningen för operationssjukvård & Svensk Sjuksköterskeförening.

Höstkongressen 2019

Preliminärt program

Torsdag 28 november 2019

Tid	Föreläsning
08:30	Registrering och kaffebuffé
09.30	Medicinteknik - vad är på gång? Vad innebär nya MDR, för dig som jobbar på operation? Anna Lefevre Skjöldebrand Medicintekniska produkter på operation – vems ansvar? Anna Lundgren Dags att sätta streck Peter J Johansson och Anette Nyberg Innovationer inom det medicintekniska området Föreläsare presenteras senare
11:30	Lunch
11:45	Utställning
13:00	Stark för livet – stark för kirurgi ICN,s etiska kod, "Sjuksköterskan ska sköta sin hälsa så att förmågan att ge vård inte äventyras" Inger Torpenberg Må bra i skiftarbete – hur ser de goda lösningarna ut? Ulla Olofsson
14:30	Utställning och kaffe
15.15	Svensk omvårdnadsforskning Operationslogistik – Organisationens betydelse för produktionen Johan Eriksson Svenska anesthesi- och operationssjuk-sköterskors arbetserfarenheter Anna Nordström Den vakna patienten – en kvalitativ studie om intraoperativ omvårdnad Kerstin Brodin Perioperativ informationsöverföring i elektroniska system: En retrospektiv pilotstudie inom högrisk kirurgi Annica Sandelin Den nya kompetensbeskrivningen Vetenskapliga rådet, RFop
17:15	Utställning med mingel, tilltugg och dryck
19:00	Dag 1 slut

Fredag 29 november 2019

Tid	Föreläsning
08:00	Registrering
08:15	Organdonation Resan med DCD projektet (Donation after Circulatory Death) Hans Lindblom Donerad ben- och senvävnad! Kan dött ben ge människor ett nytt liv? Åke Hamberg Erfarenhet att starta upp verksamhet med bendonation - "Ska vi operera de döda oxå nu" Lasse Salomonsson
09:45	Utställning och kaffe
10.35	Innovationer inom kirurgin Galla med blåljus Arthur Jänes Hexvix i blåsan före cystoskopi Tomas Thiel Svenska framgångar inom livmoder-transplantation; betydelsen av teamarbete Mats Brännström och Cecilia Lundmark
12:20	Lunch
12.30	Utställning
13.30	Svensk omvårdnadsforskning Varför avbokas ortopediska operationer? Vilka konsekvenser får det? Ulla Caesar Kompetensutveckling inom pediatrik operationssjukvård Irina Antoniadou och Sofia Jonsson
14:45	Kaffe i anslutning till föreläsningslokalen
15.00	Avslutningsföreläsning Vem är normal och måste vi må så bra? Mötet med de "onormala" Pelle Sandstrak
16.00	Avslutning

Anmäl er på www.rfop.se under
Utbildning och evenemang.



Föreläsningar torsdag 28 november

Vad innebär nya MDR, för dig som jobbar på operation?

Anna Lefevre Skjöldebrand

Medicintekniska produkter på operation – vems ansvar?

Skalpeller, sprutor, pumpar, övervakningsutrustning, röntgenapparat - i en operationssal används en mängd olika medicintekniska produkter. Men vems ansvar är det egentligen att de fungerar som de ska?

Anna Lundgren, Utredare/Samordnare medicinteknik, Inspektionen för vård och omsorg (IVO)

Dags att sätta streck

Hur kan vi (förhoppningsvis) förbättra arbetet på sal och öka patientsäkerheten med att få koll på vad vi stoppar in i våra patienter?

Peter Johansson, Verksamhetsutvecklare/Operationslogistiker

Anette Nyberg, Operationssjuksköterska/Vårdutvecklare, Operationscentrum, Norrlands Universitetssjukhus

Innovationer inom det medicintekniska området

Kan nya innovationer förbättra operationssjukvården både kostnads- och kvalitetsmässigt?

Ja till viss del med hjälp av avancerade visualiseringsverktyg för operationsplanering och uppföljning.

Föreläsare presenteras senare

ICN:s etiska kod, "Sjuksköterskan ska sköta sin hälsa så att förmågan att ge vård inte äventyras"

Hur kan vi leva efter och upprätthålla den etiska koden med dagens höga arbetstempo? Och vad står det egentligen i koden?

Inger Torpenberg, Sakkunnig i etik och folkhälsa

Må bra i skiftarbete – hur ser de goda lösningarna ut?

Skiftarbete, sömn, återhämtning och stress, vad vet vi idag hur du som individ kan motverka hälsoproblem som kan uppstå på grund av oregelbundna arbetstider? Och påverkar din egen hälsa patientsäkerheten?

Ulla Olofsson, HR-strateg, Region Västerbotten

Operationslogistik – Organisationens betydelse för produktionen

Tillgänglighet, ansvarstagande och effektivt resursutnyttjande är viktiga faktorer inom vården idag.

Syftet här var att undersöka hur skillnader i arbetsrutiner och personalförhållanden mellan två operationsavdelningar påverkar den kirurgiska kapaciteten och produktionen.

Johan Eriksson, Operationssjuksköterska/doktorand

Svenska anesthesi- och operationssjuksköterskors arbetserfarenheter

Arbetet i en operationssal är komplext till sin natur och förutsätter att det perioperativa teamet upprätthåller en hög standard vad gäller patientvård. Viktiga aspekter är kommunikation och samarbete, vilket erfars främja och säkerställa en högkvalitativ vård. Syftet med studien var att undersöka anesthesi- och operationssjuksköterskors erfarenheter av arbetet på operationssalen. Resultatet visar att arbetet på operationssalen är mångfasetterat och korrelerar med begrepp som kollaborativt förhållningssätt, säkerhet och kommunikation.

Anna Nordström, MSc, RN; Monne Wihlborg, PhD, RN

Den vakna patienten – en kvalitativ studie om intraoperativ omvårdnad

Som ett resultat av utveckling inom anesthesi och kirurgi kan idag allt mer komplexa operationer utföras i lokala eller regionala anestesier vilket innebär att patienten kan förbli mer eller mindre vaken genom den intraoperativa fasen. Operationssjuksköterskans intraoperativa omvårdnad kan bidra till ökad vårdkvalité för den vakna patienten men interaktionen dem emellan tycks påverkas av andra aspekter som patientens behov, operationssjuksköterskans erfarenhet och teamarbetet.

Kerstin Brodin, Operationssjuksköterska

Perioperativ informationsöverföring i elektroniska system:

En retrospektiv pilotstudie inom högrisk kirurgi

Den preoperativa informationen som finns om patienten i den elektroniska journalen och i operationsplaneringssystemet är avgörande för operationssjuksköterskans planering för personcentrerad omvårdnad i den intraoperativa perioden. För att uppnå kontinuitet i patientens vård och för att kunna erbjuda en personcentrerad vård behövs en noggrann perioperativ dokumentation.

Annica Sandelin, Operationssjuksköterska och Utbildningsledare



Anna
Lefevre Skjöldebrand



Anna
Lundgren



Peter
Johansson



Anette
Nyberg



Inger
Torpenberg



Ulla
Olofsson



Johan
Eriksson



Anna
Nordström



Kerstin
Brodin



Annica
Sandelin

Foto: Tomas Södergren

Foto: Peo Sjöberg

Foto: Peo Sjöberg

Den nya kompetensbeskrivningen

Riksföreningen för operationssjukvårds vetenskapliga råd

Föreläsningar fredag 29 november

Resan med DCD (Donation after Circulatory Death)

Föreläsningen kommer att innehålla en exposé över arbetet i projektgruppen, en tillbakablick om hur det såg ut tidigare i landet, hur vi arbetat, varför vi gör det och vad vi hoppas ska komma ut av det.

Hans Lindblom, Leg. Sjuksköterska specialist inom intensivvård, Intensivvårdsavdelningen Södersjukhuset AB, Donationsspecialiserad sjuksköterska, DOSS Nationella projektet för DCD

Donerad ben- och senvävnad! Kan dött ben ge människor ett nytt liv?

Kombinationen ledproteser, benskörhet och frakturer skapar stora utmaningar för ortopedier i Sverige. Donerad ben- och senvävnad från benbanken i Östersund kan ge ortopedier fler möjligheter att åtgärda komplicerade tillstånd i rörelseapparaten.

Åke Hamberg, Överläkare ortopedkliniken, Östersunds Sjukhus.

Erfarenhet att starta upp verksamhet med bendonation - ”Ska vi operera de döda oxå nu”

Hur implementerar vi nya arbetssätt när dessa även måste få oss att förhålla oss på ett nytt sätt till vad som är död?

Lasse Salomonsson, Enhetschef, Centraloperation Östersunds sjukhus

Galla med blåljus

Sedan den 1:a laparoskopiska kolecystektomin i början av 90-talet har vi i princip använt samma operationsmetod. Laparoskopisk kolecystektomi är en av de vanligaste operationerna vi gör idag. Vad kan den nya teknologin hjälpa oss med för att göra denna operation säkrare för patienterna.

Arthur Jänes, MD;PhD Överläkare SÖL ÖGI & Trauma kirurgi, Region Västernorrland

Hexvix:s roll i behandling av blåscancer

Tomas Thiel, Biträdande överläkare på urologen vid Karolinska Universitetssjukhuset, Huddinge

Svenska framgångar inom livmodertransplantation; betydelsen av teamwork

Efter mer än tio års förberedelser transplanterades de första kvinnorna och i september 2014 föddes det första barnet. Detta har följts av ett flertal födsler först i Sverige och senare i utlandet. Att som operationssjuksköterska vara del av ett team, där teamarbetet finns på alla nivåer, med en ständigt pågående reflektion över vad gör vi, vilket syfte, med vem och för vilka?

Mats Brännström, professor i obstetrik och gynekologi vid Sahlgrenska akademien, Göteborgs universitet

Cecilia Lundmark, operationssjuksköterska och etisk vägledare, Sahlgrenska sjukhuset

Varför avbokas ortopediska operationer? Vilka konsekvenser får det?

I Sverige förekommer om-avbokningar och förseningar av planerade och akuta operationer. Hur upplevs det av patienterna? Finns det några lösningar på de komplexa problemen? Det påverkar prioriteringsförfarandena och resulterar i ännu längre väntelistor.

Ulla Caesar, PhD Universitetsadjunkt, Akademien för vård, arbetsliv och välfärd Högskolan i Borås

Kompetensutveckling inom pediatrik operationssjukvård

En utbildningsmodell till vidare kunskapsutveckling för operationssjuksköterskor som arbetar med barn inom alla typer av kirurgier. Exempel på avancerad nivå, i förståelsen angående barnperspektivet i det perioperativa omvårdnadsflödet, genom ett interprofessionellt samt verksamhetsintegrerat (VIL) lärande.

Irimi Antoniadou, Omvårdnadschef, PhD stud. Leg.ssk/operationssjuksköterska

Sofia Jonsson, Utbildningsledare, biträdande universitetssjuksköterska (bus), Leg.ssk /- operationssjuksköterska. Barnoperation/Barn PMI KS.

Vem är normal och måste vi må så bra? Mötet med de ”onormala”

Det här med att vara ”normal” eller ”onormal” är en knivig fråga. Hur är man när man är ”normal”? Ett samhälle där alla uppfyller kraven på normalitet kan inte beskrivas som kreativt. Det liknar ett A4-papper med en lång såhär ska du vara-lista och där punkterna bockas av – en efter en. Vad händer med ”think outside the box” och andra kreativitetshonnörsord? Pelle Sandstrak har vuxit upp med Tourettes syndrom och föreläser om vad som egentligen är normalt.

Pelle Sandstrak, Föreläsare, författare och tidigare ofrivillig ståuppare



Hans
Lindblom



Åke
Hamberg



Lasse
Salomonsson



Arthur
Jänes



Tomas
Thiel



Mats
Brännström



Cecilia
Lundmark



Ulla
Caesar



Irimi
Antoniadou



Sofia
Jonsson



Pelle
Sandstrak

Foto: Poo Sjoberg

Foto: Elin Alm Rosenblad

Arbetsväxling hur och varför?

En mycket aktuell fråga som Ann-Christine von Vogelsang försökte belysa på kongressen i december 2018. Vad är det som gäller diskuteras runt om i landet – Vem får göra vad på en operationsavdelning eller vem får göra det vi anser är operationssjuksköterskeuppgifter? Vilka regelverk är det som gäller?

Vad är arbetsväxling?

- Synonymt med uppgiftsväxling och kompetensväxling
- Omfördelning av arbetsuppgifter mellan olika arbetsgrupper
- Socialstyrelsen anger: endast vissa arbetsmoment inom vården måste utföras av en specifik yrkeskategori. Det ger flexibilitet i fördelningen av arbetsuppgifter.
- Många landsting/regioner använder uppgiftsväxling mellan sjuksköterskor och undersköterskor

På Socialstyrelsens hemsida hittar du *Vem får göra vad i hälso- och sjukvården och tandvården?* Där under listas *Arbetsuppgifter A-Ö* här hittar man några av de arbetsuppgifter i hälso- och sjukvården och tandvården som det ofta uppstår frågor om när det gäller ansvarsfördelning. Vissa arbetsuppgifter är särskilt reglerade och får bara utföras av en viss yrkeskategori. Men de flesta arbetsuppgifter bestämmer verksamhetschefen vem som får utföra, baserat på den enskildes kompetens. Detta regleras i *SOSFS 1997:14 Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om delegering av arbetsuppgifter inom hälso- och sjukvård och tandvård (med senare tillägg/ändringar)*.

Vad är då erforderlig kompetens? Man skiljer på formell kompetens (legitimation eller godkänd högskoleutbildning som leder till yrkesexamen enligt särskild examensbeskrivning) och reell kompetens (att praktiskt kunna utföra en arbetsuppgift i alla dess delar)



Foto: byLindahl

I båda dessa skrifter finns beskrivet vissa regler kring delegering nämligen att: Delegering kan användas bara då det framgår av särskild författning att så får ske. Det får heller inte användas för att lösa brist på personal eller av ekonomiska skäl. Den som delegerar ska vara formellt och reellt kompetent för uppgiften i fråga och den som mottar delegeringen ska vara reellt kompetent. Delegeringen ska vara personlig, tidsangiven och preciserad och undertecknas av båda parter.

Exempel på ingrepp som utförs utanför operationsavdelning, utan tillgänglig operationssjuksköterska är pacemakerinläggning, percutan tracheostomi och intravasala ingrepp på röntgenavdelning. Inne på operationsavdelningar kan det röra sig om mindre operationer inom diverse specialiteter. Några exempel är inläggning av subcutan venport, cystoskopi, konisation, kilexcision vid bröstcancer. Andra professioner som ersätter operationssjuksköterskorna kan vara undersköterskor, tandsköterskor, röntgensjuksköterskor, grundutbildade sjuksköterskor eller läkare.

De argument som verksamhetschefer ofta hänvisar till är brist på operationssjuksköterskor och att produktionen måste upprätthållas, att det gäller okomplicerade ingrepp som inte kräver operationssjuksköterskekompetens eller att man vill ge operationssjuksköterskor administrativ tid och möjlighet till kompetensutveckling.

Man tycker även att det är bra för undersköterskor att få kompetensutveckla sig och kan ta över ingrepp som operationssjuksköterskor inte tycker är roliga.

Specialistsjuksköterska inom operationssjukvård är en skyddad titel är ett yrke med krav på fördjupad högskolekompetens, har en särskild examensbeskrivning och en egen kompetensbeskrivning.

Riksförenings vetenskapliga råd har arbetat fram en **Riksföreningen anser och rekommenderar angående arbetsväxling av operationssjuksköterskans arbetsuppgifter med bibehållen patientsäkerhet**. Där man ta upp patientsäkerhetsrisker vid arbetsväxling samt vilka arbetsuppgifter som kan arbetsväxlas till legitimerad respektive olegitimerad utövare med bibehållen patientsäkerhet samt vilken evidens man åberopar. Den finns att ladda ned på rfop.se under nationellt.

Lästips:

1. SOU 2016:2 Effektiv vård, Regeringen och SKL har gemensamma analys om framtidens vård
2. SFS 2010:659 Patientsäkerhetslagen (om arbetstagares ansvar)
3. SFS 2016:150 Lag om ändring i patientsäkerhetslagen
4. SSK 2012 Standard för svensk yrkesklassificering 2012
5. Vem får göra vad inom hälso- och sjukvård och tandvård?
6. Högskoleförordningen (med senare tillägg/ändringar)
7. Riksförening för operationssjukvård, Svensk sjuksköterskeförening Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska med specialistexamen inriktning mot operationssjukvård. •

Framtidens specialistsjuksköterska

– ny roll, nya möjligheter

Enligt önskemål från flera av våra medlemmar (RFop) presenterar vi här det remissvar som vi skickade in från Riksföreningen för operationssjukvård avseende SOU 2018:77 *Framtidens specialistsjuksköterska – ny roll, nya möjligheter*

Vi är nöjda med att utredningen föreslår att specialistutbildningarna fortsatt ges i universitetens regi. Vidare är vi positiva till att specialinriktningen inom operationssjukvård är en av de tre definierade samhällsbärande specialistutbildningarna.

Vi anser att det är viktigt och självklart att 15 hp. examensarbete som föreslås skall generera en akademisk examen. En sådan examen är grunden för vidare utveckling inom vårt specifika kunskapsområde och forskning samt säkerställer lärarkompetens för utbildning av specialistutbildning inom operationssjukvård. Därav följer att specialistutbildningen med inriktning operationssjukvård leder till dubbla examina, en yrkesexamen och en akademisk examen. Vi ser det som centralt för att kunna dels öka attraktiviteten till att söka utbildningen hos morgondagens studenter, tillförsäkra tillräcklig kompetens inom kärnkompetenserna; evidensbaserad praktik, teamarbete, förbättringskunskap, patientsäkerhet och informatik.

Utredningens beskrivning av operationssjuksköterskans roll och funktion är summarisk. Den visar eventuellt på en brist på förståelse för operationssjuksköterskans unika kompetens inom området hygien och infektionsprevention. I operationsteamet är operationssjuksköterskan ensam om att ha kompetens för arbetsuppgifterna att ansvara för aseptik, sterilitet och infektionsförebyggande åtgärder under operationer inom samtliga kirurgiska ingrepp.

Givet dagens scenario med ökad resistensutveckling där vi redan nu

inte kan ge adekvat behandling till de patienter som drabbas av en postoperativ infektion är operationssjuksköterskans roll och funktion avgörande för om vi i framtiden skall kunna genomföra högspecialiserad kirurgi, men även relativ enkel kirurgi på sköra och infektionskänsliga patienter. Även här är operationssjuksköterskans kompetens helt avgörande för att minska riskerna för infektionsutbrott.

Vi anser att faktorer som ökar attraktiviteten att söka och genomföra utbildning är lön under utbildning, närheten till utbildning inom regionerna men även distansutbildningar samt tidigare antagning för att lösa problem med nekad tjänstledighet.

Vi ser att det är särskilt nödvändigt att tydliggöra verksamhetens roll och planering av utbildningsbehov och dess konsekvenser för högskolor och lärosäten.

I utredningen görs distinktionen mellan dagkirurgisk vård och högspecialiserad vård och högriskkirurgi (*t.ex. hjärtkirurgi, organtransplantation, ortopedisk kirurgi*), sid 91. Utredningen menar att det finns motiv för att på den grunden differentiera specialistutbildningen till två olika områden för specialisering inom ramen för den nya utbildningen: en för dagkirurgi och en för högspecialiserad kirurgi och underförstått att dagkirurgisk vård (s. 477).

Vi menar att detta bygger på felaktiga antaganden om innehållet i dagkirurgisk vård och dess speciella utmaningar. Idag görs redan dagkirurgiska ingrepp som räknas som högspecialiserade och högriskingrepp, tex ortopedisk proteskirurgi och viss typ av hjärtkirurgi. För att bedriva effektiv dagkirurgisk kirurgi krävs hög kompetens inom hela operationsteamet inklusive hos operationssjuksköterskan. Det är också så att den avancerade utrustning och de instrument som används inom hög-

specialiseradvård även används vid dagkirurgiska ingrepp. Dagkirurgisk vård kanske ställer ännu högre krav på kompetens eftersom små misstag i den korta vårdkedjan kan innebära att patienten måste stanna över natten eller måste återinläggas. Vi tror precis som utredarna att allt fler kirurgiska ingrepp kommer att genomföras dagkirurgiskt. Men till skillnad ifrån utredningen så förutspår vi att den dagkirurgiska verksamheten kommer att genomföra fler avancerade ingrepp med höga krav på kompetens. Därtill är det viktigt att påpeka att graden av svårighet och komplexitet i samband med kirurgi är starkt länkad till den enskilda patientens immunologiska tillstånd. Även så kallad enkel kirurgi kan vara till sin art högrisk i de fall patienten har ett nedsatt immunförsvar och har flera olika diagnoser. Detta är speciellt relevant då flertalet patienter som opereras är äldre och sköra. Till följd av det anser vi att en specialistutbildning inom operationssjukvård är att rekommendera.

Samtliga remissvar från de olika remissinstanserna i landet finns att läsa på Regeringen.se, sök Remiss av SOU 2018:77 *Framtidens specialistsjuksköterska*. Utbildningsdepartementets analys av inkomna remissvar pågår och de kan i dagsläget inte ange när i tiden arbetsprocessen kommer att avslutas och resultatet publiceras. •

Arbetsgrupp av RFop medlemmar för formulerat remissvar

Anna Hauffman, Uppsala
Ann-Christin von Vogelsang, Stockholm
Annette Erichsen Andersson, Göteborg
Birgitta Å Gustafsson, Skåne
Karin Falk-Brynhildsen, Örebro
Monika Kolvered, Göteborg
Sandra Kollberg, Umeå

Att anställa sjuksköterskor från andra länder

Vi får ibland frågor till oss i föreningen om vad som gäller då arbetsgivaren tänker anställa sjuksköterskor från andra länder. Birgitta Åkesdotter Gustafsson kontaktade på uppdrag av RFop socialstyrelsen och frågade.

Angående anställning av personal från andra länder inom det europeiska ekonomiska samarbetsområdet, EES, och Schweiz som specialistsjuksköterska inom operationssjukvård i Sverige. Patientsäkerhetsförordningens (2010:1369) bestämmelser angående bedömning av yrkeskvalifikationer för personal från andra EES länder och anställning som operationssjuksköterska i Sverige har ibland varit svåra att tolka. Frågan har därför ställts till Socialstyrelsen för ett förtydligande för vad som exakt gäller i frågan. Svaret är entydigt och tydligt.

Tack för din fråga till Socialstyrelsen. Ska man arbeta som sjuksköterska i Sverige måste man ha svensk legitimation som sjuksköterska. Ska man dessutom kalla sig för specialist-sjuksköterska måste man ha rätt att kunna använda den titeln.

Det är endast möjligt att få rätt att kalla sig specialistsjuksköterska efter att Socialstyrelsen har utfärdat svensk legitimation som sjuksköterska och beviljat ansökan om rätt att kalla sig specialistsjuksköterska. Man kan skicka in ansökan om rätt att kalla sig specialistsjuksköterska samtidigt som man ansöker om legitimation som sjuksköterska.

Information om vilka dokument en ansökan ska innehålla finns på Socialstyrelsen webbplats

Ansök om legitimation: <<https://legitimation.socialstyrelsen.se/sv/utbildad-inom-eu-eller-ees/sjukskoterska/ansok-om-legitimation>> (sjuksköterska)

Ansök om rätt att få kalla dig specialistsjuksköterska: <https://legitimation.socialstyrelsen.se/sv/utbildad-inom-eu-eller-ees/sjukskoterska/ansok-om-ratt-att-fa-kalla-dig-specialistsjukskoterska> •

Med vänlig hälsning
Upplysningstjänsten
Socialstyrelsen
106 30 Stockholm
Telefon: 075-247 30 00

www.socialstyrelsen.se

Ny artikelserie

Vi tänker starta en artikelserie med korta beskrivningar av historien runt de kirurgiska instrumenten och eller annan utrustning vi använder dagligen på operationsavdelningarna runt om i Sverige.

Vi tänker börja med Crafoordpeangen, är den döpt efter svenske thoraxkirurgen Crafoord? Söker man kring Clarence Crafoord finns mycket beskrivet om det fantastiska och helt revolutionerande arbete han gjorde och utvecklade thoraxkirurgin i Sverige som också ledde till internationell utveckling. Fast det finns inte en rad om en peang... Kanske inte han som gjort den? Vet du något om historien bakom denna peang?

- hur kom den till?
- varför ser den ut som den gör?
- varför behövde han just en peng som såg ut så?
- var det till nåt speciellt ingrepp?
- kanske till och med till en speciell operation?
- vem tillverkade den?

Hör av dig till: redaktionen@rfop.se



Annika Sandelins spikning av sin licenciatavhandling

Den 18:e juni var det dags för Annika Sandelin att spika sin avhandling enligt akademisk tradition i samband med framläggandet av sitt arbete. Att spika sin avhandling innebär ett offentliggörande av avhandlingen och allmänheten ges då möjlighet att läsa den för att kunna ställa frågor under licenciatseminariet.

Titeln på Annikas licenciatavhandling är *"Teamarbete och informationsöverföring inom perioperativ vård: Operationssjuksköterskans perspektiv"* och ger bland annat en tydlig skildring av operationssjuksköterskans arbetsuppgifter för att uppnå patientsäkerhet och synen på teamarbete. Arbetet visar också vilka hinder som vi operationssjuksköterskor kan stöta på i vardagen och hur vi agerar för att återupprätta patientsäkerhet om den är bristfällig samt hur vi verkar för en personcentrerad vård.

Avhandlingen består av tre delarbeten med två kvalitativa intervjustudier med operationssjuksköterskor samt en retrospektiv observationsstudie där Annika har granskat information i de elektroniska patientjournalssystemen och operationsplaneringssystemen för en grupp högriskpatienter som genomgått högriskkirurgi.

Vi var ett gäng arbetskamrater som samlades i foajén vid universitetsbiblioteket på Karolinska Institutet i Huddinge för att vänta in Annika medan hon fick avhandlingen påskriven. En glad Annika dök upp strax efteråt, och med stadig hand spikade hon sitt arbete för offentliggörande. En välförtjänt semester väntade därefter för att sedan ladda batterierna inför licenciatseminariet.

Licenciatseminariet ägde rum den 23 augusti klockan 09.00 i Karolinska, Huddinges lokaler. Annikas handledare är Birgitta Å Gustafsson och Sigridur Kalman. •



Annika Sandelin

Skriv till: hygien@rfop.se

Fråga: Vi har en fråga angående avlösning på sal vid bräckoperation med nätimplantat. Vi har LAF-tak. All personal på sal har vid dessa ingrepp, hjälm och munskydd. Vi har en liten sluss man kan gå igenom utan att lufttrycket på sal påverkas. Tills nu har vi alltid löst av för fika och lunch. Inget onödigt spring. Inga rapporter om infektioner. Är det ok med avlösning? Vi vill alltså gärna kunna göra detta

Svar: Luftmiljön i operationsrummet påverkas av partikelsläpp. Vid ren kirurgi ska alla på salen ha tät arbetsdräkt, mössa typ hjälm och munskydd. Eftersom ni har möjlighet till inslussning och lämpligen tar av operationsrock utanför sterila zonen är det mindre risk ur hygiensynpunkt att få avlösning. Men ändå ur ett patientsäkerhetsperspektiv - minimera personalbyte för att undvika risker vid överrapportering.

Fråga: Är det ok att lösa ut personal för lunch under pågående ortopedi op i sal m LAF? Ex vid höft/knä/axelprotes?

Svar: Se ovan.

Fråga: Patientsängar in på operations-sal preop är det ok?

Svar: Det är okej om uppdukningen och övertäckningen utförs i ett uppdukningsrum eller i operationsrummet

innan patienten tas in operationsrummet i en från avdelningen rengjord och renbäddad säng.

Fråga: Säckar för sopor på operationssalen, vad ska de vara tillverkade av för att vara mest hygieniska? Är det ok med bruna papperssäckar?

Svar: Organiskt material som papperssäck är olämpligt att ta in i operationsrummet.

Fråga: På min arbetsplats används enkla sterila handskar på urologiska och artroskopiska enkla ingrepp. Vad är er rekommendation?

Svar: Fördelen med dubbla handskar är att de kan indikera om det är håll på den yttre. Om det finns risk för att handskarna kan bli skadade under operationen är det en fördel men inte ett krav på dubbla handskar.

Fråga: En fråga som kommit upp på vår arbetsplats är om färgen från pennan som markerar operationsområdet kan påverka sterilvätten? Oftast markerar operatören med en penna vart snittet ska läggas. Kan färgen påverka klorhexidinspritsens verkan på något sätt?

Svar: Det finns ingen risk att färgen påverkar klorhexidinetts effekt eftersom sterilvätten appliceras på

ytan flera gånger under preoperativa huddesinfektionen.

Fråga: Kan klorhexidinsprit användas vid huddesinfektion inför spinal istället för 70% U-sprit? Hur stor är risken för skada då spriten i båda fall måste torka innan stick? Klorhexidinsprit har ju en bättre effekt/verkan. Applikator Chloraprep - är det ett godkänt preparat att använda och i så fall på vilka ingrepp? Enligt instruktion behöver endast en applikator användas för desinfektion, eventuellt två. Hur gör man då praktiskt eftersom vi lärt oss att tvätta stort område för att sedan minska ner med varje ny tvättork för att få ett område vid det tänkta hudsnittet? Kan det ha att göra med att styrkan är 20mg/ml i applikatorn istället för 5mg/ml Klorhexidinsprit som används vid vår "vanliga" huddesinfektion?

Svar: Vårdhandboken rekommenderar klorhexidin framför U-sprit. Fördelen med klorhexidinsprit är att den har den kvardröjande effekten i huden och den neurotoxiska risken är minimal då huden fått torka. Produkten Chloraprep ska användas enligt tillverkarens noggranna anvisning med rätt appliceringstid.

Fakta: Gunnar Hagström, Hygiensjuksköterska, Universitetssjukhuset Örebro.

Nu finns alla hygienfrågorna som publicerats i Uppdukat att läsa på vår hemsida: www.rfop.se

Lästips

Svensk sjuksköterskeförening ger ut en hel del intressant läsning i form av broschyrer och böcker som finns att beställa från deras webshop som man hittar på hemsidan www.swenurse.se. För att nämna några – En etisk kompass för sjuksköterskor i sociala medier, Levnadsvanor inför operation, Teamets kommunikation inom vård och omsorg, Den om Levnadsvanor inför operation finns även på www.rfop.se.



08-583 593 00 | info@vingmed.se | vingmed.se

I huvudet på en chef

Med andan i halsen springer jag till hissen för jag orkar inte ta trap-porna. Inbillar mig alltid att hissen går snabbare. Måste hinna byta om till arbetskläderna innan mötet börjar. Undrar om jag kommer ihåg allt som behövs tas upp. Tur att jag har mina drängar. Hört visan flera gånger och refrängen upprepas om och om igen. Kan inte alla sjunga i samma tonart utan vi har olika stämmor? Lommar i väg till mitt kontor.

Står vid fönstret och tittar ut, tänker hur skall denna dag bli? Kommer jag få ris eller ros eller både och. Ger mig fasen på att jag inte skall ryckas med i negativa spiraler. För mig behövs det bara några få positiva ord för att jag skall lyftas ur min lilla svacka när jag fått för många negativa meningar. Med hjälp av mitt starka självförtroende hanterar jag stress, press och bekymmer. När det blir för rörigt i huvudet behöver jag någon att skratta med för att komma på banan igen. Jag är aldrig ensam fast jag är ensam på min plats.

Ibland får man påminna sig själv och sina medarbetare varför man är på jobbet. Är det bara för att få lön, ha kollegor, ha något att göra eller är det egentligen för att uppfylla dagens program på arbetsplatsen? Då behövs en bra målbild och tydliga spelregler. Arbetsmiljön är vårt viktigaste ansvar för att Vi är varandras arbetsmiljö. Även fast jag inte är på arbetet, kretsar bitvis mina tankar kring hur jag kan förbättra för mina medarbetare. En chef är aldrig ledig i sinnet, tänker jag..

Tänk om jag hade en robot som gjorde allt mitt skrivbordsjobb! Vilken dröm, kanske i framtiden, tänker jag. För vore det inte utvecklande att få hela tiden närvara bland sina medarbetare istället för att tidvis vara instängd på sitt kontor för att behöva utföra en massa administrativt arbete? Jag är alldeles för bunden till min dator. Då hinns inte alltid samtalen och nätverkandet med. Men jag försöker ta tillvara varenda liten stund med

mina medarbetare. Med dessa små samtal kan jag bekräfta var och en och se varje individs förmåga.

På vägen hem summerar jag hur arbetsdagen gått, en del dagar går jag hem med fanan i topp andra dagar med den sänkt. Det blir inte alltid som man tänkt sig, inte ens i arbetslivet. Men hur än det är så tycker

jag att mitt arbete innehåller glädje, sorg, kreativitet, strategier, ekonomi-planering, skratt, bus, möten, allvar, bemötande, kaos, ordning, energi påfyllnad, utmaningar, samtal och en och annan kram ibland. Det är just därför jag tycker om mitt jobb, kämpar för min arbetsplats och går dit varje dag. ●



Foto: byLindahl

SPOR för operationssjuksköterskor

Svenskt Perioperativt Register har mer än två miljoner ingrepp registrerade vilket skapar goda förutsättningar att kvalitetsgranska och jämföra den perioperativa vård och behandling som bedrivs inom landet. Idag finns endast några få variabler som beskriver den omvårdnad som operationssjuksköterskorna ansvarar för. Detta är något som operationssjuksköterskekollegiet behöver engagera sig i för att visualisera värdet av den specifika omvårdnaden som ingår i operationssjuksköterskornas expertis.

Operationssjuksköterskans roll i det perioperativa teamet behöver synliggöras för att skapa en bredare förståelse för operationssjuksköterskans specifika kunskap. I juni 2019 rapporterar 68 sjukhus i Sverige perioperativ data till Svenskt PeriOperativt Register (SPOR) och ytterligare 9 sjukhus ligger i testfas för att ansluta sig. Detta innebär att SPOR som register är en gedigen och omfattande källa för att utvärdera och synliggöra den perioperativa vården både till helhet och till specifika behandlings- och omvårdnadsåtgärder. I registret är sjukhusen indelade i olika kategorier vilket möjliggör för jämförelser mellan sjukhus med liknande förutsättningar. Registret samarbetar med Uppsala Clinical Research Center (UCR) för att skapa en så träffsäker och smidig integration med de operationsplaneringssystem som de anslutna verksamheterna använder sig av. Registret leds av en styrelse som med hjälp av en referensgrupp, bestående av representanter från ett flertal intresseföreningar för professioner och kirurgiska inriktningar, leder och driver utvecklingen av SPOR framåt. Det är via denna referensgrupp som kvaliteten i de variabler som berör operationssjuksköterskornas ansvarsområden tas fram, genom ett engagemang och samarbete inom RFOPs medlemmar.

Variablerna

Det krävs viss noggrannhet för att hitta rätt indikatorer som säkerställer precisionen i SPOR-rapporterna.



Anslutna sjukhus till SPOR

I registret finns det ett antal färdiga rapporter i systemet att välja mellan, men även möjligheten att skapa egna rapporter utifrån egna frågeställningar. De variabler som berör patientens vistelse på operation är i dagsläget 47 st, varav 7 är obligatoriska att registrera. Variabellistan finns presenterad på SPORs hemsida (www.spor.se). De obligatoriska variablerna är; patienttid start, operation start, operation slut, patienttid slut, huvudoperationskod, peroperativ avvikelsekod och peroperativ avvikelse svårighetsgrad. De variabler som specifikt berör operationssjuksköterskans ansvarsområden är i dagsläget mycket få och i behov av att utvecklas inom registret av flera anledningar. Dels för att visualisera hur operationssjuksköterskans ansvarsområden bidrar till vårdkvalitet, men även tydliggöra den omvårdnad och de kontroller som genomförs intraoperativt för att skapa en större validitet och reliabilitet i de rapporter som registret ger ut. Variablerna exporteras från den dokumentation som genomförs intraoperativt och operationsjournalens innehåll kan användas som ett underlag att ta fram önskade variabler från. Positionering, förändringar i positionering intraoperativt samt elimination är bara några av de variabler som operationssjuksköterskekollegiet behöver definiera.

SPOR 4.0

Den fjärde versionen av SPOR, SPOR 4.0 är planerad att gå i drift i januari 2020. Den nya versionen innebär ett nytt indataset, med möjligheten att registrera nya variabler, lämpligen

med flera variabler föreslagna från RFOP:s nätverk. Vidare kommer en nationell preoperativ bedömning, utifrån SFAI:s hälsodeklaration, att ingå och vara tillgänglig och så småningom användas som underlag att utvärdera vården utifrån.

Nätverksdagar

Under nästa år kommer RFOP att anordna två nätverksdagar för operationssjuksköterskor som är intresserade av SPOR, träffarna ska möjliggöra för att nätverka och arbeta med de variabler och definitioner i registret som lyfter fram och beskriver operationssjuksköterskans perioperativa arbete. Vidare planeras nätverksdagar, en per termin i anslutning till SPORs användardagar. Se mer information på rfop.se.

I arbetet med SPOR eftersöks kontaktpersoner från verksamheterna som är intresserade av SPOR och vill samverka i framtagandet av förslag på utveckling av variabler från riksföreningen.



Ida-Linnea Böregård

Vid intresse eller mer information kontaktas Ida-Linnéa Böregård på: ida-linnea.boregard@sll.se.

Årsrapporterna, variabellistor och SPORs forskningsartiklar finns att ta del av på SPORs hemsida www.spor.se. •

Fakta: Ida-Linnea Böregård, Verksamhetsutvecklare samt operationssjuksköterska, VO Anestesi Södertälje Sjukhus AB.
E-post: ida-linnea.boregard@sll.se



Berättelse från 9:e EORNA kongressen i Haag

Vår resa startade i Lund, tåg till Kastrup, sen vidare med flyg till Amsterdam. Vi fem som åkte tillsammans från IPV i Lund var Caroline Lindberg, Cornelia Kellner, Katarina Højgaard, Kristina Enzian och Eva-Lena Isaksson. På Kastrup träffade vi kollegor från IPV i Malmö. Väl i Amsterdam blev det 45 min. bilresa i rusningstrafik med taxi och en förare som zickzackade mellan filerna samtidigt som det pratades i mobilen. Den här första dagen blev en resdag, väl på hotellet, packades resväskan upp, därefter till bokad indonesisk restaurang. Visade sig vara en bra restaurang med god mat, kryddad var den också. Torsdag, då fanns det tid att se sig

om i Haag, vädret var väl så där, om man ville så fanns det utrymme för att åka till havet och att shoppa i stadens butiker. Efter sen lunch åter till hotell för att klä om och vara med på invigning av 9:e EORNA kongressen med tema ”on the move”. Att vara med på invigning föreställer jag mig att det är som invigning av OS, det är en viss känsla.

Fredag morgon börjar med en inspirerande föreläsning av en amerikansk operationssjuksköterska som pratade om vår 10 000 åriga historia, gick i rasande fart. Från neurokirurgiska operationer i dåtiden till dagens och framtidens allt mer digitaliserande

vård med artificiell intelligens, som är på stark frammarsch och vikten av teamwork. Därefter var det parallella seminariet med blocktema. Vi lyssnade på ett block om kompetens och lärande, med fokus på bl.a. EORNA:s modell, ett ramverk för vilka kompetenser man skall ha som europeisk operationssjuksköterska. Detta för att bl.a. underlätta arbete i olika länder och ha likartad träning inför arbetet. EORNA:s modell är inte välkänd i europeiska länder och arbete bedrivs för att få länderna att implementera den.

Nästa gemensamma föreläsning handlade om Forensiskt tunnelseende, ännu en fantastisk föreläsning av



Kristina Enzian, Eva-Lena Isaksson, Katarina Højgaard, Cornelia Sandner, Caroline Lindberg, alla från IPV Skånes Universitetssjukhus, Lund och Kristina Lockner, ordförande, RFop.



RFop:s stipendiat, Anna Carlsson



RFop:s EORNA-representanter Sandra Kollberg och Marie Afzelius

patolog/rättsmedicinare, vars budskap var att: hur lätt det är att bli/få tunnelseende, beroende av hur vi fått förhandsinformation och att hjärnan är programmerad på förväntan och igenkänning. Viktigt att hålla sig till fakta, inte lägga in egna känslor. När man lämnar information/ger fakta - ge en icke dömande beskrivning.

Kommunikation för bättre teamarbete

Tema på annat block under kongressen var, Kommunikation för bättre teamarbete.

Hur verbal och icke verbal kommunikation, stämning i teamet på operationssal kan påverka patientsäkerhet. Andra studier som presenterades, var t.ex. en australiensisk studie visade ex. på hur en GoPro kamera kunde förenkla för op.ssk att följa operation på monitor. För tvärprofessionell kommunikation har man vid ett amerikanskt sjukhus gjort ett utbildningsprogram med simulering, ett träningsprogram i kommunikation inom teamet. Detta görs på operationssal för att det ska bli så realistiskt som möjligt. Kommunikation togs upp av många föreläsare, som menar att vikten av kommunikation på operationssal, i teamet, kommunikation av koordinators, kirurger m.fl. och när ny teknik tas in på operationsavdelning är det viktigt att alla i teamet får träna på detta, är av betydelse för patientsäkerhet. Bra teamwork kan t.ex vara:

Kommunikation och teamwork.

Koordination, cooperation, collaboration/mot samma mål.

Shared situational awareness (kan inte översätta detta på ett bra sätt).

Ha förståelse för varandras del i teamet.

Nästa dag var några på sjukhusbesök, ett mindre sjukhus som var under tillbyggnad. Omändring av organisation pågick. Det operationer som utfördes var inom ortopedi, på jourtid utfördes kejsarsnitt. Det var anestesipersonal som visade avdelningen. Operationsavdelningen hade sex operationssalar. Dörröppningar förekom nästan aldrig, inte några lunchavlösningar, fika avlösningar eller toalettbesök. Strikt stängda salar. Deras infektionsfrekvens var 2 %! Om man inte åkte på studiebesök kunde man lyssna på föreläsningar som handlade om nanoteknik inom vården, återvinning av material som kasseras, t.ex. instrument och hur några sjukhus har utvecklat appar för både personal och patienter. Exempel på app som är utarbetad för patienter är Ortogapp. I Spanien saknas utbildning för perioperativa sjuksköterskor och studier visar att allmänsjuksköterskor i Spanien inte är nöjda med den träning de fått för att arbeta på operationsavdelning. Där precis som överallt annars har sjuksköterskor haft sin egen bok med anteckningar, om jag förstod rätt så har man vid ett sjukhus (kan vara en missuppfattning) därför samlat in

all data och av dessa data gjort en app för smartphones – Apsurg. Föreläsningen beskrev arbetets olika faser fram till färdig app.

Sista dagen

Sista dagen handlade om diatermirök, vad röken innehåller, vilka symtom vi kan få av att arbeta i röken, hur vi kan skydda oss och vad vi kan göra för att förbättra, en del av föreläsningen handlade om bencement. Detta var en presentation av en studie som gjorts på artiklar i ämnet under 20 år, från september 1997- juli 2018. Jag minns inte hur många artiklar som de gått igenom fast endast 15 artiklar gick att använda i studien. Här kommer lite från presentationen. Diatermirök kan t.ex. leda till, illamående, bronkospasm, astma, ögonirritation och huvudvärk. Ett tips för evakuering av diatermirök är att aktivera diatermihandtaget för att starta rökutslug, därefter använda diatermihandtaget för skärning eller koagulation. För att detta ska bli en rutin behöver vi påminna varandra var dag. Annat tänkvärt tyckte jag var:

Tänk på aerosolbildning vid användning av borrh och såg.

De första sekunderna av rökevakuering är av vikt. Den vanliga sugen är inte tillräcklig.

Alla arbetsfaser med cement innebär risk.

Gravida skall undvika överexponering av bencement.

Använd dubbla handskar, munskydd och välventilerat utrymme vid arbete med bencement.

Efter söndagens sista föreläsning var det avslutning och presentation av nästa EORNA kongress, som går av stapeln i Stavanger, 2021. I stort var det en bra kongress med bra föreläsningar och utställare. Är ju fantastiskt att möta så många operationsjuksköterskor på en och samma plats, vilket nätverk det finns! Ibland tyckte jag det var svårt att förstå allt, språket ställer till det. Jag blev tydligt uppmärksam på att våra utbildningar ser olika ut, och i en del länder så utbildas man på sin operationsavdelning. Våra länder har inte samma förutsättningar för att utveckling och utbildning görs lika. Ändå är arbete och glädje över vårt arbete så lika. Så länge vi har patienten i fokus så ger vi en god omvårdnad, ansåg en föreläsare, kanske något att ha med sig tillbaka i vardagen. •



Hygienforum 2019

Årets Hygienforum var det tolfte och samlade ca 250 deltagare + 80 utställarpersoner alla intresserade av senaste rönen inom hygien. Det blev snabbt tätt i utställningslokalerna och hög aktivitet. God mat serverades allt gluten och laktosfritt, gott fika, mycket diskussioner och kompis-snack. Tillsammans med programmet fick alla senaste Riksföreningen anser och rekommenderar om Arbetsväxling. För er som inte var där finns den att hämta på hemsidan.

Dagen började med en mycket intressant föreläsning om STRAMA- antibiotikaanvändning och resistensläge av Stephan Stenmark, smittskyddsläkare i Västerbotten. STRAMA (Samverkan mot antibiotikaresistens) som jobbar för patientens rätt till bästa infektionsbehandling. Enligt WHO är infektioner nr fem bland de tio största hoten mot människors hälsa. En av anledningarna är att vi numera gör stor kirurgi där vi vet att det nog kommer att bli en postoperativ infektion. Stephan framhöll att Sverige ett bra land att vara i infektionsmässigt vad gäller resistens. Vi hade 1500 fall 2018 men man tror att det kommer att flerdubblas. Man talar om siffror, 2030, 31 800 fall, 2050, 70 000 fall. Mycket beror på inflyde från utlandet = import genom vårt resande, turistanter. Vi blir själva kanske inte sjuka men blir bärare, 2/3 av de resande som kommer från sydöst asien är bärare. 33 000 dödsfall i EU 2015 kopplat till antibiotikaresistens. Grekland och Italien mkt drabbade – haft överförskrivning av antibiotika. Anmälningspliktiga PNSP, VRE, MRSA, ESKL och ESKL carba, elakast är ESKL carba. Det finns en skillnad mellan män och kvinnor och det skiljer mellan ålder och kön. Äldre män ha mycket resistens som uppkommer i samband med urologbesvär.

Strama är ett av svensk sjukvårds mest framgångsrika och kostnads-låga exempel, Stolta över att ha gjort skillnad men behöver mer resurser.

Behandlingsrekommendationer finns tillgängliga via en app. Rengbågs-häftet med rekommendationer. Det finns lokala STRAMA grupper i varje landsting med multiprofessionell kompetens, men det är önskvärt med fler beteendevetare i grupperna för att kunna förändra folks beteende. Förändra kunskap och attityder hos gemene man. Vad är normalt och när behöver jag ett recept? Det är viktigt att prata om behandling på arbetsplatserna, genom sjukvårds-upplysningen, 1177 och via kampanjer. Inom Strama jobbar man långsiktigt, ställer alltid upp, ornar webbutbildning. Man jobbar med behandlingssystem och rekommendationer, återkoppling till förskrivare av förskrivningsdata som visat sig viktigt, det blir kraftfullt och personligt. Man gör systematisk utvärdering och har en mängd bra information och utbildningsmaterial på sin hemsida. Viktigt med samarbete mellan grupperna och myndigheter. Bland annat Antibiotikasmart.se; Sars.se; Vrismart.se Rengbågsbroschyrer finns som app och webbutbildning. Det finns också filmer på hemsidan. Via

folkhälsomyndigheterna kan man jobba för- lågt antibiotikaanvändning, vaccineringskampanjer, bra matvanor, motion, inte röka och dricka och säker sex. På sjukhusen kan man bidra genom ett lågt antibiotikaanvändande, att förebygga VRI, utveckla vårdhygien, ha bra rutiner, lämpliga lokaler, och bra bemanning.

Vad kan jag som enskild person göra?

Vaccinera mej och mina barn. Inte köpa antibiotika utomlands eller på nätet eller använda annans. Lämna överblivna läkemedel på apoteket. Vara noggrann med handhygien framförallt i kök och efter toalettbesök. Inte gynna livsmedelsprodukter som använder antibiotika (köp svenskt kött). Lev sunt, rök inte, motionera och ät bra mat

Tillsammans kan vi göra mycket
Vaccin världens bästa läkemedel. Näst bäst antibiotika. Det är få nya antibiotika på ingång, trots ett stort behov då allt fler inte är verksamma. Detta relaterat till lite pengar i branschen samt att det är svårt att hitta





nya sätt att ta livet av bakterier. Innovationerna är slut. Obra med reklam från app doktorer men dom följs upp av STRAMA.

Svensk Förening för Vårdhygien

Är en ideell förening och forum för personer med professionellt intresse för att förebygga vårdrelaterade infektioner och smittspridning inom vård, omsorg, tandvård och veterinärmedicin samt för infektionsepidemiologi, desinfektion och sterilisering inom vårdsektorn och för sådana medicinska produkter som kan medföra infektionsrisk. De är rådgivande, anordnar studiedagar och verkar som remissinstans bland annat. De finns på sfvh.se där de bland annat har en brevlåda där man ställa frågor och lämna synpunkter. De har också som Strama mycket informationsmaterial på hemsidan bland annat om fiberendoskop och luftfuktighet, något som var mycket aktuellt förra sommaren. Publicerade dokument: BOV bygg och vårdhygien, Luftfuktighet, SIV städ, Creutzfeldt jacob, SODA, spol- och diskdesinfektorer.

Andra källor till information är Råd och riktlinjer från WHO, Vårdhandboken, Rfop, SIS, Löf. Många gånger saknas nationella riktlinjer och tills vidare får vi nöja oss med svar som baseras på riskbedömning utifrån idag bäst kända kunskap i den situation som frågan gäller. Just nu pågår ett arbete med en vägledning som ska ge rekommendationer och exempel på hur specialarbetsdräkt i flergångsutfö-

rande kan kontrolleras och hanteras under sin livscykel. Är du intresserad av att veta mer eller delta i arbetsgruppen, hör av dej till Sarah Sim projektledare på SIS Vård och Omsorg, (sarah.sim@sis.se, 0707879145)

Riskområden för vårdskada

I lista över riskområden vårdskada relaterat till Medicinteknisk utrustning ligger endoskop som nummer två. Varför är det så? Aino Kempe, hygiensjuksköterska NU-sjukvården försökte ge ett svar på frågan. Det är Avancerad utrustning med en komplex uppbyggnad. Inte helt lätt att göra ren som kan vara kontaminerad från tidigare patient om ej ordentligt rengjord. Eller dåligt rengjord på grund av bristande rutiner hos användande personal. All utrustning ska ha information om handhavande på svenska. Hur är det med utbildning på plats om de egna skopen? Har vi klart för oss vad som är engångs och vad är flergångs? Enda sättet att garantera renhet är att endoskopen först rengörs manuellt och därefter rengörs och desinfekteras i en kvalitetssäkrad process i en diskdesinfektor för värmekänsliga endoskop. Man ska alltid använda sterila vätskor till allt i samband med endoskopi. Personalen bör ha skyddsförkläde med lång ärm, engångshandskar och visir vid rengöring. Viktigt att det tas prov på endoskopen efter rengöring, att transport och förvaring sker korrekt. Slutsköljvattenprov skall tas varje kvartal och diskdesinfektor och torkskåp skall valideras och kontrolleras årligen.

Något som inte alltid får den dignitet det förtjänar pratade Eva Edberg om nämligen vikten av städning. Mycket prylar i en ovanligt omöjlig miljö att städa var henens utgångspunkt och det hon ville framhålla är att Städning har betydelse! Det är dyrt att få utbrott av VRE eller ESKL. Viktigt att de som städar har kunskap om smitta och smittspridning. Kan basala hygienrutiner och städrutiner. Vårdhandboken 2018, SIV (städ i vården) SIS-TS39.2015, SS 8760015:2017 och SS87760014:2017. Känner alla till dessa dokument? Och hur många följer dom? Viktigt att personalen förstår svenska i tal och i skrift för att förstå varningstecken och innehåll i rutindokument och kunna tillgodogöra sig utbildning. Man får heller inte glömma uppföljning med miljöödlingar i verksamheten för att uppmärksamma otillräcklig städning.

Hygienpanel

Dagen avslutades med en livlig panel-dialog om aktuella hygienfrågor med Birgitta Lytsy och Ann-Sofi Mattsson på podiet. Birgitta Lytsy tog upp hur och vad göra enligt WHO. Att man får förhålla sig till Best Practice då det är svårt att göra studier för att få evidens. Många saker som måste vara exakt lika för alla patienter. Efterlyser studier av operationssjuksköterskor - det finns mycket att göra.

Starka rekommendationer enligt WHO preoperativt

- Rengöra näsa på patienter vid thorax och ortopedi
- Tarmtvätt vid tarmkirurgi
- Antibiotika 120 min före opstart
- Preop handdesinfektion tvål och desinfektion
- Preop hudförberedelser patient, alkohol, klorhexidin
- Preoxygenering 80% + syrgas 2-6 tim postop

Mindre starka (få studier finns)

- Preop dusch
- Incisionsfilm
- Kroppstemp >36,9 intraop
- B-glukos inte för högt
- Normovolemi
- Engångs eller flergångs rock och dukar
- Postop alla sorters förband ok

Nästa år, 2020, är Hygienforum 14 - 15 maj, programmet presenteras under hösten 2019, håll utkik. •



Nätverksträffar

Gävleborg 23 oktober 2018

Text: Mi Sundberg, distriktssamordnare

Årets nätverksträff hölls i konferensrummet på centraloperation i Gävle. Vi var sju operationssjuksköterskor från Centraloperation i Gävle som deltog på mötet. Kvällen startade med lite mingel och mat och en presentation av kvalitetsrådets arbete "Riksföreningen anser och rekommenderar".

Riksföreningen anser och rekommenderar:

- Åtgärder mot förväxling
- Åtgärder mot oavsiktligt kvarlämnat material
- Åtgärder vid anläggande av blodtomt fält
- Kirurgisk rök
- Angående omhändertagande av biologiskt preparat
- Angående säkra läkemedels hantering intraoperativt

Kvalitetsrådet arbetar för närvarande med två "Riksföreningen anser och

rekommenderar". En om övertäckning av sterila instrument och en om rutiner för besökande till operationsavdelningen. Intentionen med dokumenten är att varje patient ska få en god och säker vård som vilar på kvalitet utifrån evidens samt skapa god arbetsmiljö för operationssjuksköterskor och medarbetare i teamet. Detta dokument kan med fördel användas som grund för verksamhetens riktlinjer. Dokumenten är vetenskapligt grundade och kan användas i sin helhet eller som utgångspunkt för verksamhetens egna riktlinjer. Enkelhet och tydlighet är kännetecknande samtidigt som de ger en kort information om syftet och en rad praktiska tips. Förhoppningsvis kan dessa leda till att vi följer enhetliga riktlinjer i hela landet.

Efter en genomgång av kvalitetsrådets arbete så övergick vi till att prata om bräckkirurgi och bräcknät. I dag används någon form av nätmaterial vid 99 procent av bräckoperationerna i Sverige. Fredrik Lindskog från Medtronic kom och föreläste om bräck och bräcknät. Det var en mycket intressant och lärorik föreläsning. Ett stort tack till Fredrik Lindskog och mina kollegor som kom på mötet och gjorde det till en trevlig kväll. •



Gotland

Gotland 26 mars 2019

Text: Åsa Eneqvist, distriktssamordnare

Måndagen den 26 mars bjöd jag in alla mina operationssjuksköterskekollegor till mitt femte distriktsmöte. Det blev en liten, men väldigt tapper skara som samlades på vårt konferensrum på centraloperation på Visby lasarett.

Kvällens program:

- Föreläsning, "Arbetsutrustning och bästa arbetssätt för att förebygga kontamination och skada på händerna" med Helen Hegardt från Mölnlycke.
- Information från Riksföreningen.
- Kvällen diskussionsfråga: Hur vi "marknadsför" vår väldigt roliga profession.

Först ut var då Helene från Mölnlycke. Vi operationssjuksköterskor utsätts



Gävleborg

dagligen för olika typer av risker där vi kan kontamineras eller skada våra händer. Syftet med själva föreläsningen var att upplysa oss hur vi kan åstadkomma en så säker arbetsmiljö som möjligt. Där vi kan upprätthålla en anpassad metod för att fastställa strategier för riskbedömning i vårt dagliga arbete. Att förebygga risker och öka medvetenheten vid kontaminering och skador på våra händer. Stickskadorna inom vården är väldigt vanliga och mörkertalet är stort, då alla skador inte anmäls. Genom denna föreläsning fick vi bra grund till att börja diskutera hur våra rutiner är på avdelningen och vad vi kan arbeta mer med för att kunna bli bättre på att undanröja samt förebygga dessa typer av skador.

Jag som distriktssamordnar för föreningen informerade sedan lite om allt vad föreningen gör. Vad det finns för utbildningar att gå, föreningens olika stipendium samt vad som är på gång.

Kvällen avslutade med en diskussion om hur vi marknadsför vårt yrke. Vad kan vi bidra till att fler söker specialistutbildningen inom operationssjukvård? Vi diskuterade om att det är bara vi som kan vårt jobb "utan och innan till" och det är då bara vi som kan vara ambassadörer för yrket. Samtalet fortsatte med att det är viktigt att bjuda in och ta väl hand om andra yrkesgrupper vi arbetar med, men även att bjuda in andra professioner för att visa vad vi gör, för "sälja in" vårt yrke. Fortsättningsvis pratade vi om, vad och hur vi pratar om vårt yrke. Inför andra yrkesgrupper men även vad och hur vi berättar om vår profession när vi är privatpersoner.

Tack kära Visby kollegor och Helene Hegardt för en trevlig kväll. •



Örebro

Örebro, 25 april 2019

Text: Inger Andersson, distriktssamordnare Örebro

Årets nätverksträff för medlemmar i Riksföreningen för operationssjukvård var i år på Universitetssjukhuset i Örebro. Att möta kollegor och byta erfarenheter ser vi fram emot varje år. Utöver att träffas fick vi även ny kunskap då Johan Nordenadler, Annika Fredriksson och Maria Rönnlund medverkade med föredrag.

I år var vi ca 30 stycken operations-sjuksköterskor med arbetsplatser i Örebro, Karlskoga och Lindesberg som

träffades. Johan Nordenadler, KS Solna Huddinge uppdaterade oss på temat "Vilka faktorer påverkar operationsmiljön på våra operationssalar?". Annika Fredriksson, operationssjuksköterska och huvudhandledare berättade om ett regionalt projekt för att skapa intresse för specialistutbildning för operation genom traineetjänst.

Som distriktssamordnare informerade jag om vad som är på gång i Riksföreningen under kommande höst och som avslutning berättade Maria Rönnlund, operationssjuksköterska på ÖNH kliniken USÖ om sin resa och arbete med "Mellanöronkirurgi i Kenya". Så roligt och intressant att få ta del och lyssna på detta. En trevlig kväll och vi ser fram emot att träffa alla operations-sjuksköterskor i Lindesberg om ett år. •

Rekommendationer från PRISS expertgrupper

Expertgruppsdokumenten revideras fortlöpande under 2019, och gäller efter revision tills vidare, dock längst till och med november 2021. De kan dock komma att ändras tidigare om ny kunskap tillkommer. Följande finns att ladda ned på lof.se

- Riskfaktorer samt optimering
- Profylaktiskt antibiotikum
- Uppföljning och infektionsregistrering
- Optimal operationsmiljö



NORNA arbetsmöte

NORNAS första möte för året hölls i Reykjavik 21–22 mars 2019. Samtliga nordiska länder var representerade. Mötet inleddes med en kort presentationsrunda. Våra kollegor från Island rapporterade om nybyggnation av sjukhus i Reykjavik. Detta har inburit problem för både patienter och personal. Avdelningar ska slås ihop och många i personalen får byta arbetsplats. De beskrev också en stor oro på arbetsmarknaden vilket resulterar i flertalet strejker bland sjukvårdspersonal och personal inom turismnäringen. Det sistnämnda blev vi själva drabbade av då hotellpersonalen blev uttagen i en endagars strejk.

Från Norge rapporterade våra kollegor om deras planering inför Internationella kongresser 2020 och 2021. Först ut är den 6:e NORNA kongressen i Bergen 9–11 september 2020. Samtidigt firas även 50 årsjubileum för NSFLOS, Norsk Sykepleierforbund faggruppe av Operasjons-sykepleiere. Norge ser fram emot ett stort deltagarantal från Sverige. Call for abstract publiceras på vår hemsida www.rfop.se inom kort. 2021 arrangeras EORNA kongressen i Stavanger. Norge får fler och fler specialistsjuksköterskor med Clinical Master degree. Utbildningen är på fulltid under två år med en ersättning som motsvara 80% av tidigare lön. Studenterna har 50% verksamhetsförlagd utbildning och 50% teoretisk utbildning. NSFLOS diskuterar fördelar med att vara medlem. Nu har många svårt att åka på möten och kongresser. Medlemmarna kräver dock mycket av föreningen men få vill arbeta ideellt. Frågor kring arbetsväxling och utbildning till First assistens diskuteras ur ett etiskt och lagligt perspektiv. Hur kan operationssjuksköterskan försvaras juridiskt om något går fel?

I Finland har en form av lämplighets-test införts på flera utbildningar vid antagningen. Våra kollegor berättade också om deras trevliga medlemsdag som den finska föreningens styrelse arrangerar årligen. Medlemsdagen ut-



Vänster sida Marja Sirkeinen Finland, Cellina Maj Björn Danmark, Gunilla Fredheim Norge, Anna Valsdottir Island. Höger sida. Aina Hauge Norge, Catarina Augustsson Sverige, Marianne Lundsten Finland, Janni Ulrich Danmark

görs av en kortare resa med övernattning. Denna gång var det fyrtornsbesök i skärgården. Först till kvarn kommer med på resan.

Danmark har nu fått en egen operationssjuksköterskesektion, FS OP Fagligt selskab for operationssygeplejersker. Kollegorna där kämpar för en specialistutbildning inom operations-sjukvård. De rapporterade att arbetet fortskrider. Det är svårt att få gehör hos politiker som inte ser vinsterna. Det är svårt att locka nya kollegor då det inte finns någon specialistutbildning. De behöver bättre argument och vädjar om hjälp från oss övriga länder. I Danmark arrangeras en medlemsdag på temat positionering. Flera nya sjukhus är under uppbyggnad.

Från Sverige rapporterade vi om våra utbildningssatsningar. Stark för kirurgi - Stark för livet som nu gått in en ny fas med två dagars kunskapsseminarier om levnadsvanor i samband med operation. Målgrupp är operations- och anestesijuksköterskor i första hand. Vi presenterade också Traumautbildningen som är indelad i två nivåer. Nivå 1 är en basutbildning i trauma och är en endagsutbildning. Kursen vänder sig till operationssjuksköterskor som i sitt arbete kommer i kontakt med trauma och akuta patienter och som vill öka

sin kompetens inom traumaområdet. Nivå 2 en fördjupad utbildning som pågår under tre dagar i samarbete med DSTC utbildning för kirurger. AnneMarie informerade även om aspirantprogrammet som pågår i Sundsvall. Utbildningen innebär att allmänsjuksköterskor anställs på operationscentrum och går bredvidgång under tre månader. Under den tiden ska sjuksköterskorna söka specialistutbildningen för operationssjuksköterskor som är en distansutbildning vid Umeå universitet. Vi diskuterade också farhågor kring snabbutbildning och arbetsväxling.

En viktig punkt som diskuterades är hur vi går vidare med NORNA. Flera länder byter styrelseledamöter och NORNA representanter vart tredje år. Från Sverige anser vi det är för kort tid då täta byten gör att vi inte kan påbörja och slutföra arbeten med samma personer. Varje land tar diskussionen vidare till respektive styrelser. Vi kom fram till att försöka arbeta aktivt med gemensamma guidelines. I Sverige finns redan Riksföreningen anser och rekommenderar. Nu tänker vi aktuella ämnen som rör hela Norden. Vi bildade två grupper. En grupp ska söka vetenskapliga artiklar och en grupp tar fram best practice. Övriga länder framförde önskemål om kirurgisk rök. ●



Nya kolleger

Riksföreningen vill gratulera följande nya kollegor till, examen inom Specialistsjuksköterskeutbildningen inriktning operationssjukvård. Grattis!

Karolinska Institutet

Kursansvariga: Susann Edvinsson Larsson, Annika Sandelin, Veronica Ramirez Johansson

Övriga lärare: Maria Klahr-Wikström

Examinator: Veronica Lindström

Bakre raden från vänster: Olivia Rosander, Melanie Lawrence, Anders Kussak, Emma Gummesson, Julia Litsiou, Agnieszka Hellsing

Främre raden från vänster Samiramis Abaie och Varin Juthamas Dangtub.

Sju blivande kollegor saknas på bilden.



Karolinska Institutet

Uppsala

Kursansvarig: Anna Hauffman.

Från vänster: Mathias Blom, Francesco Vaccarezza, Lina Lindgren, Hanna Nilsson, Marcela Bravo, Sara Akander, Maria Mimón, Jennifer Båskman och Eva Harlin.



Uppsala

Lunds universitet

Institutionen för hälsovetenskaper.

Från vänster: Moa Henriet, Nazgol Flensburg, Kristina Sjögren, Josefin Mathiesen, Mathias Johansson, Emma Bates, Linn Josefsson, Jessica Samuelsson, Johanna Svensson, Linda Magnusson, Tora Edgren, Maria Aune, Sara Bergén Johanna Kiendl och Hayat Mohamud Muqtar.

Saknas: Anna Smith



Lunds Universitet

Linnéuniversitetet

Växjögruppen

Kursansvarig: Maria Qvistgaard, Universitetsadjunkt

Bakre raden fr vänster: Ida Vigren, Amanda Ivarsson, Frida Karlsson, Helene Jönsson, Lisa Palm och Jennifer Hjærtstrand

Främre raden fr vänster: Martina Hultqvist, Anna Matre, Madeleine Rydgren, Tilda Öberg och Erika Jönsson

Saknas: Emma Svensson och Shilan Eliassi Sarzali



Linnéuniversitetet, Växjögruppen

Linnéuniversitetet

Jönköping och Linköpingsgruppen

Kursansvarig: Maria Qvistgaard

Studiegruppsledare Jönköping: Susanna Johansson

Studiegruppsledare Linköping: Jenny Nordin

Från vänster: Annelie Askling, Christina Fredriksson, Sara Adolfs-son, Camilla Skoogh, Joanna Trofast, Sofie Rydin, Malin Hising, Madeleine Smedberg, Anna Lindgren och Matilda Ek

Saknas: Anita Tiljander och Emma Westergaard-Nielsen



Linnéuniversitetet, Jönköping och Linköpingsgruppen



Göteborg

Institutionen för vårdvetenskap och hälsa i Göteborg.

Text: Monica Kolvered och Elisabeth Hansson Olofsson Göteborg

Vid institutionen för vårdvetenskap och hälsa i Göteborg, Göteborgs universitet har i juni 2019, 28 studenter examinerats som specialistutbildade operationssjuksköterskor och, erhållit en akademisk examen dvs magisterexamen. Förkunskapskrav till utbildningen är leg. sjuksköterska med kandidatexamen, förnärvarande krävs ingen yrkeserfarenhet, vilket innebär att en sjuksköterskestudent kan söka in ganska direkt efter sin sjuksköterskeexamen.

Inriktningsansvarig för kursen har varit docent Elisabeth Hansson Olofsson. Kursansvariga har varit docent Annette Erichsen Andersson, universitetsadjunkt och doktorand Sofia Erestam, universitetsadjunkt Monica Kolvered och docent Åsa Axelsson.

Utbildningen genomförs under ett år och är indelad i sex kurser: Specialistsjuksköterskans profession med inriktning mot operationssjukvård, 7,5 högskolepoäng (hp); Vetenskaplig metod, 7,5 hp; Intraoperativ omvårdnad, 7,5 hp; Intraoperativ vårdmiljö

och säkerhet, 7,5 hp; Klinisk fördjupning inom operationssjukvård, 15 hp och Examensarbete i omvårdnad med inriktning mot operationsvård, 15 hp.

Årets uppsatsämnen handlade bl.a om; Operationssjuksköterska i en tekniskt avancerad miljö; Faktorer som påverkar ventilationen och som leder till försämrad luftkvalitet i operationssalen; Dörröppningar under operation; Anestesi- och operationssjuksköterskors erfarenheter av teamsamarbete och patientsäkerhet i samband med barnoperation; Oavsiktligt kvarlämnat material i samband med kirurgi; Påverkar WHO:s checklista kommunikationen på operationssalen?; Operationssjuksköterskors erfarenheter av kommunikation och samarbete med kirurg; Är det bättre att arbeta deltid än heltid som operationssjuksköterska för att undvika utmattning?; Att modifiera eller inte modifiera? – följsamhet till WHO:s checklista och Kommunikation i den perioperativa fasen och: kommunikation och teamarbete mellan operationssjuksköterskor och anestesijuksköterskor i operationssalen – en kvantitativ enkätstudie.

Från vänster nedre rad: Josefine Jakobsson, Andreas Kjellner, Anura Bladh, Mikael Kristiansson, Linn Holm, Mikael Timmerlov,

Längst ut till vänster: Natalie Lindberg, Sofia Baker.

Övre raden från vänster; Sofia Erestam (kursansvarig), Ruby Nilsson, Helena Larsson, Linda Sverin, Susanna Berg, Viktoria Mark, Hanna Keena, Helena Hayman, Jenny Alm, Erika Aliosman, Emma Vilemyr, Darja Singborn, Monica Kolvered (kursledare)

Längst ut till höger: Åsa Brogren, Annika Bartley

Saknas på fotot gör: Max Garpetun, Jenny Almung, Sandra Andersson och Gezime Zuta Kurtisi

Löner och arbetsvillkor

Jag har härmed ofrivilligt sållat mig till debatten om sjuksköterskors löner och arbetsvillkor. Ett studielönsavtal har tvingade in mig på ämnet. Hunger efter utbildning, kunskap och vidareutveckling ledde mig in på spåret som specialistsjuksköterska. Men den extremt särskilda kompetens som det innebär att vara specialistsjuksköterska inom operationssjukvård ligger ännu längre bak i löneförhandlingarna än sjuksköterskeyrket i stort. Det lönar sig alltså mer att förbli grundutbildad. Det här är min berättelse om lovade lönesamtal och hållhakar som har satte mig i en beklämmande situation med human resources som osynlig motpart.

Naiv som jag var skrev jag förra året på ett anställningsavtal för studielön för ett år på Akademiska sjukhuset medan jag gick specialistsjuksköterskeutbildningen inom operations-sjukvård på Uppsala Universitet. Samtidigt skrev jag på ett avtal med HR där jag förband mig att arbeta kvar på Akademiska sjukhuset två år efter avslutad utbildning som ett moraliskt tack för att de betalat mig lön under studieåret. Det lät helt okej. Men vad skulle då ingångslönen för mig som operationssjuksköterska ligga på? Det kunde inte avgöras vid denna tidpunkt utan en löneförhandling skulle hållas den dagen vi blivit placerade på en operationsavdelning. De kunde däremot försäkra att lönen jag fick som studielön endast motsvarade en grundutbildad sjuksköterskas lön inget annat.

I slutet av februari i år började oron krypa när några av oss fick mail från HR-avdelningen där de undrade vart vi hade sänt våra önskemål om placering. Va? De skulle ju sänt oss en lista på vilka enheter som var tillgängliga att välja mellan. Vi beslutade att i samlad trupp gå upp till HR-avdelningen och prata med dem. Oron spädades på att HR visste varken ut eller in om hur många vi var som var anställda med studielön eller vad vi hade blivit lovade på intervjuerna

för nästan ett år sedan. Detta samtal skedde i en korridor med förbipasserande människor. Ett professionellt sätt att hantera detta hade varit att boka en tid med oss, då hade vi fått tid att lugna ner oss och de hade fått tid att förbereda sig på att svara på våra frågor. Tyvärr föreslogs aldrig detta utan höjden av dåligt ledarskap infann sig när det insinuerades att vi hade skrivit på ett avtal som sa att de fick placera oss var de ville med vilken lön de kände för.

Verklighetsuppvaknande

Efter detta, lite väl tydliga verklighetsuppvaknande hamnade jag på en fantastisk opererande enhet min sista praktikperiod och hade den stora turen att HR faktiskt, efter önskemål från både min och enhetens sida placerade mig där. Jag väntade på att bli kallad till en löneförhandling. Med två veckor kvar till att jag skulle börja jobba hörde HR av sig till mina avdelningschefer om vilken lön jag skulle ha. Ingen löneförhandling. HR hade skickat det färdiga anställningsavtalet, med en lön som knappt är högre än vad jag snart hade varit uppe i som grundutbildad sjuksköterska, till verksamhetscheferna. De hänvisade till att det var HR som håller i lönerna och att de inte gavs något utrymme för att föra dialog om detta. HR hänvisade till att lönen var satt i samråd med verksamhetscheferna. Jag fortsatte ytterligare några veckor att strida för min värdighet men gav tillslut upp, det var som att förhandla med en vägg men efter att ha arbetat i några veckor på min nya avdelning kallades jag till möte av HR "Efter allt som hänt..." Okej, schysst då kanske HR vill visa lite good will i det här och kolla att jag kommit på plats ordentligt och dra ett streck över de gångna tråkigheterna. Några sekunder in i mötet framgår det med all tydlighet att så inte är fallet. Jag blir ifrågasatt vad problemet är. Uppläxad i hur jag betar mig och att jag borde vara tacksam över att sjukhuset har betalat min utbildning.

Jag har alltså inte arbetat på sjukhuset förut, bara mindre kliniker, och känner mig uppriktigt överrumplad över attityden de har. Jag har aldrig blivit behandlad på det här sättet tidigare av en arbetsgivare. Känslan av att vara livegen kväver mig. Vid närmare eftertanke slår det mig att det inte ens är lönen det handlar om utan det faktum att det känns som att jag ägs av någon. Av någon som dessutom hävdar sitt ägandeskap. Lusten att vara specialistsjuksköterska med inriktning mot operationssjukvård har förlorat sin glans. Jag vill inte längre arbeta för Akademiska sjukhuset. Överväger faktiskt om det rentav skulle vara värt att gå tillbaka dit jag kom ifrån och betala tillbaka de pengar som jag är skyldig. Jag funderar till och med på att belåna mitt hem med ränta för att betala tillbaka bara för att slippa anknytningen till sjukhuset helt och hållet.



Jennifer Båskman

Jag blir så matt bara av att skriva dessa rader, jag är så innerligt trött på den här debatten och har försökt att hålla mig undan den

men det här är ett problem som blev personligt. Ett allvarligt sådant. Med risk för att vara sist på bollen, men det handlar ju faktiskt om grundattityden gentemot sjuksköterskor. Om jag inte är värd att bemötas med respekt av min egen HR-avdelning hur ska vi då kunna förvänta oss att yrket skall respekteras i de politiska kretsarna och att pengar skall avsättas till att höja sjuksköterskors löner och därmed automatiskt förbättra våra arbetsvillkor.

Det var mitt något dystra bidrag till debatten. På återseende i annan anda. •

RFop kalendarium



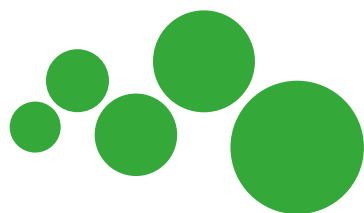
RFop är aktiv i olika projekt, seminarier och tillfälliga utbildningar – både självständigt och i samverkan med andra. Alla utbildningar och evenemang som RFop bedriver ska stärka och utveckla ledarrollen inom den perioperativa omvårdnaden samt främja utvecklingen av densamma. Vi arrangerar årliga utbildningar i form av bland annat Hygienforum, Höstkongressen och Chefkonferens. Dessa hålls i syfte att synliggöra aktuell forskning, kunskap och erfarenhet inom perioperativ omvårdnad.

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

2019 26–27 September Levnadsvanor i samband med kirurgi	2019 22 November Trauma-utbildning, Nivå 1	2019 28 November Chefnätverk	2019 28–29 November Höstkongress	2019 29 November Chefkonferens	2020 6–7 Februari Levnadsvanor i samband med kirurgi
2020 14 Februari SPOR nätverksräff	2020 15 Februari Perioperativa sjuksköterskans dag	2020 12 Mars Chefnätverk	2020 20 Mars Trauma-utbildning, Nivå 1	2020 14–15 Maj Hygienforum	2020 28 Maj Chefnätverk
2020 10 September Chefnätverk	2020 25 September SPOR nätverksräff	2020 1–2 Oktober Levnadsvanor i samband med kirurgi	2020 23 Oktober Trauma-utbildning, Nivå 1	2020 5 November Chefnätverk	2020 26–27 November Höstkongress

POSTTIDNING B

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



Mölnlycke®



MEDI PLAST



Medtronic
Further, Together

CRC
medical

BERNER
Medical

B | BRAUN
SHARING EXPERTISE

Johnson & Johnson MEDICAL
DEVICES
COMPANIES

stryker

VINGMED

KEBOMED