

Uppdukat

Nr 3 september 2020 årgång 32





SQ.line® - För en enklare steril-
hantering och bättre ergonomi
för ortopeden

- 70% bättre grepp
- Ergonomiskt utformade
instrument minskar tryck-
punkter och ledspänning
- 25% mindre handkraft för
att klippa igenom trådar
- Tidsbesparande, då manuell
fördisk kan uteslutas



reddot design award
winner 2019

AESCULAP® SQ.line®

NYA INNOVATIVA KIRURGISKA INSTRUMENT

Utgivare

Riksföreningen för operations-
sjukvård ISSN 1101-5624.

Upplaga

1700 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 inbetalnings-
blanketten och märk med
Uppdukat. Adress och/eller
namnändring görs till:
Elisabeth Liljeblad
prenumeration@rfop.se

Prenumeration via agentur
450 kr per kalenderår

Omslagsbild: Covid-19

Foto: Jennifer Båskman

Annonser

annonsansvarig@rfop.se

Redaktion

Kristina Lockner
Yvonne Törnqvist
Jennifer Båskman
Marina Emanuelsson

**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 2020 årgång 32

Redaktionens ord...**sid 4**

Porträttet...**sid 6**

Coronavirus och covid-19...**sid 8**

SIS arbetet under
Covid-19 pandemin...**sid 10**

MDR skjuts fram ett år...**sid 11**

Anonyma vittnesmål från
en tung tid ...**sid 12**

Sjuksköterskans år...**sid 14**

Före Covid-19...**sid 17**

Att vara ny som chef mitt
under covid- 19 ...**sid 18**

Att vara ny på jobbet –
varje dag! ...**sid 20**

Min operationsavdelning...**sid 24**

Bortvalda och överkörda...**sid 26**

En del slutar, andra stannar...**sid 28**

Boktips...**sid 32**

Hygienfrågan...**sid 33**

Redaktionen tipsar...**sid 34**

Föreningsnytt...**sid 36**

sid 14



sid 34



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: Poo Sjöberg



Jag hoppas att när jag ska skriva Redaktionenens ord till Uppdukat nr 4 att det är fler ljusglimtar och att vi börjar se "tiden efter corona" närma sig.

Jag hoppas ni alla haft några veckors semester och att ni fått varit friska. Det har varit en lång tid nu då många av er haft en mycket annorlunda vardag, kanske på en ny öppnad covidavdelning, eller på en operationsavdelning som ej fått operera eller kunnat operera pga materialbrist. En tuff, annorlunda tid som jag tror vi kommer att se som en skiljetid, när vi i framtiden pratar före och efter coronapandemin.

Jag var naiv och trodde att hösten skulle komma med fler svar och att vi skulle se att vi närmade oss "tiden efter" covid-19. Nu sitter jag här och har precis haft en arbetshelg med RFops styrelse via teams! Och vi har fattat beslutet att skjuta upp årets Höstkongress och Chefkonferens till februari 2021. Det är i sammanhanget såklart trivalt fast längtan efter att kunna träffas, nätverka, utbilda sig, dela med sig av sina erfarenheter från denna tid med covid-19 är stor.

Hur ser det ut med den vårdskuld som uppstått på grund av pandemin? Finns den överallt? Det kan man i alla fall tro när man läser i dagspressen, det finns uppgifter som säger att

cirka 70 000 operationer till, hade under normala förhållanden, kunnat genomförts fram till nu. Dagens Nyheter menar att det kan handla om uppemot 185 000 personer som står i kö för en operation. Läkarförbundet har föreslagit att det ska skapas nationella väntelistor för de behandlingar som kan få längst vårdköer och där patienter kan fara illa av att vänta. I deras prognos som bygger på SPOR är risken om pandemin fortsätter 200 000 inställda operationer i år. Det är ett ökat lidande för de som väntar på att få sin operations genomförd och en stor kostnad för samhället med fler sjukskrivningar.

Jag känner en stor oro för hur denna vårdskuld ska "betalas". Kommer vi åter att se verksamhetschefer med kreativa, mer eller mindre patient-säkra, lösningar när de saknar operationssjuksköterskor? Eller kommer de att se över arbetsmiljö, villkor, kompetensutveckling mm och få den redan anställda att stanna och på så sätt även attrahera och rekrytera nya medarbetare med rätt kompetens? Det behövs en plan både för att börja ta hand om alla väntande patienter och det utan att sätta patientsäkerheten ur spel eller att "köra slut" på alla medarbetare. Fast jag har även hört positiva exempel från operationsavdelningar som under pandemin kunnat operera bort hela sin kö, hur är det hos er? Vi vill fortsätta att följa utvecklingen. Hör av er, rfop@rfop.se, och berätta.

I detta nummer finns en hel del berättelser vi fått in under sommaren om hur arbetet förändrats för operationssjuksköterskor pga pandemin, runt om i landet. Vi väljer att presentera flertalet av dem anonymt med hänsyn till skribenten. På sidan 26 kan du läsa en populärvetenskaplig artikel av Ulla Caesars, Bortvalda och överkörda, den är mycket aktuell. Så även Ereboundi Arakelian artikel, En del slutar, andra stannar, som tar upp vad det är som gör att vissa väljer att stanna kvar på sin arbetsplats medan andra väljer att sluta.

Trauma är något som, oavsett pandemi eller ej, händer och vi kommer den 23 oktober att genomföra Trauma utbildning nivå 1 Basic trauma som planerat. Vi har några platser kvar, läs mer och anmäl dig på rfop.se under utbildning och evenemang. SPOR nätverket har sin utvärdering och uppföljningsträff den 25 september via teams, var du inte med i februari fast önskar vara med nu? Häng på, det är en tvåtimmars träff som vi denna gång håller kostnadsfritt, läs mer och anmäl dig även till denna på rfop.se.

Jag hoppas när jag ska skriva Redaktionenens ord till Uppdukat nr 4 att det är fler ljusglimtar och att vi börjar se "tiden efter corona" närma sig.



Mölnlycke® kundanpassade set

Allt du behöver vid ett ingrepp, i ett kundanpassat operationsset

Med Mölnlycke® kundanpassade set kan du:

- spara tid genom kortare förberedelsetid
- skapa patientsäkerhet preoperativt
- skapa ett set med exakt de produkter du behöver
- inkludera alla engångsartiklar - nu även laparoskopiska instrument
- minimera antalet förpackningar vilket leder till minskad mängd avfall

www.molnlycke.se/produkter-losningar/molnlycke-kundanpassade-set

Kontakta din lokala Mölnlycke produktspecialist och lär dig mer om hur du kan uppnå effektivitetsvinster med Mölnlycke kundanpassade set.

Läs mer på www.molnlycke.se

Mölnlycke Health Care AB, Box 13080, 402 52 Göteborg. Tel. 031 722 30 00. info.se@molnlycke.com
Mölnlycke varumärken och logotyper är globalt registrerade av ett eller flera företag i Mölnlycke Health Care gruppen.
©2019 Mölnlycke Health Care AB. Med ensamrätt.





Porträttet

Ann-Louise Johansson



Jag tycker att det är viktigt att synliggöra operationssjuksköterskan i den perioperativa vården i verkligheten. Hur vi arbetar varje dag. Operationssjuksköterskan är en mycket viktig person i denna speciella omvårdnad.

Mitt namn är Ann-Louise Johansson och jag är 50 år gammal. Jag tog min examen som operationssjuksköterska januari 1994. Jag har arbetat på operation, vårdavdelning samt mottagning med kirurgisk inriktning sedan dess. Det blir 26 år i år. Den arbetslivserfarenheten tycker jag har gett mig ett bredare synsätt på patienten, sett ur ett perioperativt perspektiv. Eftersom man träffar patienten både före och efter operationen. Det är mycket intressant att få höra patienter berätta om sina erfarenheter och upplevelser från operation.

Allt är bra med att vara operations-sjuksköterska men det jag känner mig mest är att patienten får den behandling och lindring som hon/han behöver. Nackdelarna med yrket är att man står länge, kan bli väldigt trött i benen och kroppen. Ibland behöver man hålla vissa instrument statiskt under en lång tid. Händer även att man får ta emot vissa operatörers frustration över dålig instrumentkvalitet eller bara att de har en "dålig dag", vilket är jättetråkigt! Som tur är händer det inte så ofta.

Ingen erfarenhet

Jag hade ingen tidigare erfarenhet från operation när jag började utan hade bara varit där en gång som undersköterskelev, vilket resulterade i att man knäsvag fick inta soffläge. Men jag fick möjlighet att vara med på operation en dag tidigt i sjuksköterskeutbildningen som väckte en nyfikenhet. Tyckte det såg så spännande ut! Både själva arbetet med att instrumentera och vara en del i teamet runt patienten. Den tekniska apparaturen, helheten kan man säga. Beslutet att läsa till operationssjuksköterska var inte svårt att ta.

Utbildningen gick jag på Göteborgs vårdhögskola. Det var en intensiv

utbildning. Jag läste 80 poäng på två år och det var mycket praktik. Vi hade praktik både inom primärvård och vårdavdelning samt lång praktik inom operationssjukvård. Allmänkirurgi samt ortopedi även akutmottagning och narkos ingick. Vi skrev även en uppsats, inte lika omfattande som dagens studenter, men vi följde en vetenskaplig metodik. Jag kommer ihåg att det var roligt även om det var jobbigt naturligtvis. Mängden praktik gjorde att jag till en viss del kände mig trygg i min yrkesroll redan från början, även om jag hade mycket fjärilar i magen till att börja med. När jag var färdig i januari 1994, fanns det gott om operationssjuksköterskor. Ont om jobb var det också. Det var många som läste ytterligare för att komplettera sin utbildning. Jag fick själv ett två veckors vikariat på kirurgoperation som förnyades varannan vecka. Jag var väldigt glad över det!

Flera arbetsplatser

Jag har arbetat på flera sjukhus som Sahlgrenska universitetssjukhuset, Östra sjukhuset, Högsbo sjukhuset, Frölunda specialistsjukhuset samt Lundby sjukhus. Har även arbetat på privata kliniker. Jag har arbetat med många olika specialiteter. Tycker om omväxling, jag blir lätt uttråkad om det är för enformigt. Jag har inte gått några utbildningar på universitetet efter min specialistutbildning men jag har gått många kurser som gett mig mycket kunskap inom mitt yrke. För att hålla mig uppdaterad läser jag många artiklar relaterat till min specialitet. Försöker även att komma iväg på kurser och utbildningar. Jag kan rekommendera andra operations-sjuksköterskor att prova att arbeta med olika specialiteter, det är viktigt att känna att man lär och utvecklas kontinuerligt. •

Coronavirus och covid-19

Det är och har varit en annorlunda tid för oss alla. Covid-19 drabbar inte bara de som blir sjuka utan samtliga av oss är på ett eller annat sätt påverkade av viruset. Vi i Riksföreningen för operationssjukvårds styrelse hoppas att du har haft en hanterbar arbetssituation, fått semester och att du är frisk!

Även som förening är vi påverkade, vi ställde in Hygienforum och andra utbildningar under våren, vi har ställt in höstens första evenemang, Chefnätverket den 10 - 11 september. Däremot hoppas och tror vi att vi ska kunna genomföra SPOR, Trauma nivå1, Levnadsvanor, Höstkongress och Chefkonferens, se kalendariet.

Vi har fått in många berättelser om hur vardagen för en operationssjuksköterska har påverkats, här presenterar vi en del av dessa. Vi väljer att presentera dem som en gemensam artikel och anonyma författare.

Operationssjuksköterskans roll i pandemin

Hur har operationssjuksköterskor använts och hur har vår kompetens tagits tillvara på i pandemibekämpningen? Vi som ändå ska vara något av hygienspecialister. Inte nog med att vi är specialister på smittvägar vi är också ganska vassa på skyddsutrustning och kan utan större svårigheter förklara skillnaden på ett munskydds funktion med tillhörande klasser samt motsvarande för andningsskydd. Har vi kallats in för att utbilda och ge råd?

Flera av oss reagerade nog när Karolinska Institutet kom ut med utbildningsfilmer för hur vi ska ta av och på oss skyddskläderna korrekt. Varför i hela fridens namn ska vi ta av oss rock och handskar separat och riskera att kontaminera oss själva däremellan? Var och varannan operationssjuksköterska har en teknik för att dra av sig allt-i-ett och dessutom linda ihop allt i ett paket så att den potentiellt kontaminerade ytan aldrig är vänd utåt med risk för att någon kommer åt den. Faktum är att vi bär

dess skydd dagligen, rock, munskydd och visir. Vi har dessutom ofta blyförkläden under vårat extralager och varmt på sal, vissa av oss arbetar också i ytterligare förhöjda rumstemperaturer relaterat till operationer av brännskador. Vi hade kunnat tala om att det kommer att bli svettigt och skava.

Med det sagt så är det inget större fel på utbildningen i stort och det var bra att den kom ut. Men det här väcker frågor hos oss på redaktionen. De kollegor vi hittills har pratat med har inte kallats in som specialister inom hygien utan endast till att förstärka sjuksköterske- och undersköterskebe-manningen. Vissa av oss har dessutom fått stå och titta på medan våra anestesikollegor slitit ut sig på extrainsatta IVA-avdelningar medan vi har städad skåp och förråd till förbannelse på våra operationsavdelningar. Visst många av oss operationssjuksköterskor kan känna ett stygn av oro för att gå ut och jobba på avdelningar när vi inte rört oss i dessa omvårdnads-kretsar på några år och det är kanske inte där vi gör oss bäst heller.

Men hade vi inte kunnat användas i utbildande och samordnande syfte för de vårdhygieniska aspekterna? Hade inte vi kunnat användas till att utbilda personal på alla nivåer? För att besvara frågan om vi verkligen tog till vara på operationssjuksköterskan specialistkompetens inom vårdhygien i bekämpningen av COVID-19-pandemin så är svaret tyvärr nej. Vi behöver ta reda på varför. Är det en oförståelse för vårat yrke och vår kompetens eller är det generellt en dålig samordning av vården?

Ett förändrat arbetssätt

Jag jobbar med Inköp och upphandling och fredagen den 13:e mars blev den första av många dagar med arbete hemifrån. Jag valde att stanna hemma på grund av en sjukdomskänsla, vad jag inte visste då var att det skulle bli min nya vardag. Redan under den första veckan hemma blev det förändrade arbetsuppgifter och jag fick övergå

att arbeta med "udda leverantörer" det vill säga leverantörer som sedan tidigare inte har avtal med Västra Götaland. Tillsammans med två kollegor fick jag ansvar att gå igenom vad respektive leverantör hade att erbjuda. Det var inte bara företag som ville sälja utan det inkom mycket donationer till olika verksamheter. Den mest speciella donation som jag själv fick hantera var tio vegetariska pizzor som skulle levereras till IVA. När man såg att det fanns brister på skyddsmaterial så som andningsskydd, handsprit och handskar från våra vanliga leverantörer fick vi uppgiften att efterfråga det bland "udda leverantörerna". Innan vi tog kontakt kontrollerade vi att de var registrerade bolag i Sverige. Vi bad sedan in om certifikat, bilder och annan relevant dokumentation för produkterna. När de sedan återkom kunde vi materialkonsulenter avgöra om produkterna uppfyllde de krav som VGR har. Det som ansågs vara av kvalitet vidarebefordrades till ansvarig inköpare.

Arbeta hemifrån är för mig en ny erfarenhet. En positiv sådan. Tycker att jag är mer effektiv och att jag får en bättre arbetsro. En annan fördel för mig som normalt sett sitter i kontorslandskap, kan ta ett spontant samtal när jag arbetar hemifrån vilket annars inte är möjligt på samma vis. Visst blir det inte så socialt när man arbetar hemifrån men för egen del är det inte därför jag går till arbetet heller. Jag märker att jag glömmer ta pauser utöver min lunch vilket oftast är annorlunda på kontoret då man ibland spontant fastnar med kollegor vid kaffeautomaten.

Som det ser ut nu kommer arbetet fortsätta på distans även i höst om inte Folkhälsomyndigheten kommer med nya riktlinjer. Det är även lite osäkert hur vi skall kunna utföra vårt arbete tillsammans med våra projektgrupper om läget inte förändras. För vår del gäller det att i så fall tänka om och försöka få våra medlemmar att deltaga digitalt, minst sagt en utmaning för oss alla!

TA HAND OM VARANDRA

VAR UPPMÄRKSAM på hur dina kollegor mår. Genom att ni ser varandra kan ni också ge varandra ett gott stöd i vardagen:

- Fråga varandra "hur mår du?" på ett sätt som öppnar för ett uppriktigt svar.
- Uppmuntra och bekräfta varandra.
- Lagg märke till om någon börjar tappa humöret, eller är starkt känslomässigt påverkad och hjälp personen att ta en paus.
- Kan du inte själv stötta din kollega, vänd dig till din närmaste chef och berätta det du ser.

STÖD TILL EN KOLLEGA som är känslomässigt påverkad av en tuff situation eller händelse, kan förstärkas om du:

- Lyssnar aktivt.
- Ställer öppna frågor.
- Håller fokus på din kollegas upplevelse utan att börja prata om dig själv.



BEHÖVER DU HJÄLP att bearbeta situationen eller en enskild händelse?

1. Prata i första hand med din närmaste chef.
2. Behöver du mer hjälp vet din chef var du kan få ytterligare stöd.

KAROLINSKA
UNIVERSITETSSJUKHUSET

TA HAND OM DIG SJÄLV

VAR UPPMÄRKSAM på ditt fysiska och psykiska mående:



- Äter du tillräckligt?
- Sover du tillräckligt?
- Vad behöver du nu?
- Vilka tankar eller känslor håller sig kvar i dig?

HITTA EN VENTIL för att bearbeta händelser eller känslor:

- Checka ut tillsammans med kollegor när varje arbetspass är slut.
- Hitta någon eller några du kan prata öppet med.
- Skriv dagbok.

ÅTERHÄMTA DIG när du är ledig:

- För att du ska få ordentlig återhämtning är det viktigt att du är ledig när du är ledig. Så, försök att lämna jobbet på jobbet.
- Begränsa ditt intag av information och nyheter.
- Ägna din lediga tid åt sådant som ger dig energi.
- Rör på dig – fysisk aktivitet är viktig för ditt välmående.
- Praktisera gärna medveten avslappning – hitta en metod som passar dig.



HANTERA DINA KÄNSLOR genom följande tankesteg:

- S** Stanna upp.
- T** Ta ett andetag.
- O** Observera dina tankar och känslor.
- P** Perspektiv: vilken är den stora bilden av situationen?
- P** Praktisera det som fungerar för dig. Vad är det bästa att göra för dig just nu?

Nytt arbete

Mitt nya arbete innebär omvårdnad som undersköterska och detta gör att min profession försvinner. När trackar ska göras är det vi operations-sjuksköterskor som planerar fast det är det enda. Arbetstiden är 100% för alla och schema som sträcker sig en månad i taget så efter maj vet vi inget. Inte om semester heller. Tiderna är 6.45-15.00 eller 13.30-21.45. Helger och vardagar. Vi arbetar ihop med IVA personal på min gamla dagkirurgavdelning som är omgjord till en covidavdelning.

Jag känner mig stressad av hela situationen, jag arbetar på covid-19 sal hela dagarna sedan 7 veckor tillbaka. Vi har mellan 7-10 patienter på covid-IVA Ryhov och i Eksjö är det fem och Värnamo har tre. Det planerades att alla patienter ska vara på Ryhov

men vi vet inte när. Det finns även lätt covidavdelning där andra arbetar.

Jag jobbar på Södra Älvsborgs sjukhus i Borås. Vi har haft det tufft i dessa Coronatider. Ledningen har ställt in operationer det är endast canceroperationer och akuta operationer som sker. Vi som operationssjuksköterskor arbetar som förstärkning på Corona IVA. Operationsavdelningen i Skene har stängt ner helt och arbetar för nuvarande hos oss. Dagkirurgin har också stängt ner och arbetar hos oss.

Vi har fått helt ändrade arbetsturer, scheman. Vi kan jobba kväll, dag eller natt. Det vet vi knappt dagen före. Det sker ingen bredvid gång utan vi i kastas in i en vård och en miljö som är helt ny för oss och vi förväntas ta ansvar. Vi utför uppgifter som vi är

obekväma i. Vi har 14 plaster på vår covid-IVA. Ett team består av 1 intensivvårdssjuksköterska, 1 undersköterska från iva, 1 anestesijuksköterska, 1 operationssjuksköterska eller undersköterska från operation. Ett team tar hand om vanligtvis 4 patienter.

Vi får ingen extra ersättning. Detta är ledningen tydlig med att de inte kan ge oss. Vi växlar mellan operation och covid-IVA. De av oss som har varit mycket på IVA mår dåligt de har t.ex. fått magproblem (gått ner 12 kg ofrivilligt i vikt) och sömnsvårigheter. Det är en mycket påfrestande miljö, särskilt för oss operationssjuksköterskor som inte riktigt vet vår plats och vad som förväntas av oss.

Vi blir stressade över när vi ska ta igen alla operationer som ställs in. Vem ska hjälpa oss då? •

SIS arbetet under Covid-19 pandemin

Den här våren har vårt arbete på SIS präglats av Covid-19 pandemin, precis som för resten av samhället. För att bidra till minimerad smittspridning så har SIS kontor på Torsplan i Stockholm varit stängt sedan den 13 mars och vi arbetar sedan dess digitalt hemifrån. Eftersom vår verksamhet är väldigt mötesfrekvent så har det ibland varit en utmaning med större möten och seminarier men det har fungerat förvånansvärt bra att hålla digitalt. Vi har även sett att deltagandet kan öka genom helt digitala aktiviteter och möten. Vi kommer med säkerhet att ta med oss mycket av det vi lärt oss av digitalt arbete när kontoret öppnar igen och vi ser såklart fram emot att träffa våra kollegor och kommitté-deltagare igen.

Tillsammans med den europeiska standardiseringsorganisationen CEN valde SIS tidigt att kostnadsfritt tillgängliggöra standarder inom personlig skyddsutrustning och medicintekniska produkter (dessa kan nås via sis.se). För den tekniska kommittén för operationstextilier (SIS/TK 333) finns därmed SS-EN 13795 *Operationskläder och operationsmaterial* och SS-EN 14683 *Operationsmunskydd* fritt tillgängliga. Vi har bedrivit vårt arbete i kommittén som vanligt i den mån det varit möjligt, dock med digitala möten. Våra deltagare arbetar i de branscher som varit väldigt påverkade av pandemin och har haft en mycket pressad arbetssituation.

Arbetsgruppen JAG 01, med deltagare från SIS kommittéerna sjukvårdstextilier och operationstextilier har fortsatt med sitt arbete att ta fram en vägledning som ger stöd för hur prestanda och mikrobiologisk renhet kan bibehållas under plaggens hela livscykel. Vägledningen riktar sig till de aktörer som hanterar plaggen och beskriver vad som behövs just där. Det handlar om tillverkare, tvätterier och vården som alla hanterar eller använder



Agneta Gunillasson

plaggen på olika sätt. I arbetsgruppen finns representanter för tillverkare, tvätterier, vården, provningsinstitut och akademi. Arbetet har pågått sedan 2019 och en bred remiss planeras under hösten med publicering runt årsskiftet. Välkommen att kontakta Alexandra Antoni om du är intresserad av att stå med på remisslistan och få en inbjudan till kommande seminarium.

Under den initiala fasen av pandemin fick vi på SIS också svara på väldigt många frågor från svenska företag som t ex ville lägga om sin produktion till att tillverka skyddsmaterial till vården eller som behövde hjälp med att tolka att material och produkter som köptes in uppfyllde standardkraven. Det kändes bra och viktigt att kunna hjälpa till med detta, och vi har också samlat information och vidare hänvisning till myndigheter och andra aktörer för olika typer av frågor. På grund av Covid-19 pandemin har EU-kommissionen också beslutat att implementeringen av det nya regelverket inom medicinteknik (MDR) ska skjutas ett år fram i tiden, till maj 2021. Det innebär också att man nu beslutat



Alexandra Antoni

att anta nya utgåvor av standarder som tidigare inte harmoniserats mot det fortfarande gällande och förlängda gamla regelverket (MDD), vilket är till hjälp för tillverkare när det gäller att leva upp till regelverken. •

Fakta:

Agneta Gunillasson
Projektledare SIS
SIS/TK 333 Operationstextilier

Alexandra Antoni
Projektledare SIS
JAG 01 Vägledning till den nya utgåvan av
13795 del 1 och 2

MDR skjuts fram ett år

Den medicintekniska förordningen skjuts fram ett år. Nytt datum blir 26 maj 2021.

Fram till den 25 maj 2021 är det alltså de gamla bestämmelserna, MDD/AIMD, som gäller. Swedish Medtech vill dock understryka att detta inte kommer att påverka de medicintekniska företagens arbete med att möta de nya krav som kommer att ställas när övergången till den nya förordningen träder i kraft. Det är ett arbete som påbörjades av företagen för flera år sedan och som fortsätter.

Den nya förändringen är dock viktig för att ge de medicintekniska företagen möjlighet att fokusera på att

bekämpa pandemin, som kommit att påverka hälso- och sjukvårdens ekosystem i Sverige, Europa och övriga världen. Branschens prioritet nu är att förse patienter, vård- och omsorgspersonal med säkra och välfungerande medicintekniska produkter. Det skapar en möjlighet att inom hela EU ansöka om undantag för särskilda medicintekniska produkter, till exempel de som är kritiska för att kunna bekämpa utbrottet av covid-19. •



Foto: by Lindahl

Kunskap in, bakterier ut.



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

Dopair är ett mobilt recirkulationsaggregat som rensar luften mycket effektivt. Våra mätningar visar regelbundet nivåer under 5 CFU/m³. Aggregatet fungerar lika bra i operationssalen som i uppdukningsrummet eller sterilenheten. Och det krävs ingen tidsödande installation. Det är bara att stoppa kontakten i närmaste uttag. Vill du veta mer om fördelarna med Dopair och se de senaste mätresultaten, ring Marcus Ragnarsson på 0705-89 63 32 eller skriv till marcus.ragnarsson@crcmed.com

www.crcmed.com



Anonyma vittnesmål från en tung tid

Som etisk vägledare får Cecilia Lundmark höra medarbetarnas berättelser om frustration, ilska och uthållighet som tryter. Här delar hon med sig av de anonyma vittnesmålen från en tung tid.

Hen sitter mittemot mig och jag möter en blick så fylld av förtvivlan och jag vet inte om jag kan bära, hålla och hårbärgera, men så kommer orden, först tvekan, ett i taget och sen öppnas en dammlucka. "Jag kan inte längre vara sjuksköterska, inget i mig klarar av det jag ska göra, jag är ständigt rädd och påminns hela tiden om min egna otillräcklighet, och så dör dom, fattar du, dom dör och dom får inte dö, och jag kan inte ringa så många anhöriga, och jag hör att dom tycker jag är fel person och jag kan inte trösta, kan du hjälpa mig, jag har så många patienter i mig, och någon säger att jag ska bygga en mur, men jag vill inte bygga en mur, jag vill våga vara nära, men då går jag sönder."

Det är en av mina svåraste stunder och jag påminner mig återigen om att vårdskulden må så vara, men personalskulden, vem tar hand om den. Min hjärna brinner, jag är så fylld av berättelser, de lägger sig under huden.

Kanske är det så här det känns att vara krigsfotograf. Jag är den som observerar och noterar, ser hur människor far illa. De som står i frontlinjen är sjuksköterskor, undersköterskor, fysioterapeuter, läkare och många fler. Självt är jag ute på avdelningarna som vårdar patienter med covid-19 och har reflektioner. Sedanmars 2020 samlar jag citat och lyssnar till känslor som tar sig uttryck i frustration, ilska, sorg och skratt. Jag hör hoppet i det hopplösa, uthålligheten som går förlorad, fötter som inte hittar marken och ett hemma som är borta. Jag möter ledsna människor som gett mer än de trodde att de hade möjlighet till. Så bär jag berättelserna och de samlas i mig och jag vet inte riktigt var jag skall lägga dem. Någon berättar om respirator som tystnat och närståendes skrik i korridoren. Hann de säga det som de ville säga till varandra?



Foto: Peo Sjöberg

Cecilia Lundmark

Hinner närstående ta farväl? Ger vi dem möjlighet? "Vi är nu uppe i 2,6 miljoner fall och oändligt många människor avlider" siffror som inte går att förstå, att ana betydelsen av och jag är trött.

Jag ser ledsna, trötta ögon hos någon som ringt fler närstående med dåliga besked än någonsin tidigare. Det är något hopplöst uppgivet i blicken. Berättelser om människor som dött ensamma och sen läggs i en svart licksäck, och så ska sjuksköterskan in till nästa patient, hinner knappt andas mellan.

Någon sitter alldeles tyst, ser ner i golvet, som om det vilar en trygghet i jorden, fötterna stadigt förankrade, jag rubbar inte mitt yttre, mitt inre är i kaoset, men det yttre är stabilt. Går in i rummet och landar på en stol nära fönstret, vad som kommer/vem som kommer vet jag inte, vart samtalet leder vet jag inte heller, numera har jag med mig näsdukar och ställer på bordet, det brukar behövas, nära till skrattet och nära till gråten. Jag ser sköra trötta medarbetare som inte stärks av applåder. Jag tänker ofta att jag skulle vilja trösta, ta hand om alla trötta ögon och ledsna leenden. Kanske allra mest de yngre, de som inte landat i sin yrkesroll, stabilitet och trygghet. Som jag önskar att jag

kunde trösta. Det händer att vi sätter oss en stund i tystnad, tar djupa andetag och sänker axlarna, förlåter oss själva och sen lyssnar vi, på varandra, bekräftar.

Så rör jag mig genom tysta korridorer och kommer in på nästa enhet. Det är ganska lugnt idag, personalen håller andan och vågar inte tro att det håller på att avta, adrenalinnivån är hög. Så frågar jag, lite sådär som jag brukar, hur har ni det, just nu, just här där du är, en sjuksköterska, jag tror ganska så nyutexaminerad säger, "jag känner mig så ensam, jag tycker det är så ensamt, och jag vet att ingen har tid att komma in och göra det mindre ensamt, jag skulle helst aldrig gå in på salen igen, men det måste jag ju, så är det bara".

Jag får så många meningar, staplar dom på varandra:

"Otillräckligheten, eller, det är inte skavet på näsan som gör ont, det är skavet i själen."

"När jag hämtar på förskolan då vill alla fråga och jag vill bara vara mamma. Så ringer närstående och är jätte, jättearga för smittan på Sahlgrenska, dom skulle ju få hjälp med annan sjukdom och då vill jag bara svara 'det är inte mitt fel, jag är bara en mycket ynkelig sjuksköterska'. Jag vågar inte längre säga att någon mår bra, litar inte till det jag ser, sen dör dom ju och då ska jag ringa och säga det, som en lögnare, en som inte kan något. Just så känns det, jag är oduglig, otillräcklig och när jag cyklar hem drömmer jag om andra jobb, långt från sjukvård och ansvar. Jag har jobbat här hela mitt liv och den där licksäcken, den kunde jag inte vänja mig vid och inte hinner jag sitta när dom dör. Så ska jag bestämma, låta anhöriga komma innan döden eller efter. Jag bara sover, så går jag upp och äter och sen sover jag, jag har

slutat leva utanför jobbet, så är det bara, och jag har slutat vara glad. Gråter när jag minst anar och sen är det tomt. Hjäromdagen hade vi en händelse och det bara piper i alla apparater och jag måste ha koll, det är ju därför jag är iva-sjuksköterska. De andra säger 'det piper' och jag hör inte varifrån pipet kommer och så är jag den enda med iva-vana och då blir det jag som ska kunna, bara jag. Jag är jätte, jättetrött."

"Jag kommer att sluta så fort jag kan, jag har varit sjuksköterska i sen i somras, och jag har bestämt mig, det här vill jag inte mera. När jag kommer hem är jag bara trött och vill sova, och lika bra, min familj ser mig som smitta och när jag hämtar på förskolan så undrar personalen om jag verkligen ska komma dit, dom vet vad jag jobbar med. Ensamheten är värst, inne på rummet vill jag ropa på hjälp, men det finns ingen att ropa till, alla är upptagna, och när jag behöver något utifrån så försöker jag göra en lista så ingen behöver springa för mycket, fast

ibland vet jag ju inte vad som behövs nästa gång. Det här hade aldrig gått om vi inte haft så bra samarbete, tänk alla som kommer hit och bara hjälper till, att dom orkar, vågar, jag är nästan alltid rädd. Och bara väntar på katastrofen, nä det här är inte bra. Covid- trött., I går hade vi en man som svor och skrek, spotade och tyckte att jag var den sämsta sjuksköterskan han mött, någonsin och jag kunde minsann ta av mig visiret och bli smittad... sen när jag kom hem så bara grät jag, jag gråter en hel massa. Nu funderar jag över vart jag ska ta vägen, om jag ska säga upp mig idag eller vänta efter semestern? Om det är två eller flera patienter som jag ska ansvara för, om dom är unga, om jag ska lära någon annan det jag inte själv kan. Men idag, idag är en ganska så bra dag, vi har suttit ner och vi har skrattat lite, åt det vansinniga kaos som vi försöker strukturera, och så fick jag ledigt en extra dag, la mig i gräset och andas in och ut, utan den där gräsliga masken, som ändå blivit vardag."

Stapla i det oändliga

Jag skulle kunna stapla meningar i det oändliga, och kanske är det just det som vi behöver få lov att göra, under lång tid framöver. Reflektera över vad vi varit och är med om. Berätta och bekräfta för varandra att det som gjorts för varje enskild individ har varit det bästa, given de förutsättningar som varit. Reflektionens betydelse för att få struktur och förstå för att sen släppa taget om det som varit, ta med sig erfarenheter och kunskaper in i det nya. Varje sjuksköterska, undersköterska, läkare, fysioterapeut och alla andra som arbetat under Covid – 19 har påverkats på något sätt, mer eller mindre och när vi talar vårdskuld så behöver vi komma ihåg personalskulden och ta väl hand om våra medarbetare över lång tid framåt. •

Fakta: Cecilia Lundmark, Leg SSK MSc/
Etisk vägledare Etiskt Forum, Kvalitets-
strategiska avdelningen, Sahlgrenska
Universitetssjukhuset



KUNDANPASSADE SET

Effektiva draperingar med
hudvänlig häfta

Lager i Sverige för snabba
och säkra leveranser

Stort urval av komponenter, t ex
inom laparoskopi och diatermi

Rockar (Halyard) för skön
komfort och bra barriär

Uppdukat helt efter
dina önskemål.

Med Vingmeds kundanpassade set får du allt du behöver för ett specifikt ingrepp. Packat och klart för uppdukning. Produkter som är utvecklade för att underlätta ditt arbete och med ny teknologi som minimerar risken för smittspridning. Till exempel SMS-teknologin

från Halyard som ger lågt fibersläpp och minskar risken för SSI. Dessutom har vi lager i Sverige för snabb och säker leverans.

Kontakta oss gärna för mer information.

Sjuksköterskans år

WHO har utlyst 2020 till sjuksköterskans och barnmorskans år. Att man valt just året 2020 är med anledning av att Florence Nightingale föddes det året för 200 år sedan. Hon räknas som grundaren till den moderna sjuksköterskeprofessionen. Genom hennes insatser höjdes statusen och synen på sjuksköterskeyrket. Året var tänkt att fira professionen men också öka allmänhetens medvetenhet om omvårdnad och visa på sjuksköterskors engagemang för dom vi är till för. En viktig samhällsfunktion som oavsett dag och omständigheter finns där och tar ansvar för professionen och vården av dom som behöver oss.

Men så kom en pandemi, Covid-19 och avbröt planerna på firandet och gav istället WHO och världens sjuksköterskor annat att tänka på. Covid-19 pandemin har inte minst inneburit stora utmaningar och omställningar för de operationssjuksköterskor som deltagit i vården av de svårast drabbade Covidsjuka. Men pandemin har också gett fokus på och lyft allmänhetens respekt för alla som arbetar inom sjukvården. Det var precis det som också Florence Nightingale gjorde under hela sin livsgärning genom en rad insatser som ligger till grund för en vetenskapsbaserad vård och att sjuksköterskeprofessionen idag är en högt respekterad profession.



Florence Nightingale (1820–1910) föddes i Florens under en av hennes välbärgade föräldrars omfattande resor i Europa. Hon fick namnet Florence

efter sin födelsestad. Hennes far var omåttligt rik och familjen umgicks i de högsta kretsarna av den engelska societeten vilket innebar stora fördelar för Florence. Samtidigt var hon kvinna i ett ytterst patriarkalt samhälle där en kvinnas enda uppgift och funktion var att gifta sig och bilda familj. Högre utbildning och yrkesliv existerade inte för kvinnor. Men hon hade turen att till viss del undervisas av sin far och familjen hade ett socialt umgänge med några av den tidens främsta matematiker och naturvetare. Hon utvecklade ett intresse för sjukvården och började tidigt själv skaffa litteratur och studera ämnet. 1837 vid 17 års ålder kände Florence att Gud pratade till henne och kallade till framtida tjänst. Att hennes liv hade ett högre syfte. Vilket syfte kunde hon inte förstå just då. Men det klarnade så småningom för henne att det var kopplat till hennes stora intresse för sjukvård och kallet från Gud var att hon skulle bli sjuksköterska.

Det fanns vid denna tid ingen särskild utbildning att bli sjuksköterska och det ansågs som en väldigt olämplig syssla för en kvinna från hennes samhällsskikt. Hon var envis men lyckades trots år av försök inte övertala sin far att få studera. Hon åkte på eget bevåg som 31 åring 1851 till Kaiserwerth i Tyskland för att där delta i en tremånaders lång sjukvårdsutbildning under ledning av diakonissor. Under utbildningen där fick hon också möjlighet att se operationer. 1853 var

hon åter i London efter att studerat vården på en rad olika sjukhus runt om i Europa och fick i London ett obetalt arbete som föreståndarinna på ett sjukhem.

Krimkriget

1853 bröt Krimkriget ut, engelska och franska trupper sändes till Krimhalvön för att tillsammans hjälpa Turkiet kriga mot Ryssland. En krigskorrespondent rapporterade tillbaka till England om de skrämmande och urusla förhållanden som rådde för de brittiska sårade soldaterna på de egna fältsjukhusen och det jämfördes med den franska armén som hade kvinnor som arbetade som sjuksköterskor på sina fältsjukhus. Dessa uppgifter var naturligtvis besvärande för den brittiska regeringen. Florence hade via sin familj personliga regeringskontakter och gavs därför uppdraget att samla ihop en grupp sjuksköterskor för att åka till det brittiska fältsjukhuset i staden Skutari, en del av nuvarande Istanbul.

Inför uppdraget intervjuade hon över 200 kvinnor men endast 38 bedömdes som passande. På sjukhuset i Skutari möttes de av stor misär med smutsiga sängar och trängsel, skadade soldater liggande på golv i smuts och blod. Överfyllda latriner, förfärlig lukt, råttor och löss. En idealisk miljö för bakterier som orsak till livshotande sjukdomar men vid denna tidpunkt kände man inte till bakterier. Florence genomförde stora förändringar kring hygien på sjukhuset. På en vecka kördes det bort 215 skottkärror exkrementer och djurkadaver. salarna städades rena, avloppsledningar rensades sängkläder tvättades, tvål och handdukar inköptes. Hennes åtgärder möttes från början med stort motstånd och misstänksamhet. Men Florence och de övriga sjuksköterskornas närvaro blev snabbt uppskattade. Florence lade stor kraft på att få ordning på journaler

"The very first requirement in a Hospital that it should do the sick no harm"

Florence Nightingale



*"Wise and humane management of the patient
is the best safeguard against infection"*

Florence Nightingale

och statistik i form av dödssiffror. Utifrån detta kunde hon sen plocka fram statistik och senare visa på att de åtgärder hon gjort var effektfulla. Inom några månader hade dödligheten sjunkit från 42,7% till 2,7%.

Brittiska armén försökte förklara att den kraftigt sänkta dödligheten under hennes tid på sjukhuset inte berodde på hennes hygieniska åtgärder utan genom att påstå att soldaterna skulle varit mindre allvarligt skadade mot slutet av kriget. Detta kunde Nightingale tillbakavisa genom att hon fört noggrann statistik över dödsorsaker, och kunde visa att minskningen av dödstal var kopplat till sjukdomar och inte krigsskador.

Operationer

Under Krimkriget använde de brittiska armeläkarna sig av ny operationsteknik för att amputera skadade extremiteter och de kunde också använda sig av kloroform vid operationer. Det är oklart hur vanligt förekommande användningen av kloroform var under Krimkriget. Vissa källor säger att trivala ingrepp så som att plocka ut kulor och reponera frakturer gjordes utan anestesi. Det finns andra beskrivningar som berättar att inga operationer utfördes innan patienten var helt under påverkan av kloroform. Äldre krigskirurger var generellt mer skeptiska till att använda medlet. Det beskrivs att det var svårigheter på slagfältet att använda kloroform eftersom det krävde en extra person för att sköta administreringen och det fanns sällan mer än en läkare till hands och denne behövdes som assistent vid operationen.

Florence insisterade ofta att hon skulle närvara när operationer skulle

ske på sjukhuset i Skutari. Det finns en berättelse att hon vid ett tillfälle skulle låtit kirurgerna vänta i 15 minuter, med patienten liggande på operationsbordet, innan de hittade henne och operationen kunde påbörjas. Fast det finns inget i berättelsen som säger vilken uppgift Florence hade vid operationerna, kanske var det hon som skötte anestesi. Florence försåg sjukhuset i Scutari med två stycken vad som omnämns som "kloroform-instrument". Vid de operationer som utfördes på sjukhuset såg Florence till att operationerna skedde bakom skärmar, detta för att förhindra att de soldater som hade sina sängar i närheten skulle se vad som skedde och då påverkas med försämrat mod om patienten skulle dö under operation.

Florence organiserade även så att de svårast sjuka samlades på ett ställe för att de där enklare skulle kunna övervakas, en föregång till dagens intensivvård.

Damen med lampan

Hon arbetade 20 timmar varje dag. Efter att de andra sjuksköterskorna gått till sängs på kvällarna vandrade Florence runt i mörkret med sin lampa och tittade till de sårade soldaterna vilket gav henne namnet "The Lady with the Lamp". Hennes närvaro var mycket uppskattad av de sjuka som brukade "kyssa hennes skygga" när hon gick sina nattliga ronder. För soldaterna blev hon symbolen för det goda. Soldaterna skrev hem och berättade om hennes insatser, med beskrivningar som att hennes blotta närvaro botade dem. Det fanns nån som gjorde skillnad.

Krimkriget var det första krig där krigskorrespondenter rapporterades

direkt till hemlandet vilket gjorde att man på hemmaplan kunde följa med i vad som hänt under kriget. Skildringarna var inte smickrande för arméns befälhavare men däremot för Florence som hyllades som en hjälte för sina insatser.

Vårdrelaterad infektion?

Under tiden i Krim insjuknade Florence i feber. Febersjukdomar var vanligt under Krimkriget oftast handlade det om tyfus (*Rickettsia bakterier*) och eller tyfoidefeber (*Salmonella Typhi*). Florence var allvarligt sjuk under några veckor och hon återfick aldrig sin hälsa helt. Efter hemkomsten till London var hon kroniskt sjuk med en rad olika symtom under de kommande åren och hon förblev, i stort, sängliggande resten av sitt liv. Under åren har det spekulerats i en rad sjukdomar som skulle varit orsaken till hennes dåliga hälsa. Allt från simulering, neurasteni, kronisk blyförgiftning, SLE, kroniskt trötthetssyndrom och PTSS (Post Traumatisk Stress Syndrom). Efter noggrann genomgång av Florence's symtom och sjukdomsnamnes tror man nu att hon var drabbad av kronisk Brucellos.

Sjukdomen behandlas idag med antibiotika men kan obehandlad leda till en rad kroniska allvarliga sjukdomstillstånd. Brucellos kallas även Maltafeber eller undulantfeber (undulant betyder återkommande feberperioder) sjukdomen är en zoonos och orsakas av bakterier som kan överföras från djur till människor. Bakterien återfinns i opastöriserade mejeriprodukter eller otillräckligt uppvärmt kött främst från get och får och är vanligt förekommande i mellanöstern och Turkiet. Möjliga smittvägar är även

inhalation eller direktkontakt med smittade kroppsvätskor via öppna sår eller slemhinnor. Det räcker med en låg smittdos för att infekteras, endast 10-100 bakterier kan behövas för att orsaka sjukdom. Under Florence arbete med vård av sjuka och sårade soldater fanns många risker med smittöverföring via kontakt med blod och andra kroppsvätskor. Det fanns vid denna tidpunkt inte heller någon kunskap, rutin eller möjlighet till handtvätt eller skyddsutrustning.

Vetenskapsbaserad vård

Florence var trots sin dåliga hälsa hårt arbetande och produktiv och gjorde många insatser för en vetenskapsbaserad vård. Hon skrev, forskade och verkade som konsult åt regeringen i hälsa och sjukvårdsfrågor. Hon var en erkänt kompetent statistiker. Florence ansåg att sjukhus behövde förbättra och föra jämförbar statistik över sina behandlingsresultat där statistiken skulle vara uppdelad utifrån ålder, diagnos och kön. Man skulle också rapportera behandlingar t.ex. operationer där utfallet skulle redovisas och då inte enbart i termer som dödlighet utan även olika komplikationer. Detta var idéer som ansågs kontroversiella då många läkare vid denna tid var misstänksamma att överhuvudtaget använda statistiska metoder inom medicinen och att behandlingsstatistik ifrågasattes eftersom varje patient är unik och statistik inte skulle kunna avgöra hur patienter ska behandlas.

I sin bok *Notes of Hospitals* utgiven 1863 skriver Florence om sjukhusstatistik:

Varje sjukhus bör årligen redovisa statistik där även de operationer som utförts ska ingå, och då inte bara i siffror som dödstal utan Florence menar att en av de viktigaste parametrarna att följa är komplikationer efter operationer. Här ger hon förslag på tabeller vilken information som bör finnas med. Några exempel på dessa är; patientens ålder, kön, kroppsbyggnad, orsak till ingrepp och datum för operation, full återhämtning, komplikation eller död. Florence menar att man först genom denna statistik kan säga vilket resultat ett ingrepp haft, man kan då också i denna statistik se samband och finna förebyggbara orsaker till död. Hon fortsätter påtala vikten av att man avvänder lika terminologi och samma begrepp för utförda operationer och komplikationer.

Efter att Florence gått igenom statistik



Foto: Peo Sjöberg

Lasse Salomonsson

för vid den tiden utförda operationer på olika sjukhus drar hon två slutsatser.

- Sjukhusens sanitära förhållanden har mycket större inverkan på operationers resultat än vad man kunnat föreställa sig.
- När man beskriver komplikationer efter operationer används inte samma namn för att beskriva samma sak.

Det känns som att vi även 2020 kan finna värde i Florence's 150 år gamla tankar om vikten att samla, utvärdera och omsätta fakta. Florence drev själv ett sjukhus i London, men efter att hon granskat sjukhusets statistik stängde hon förlossningsavdelningen då det visat sig att mödradödligheten var högre där än vid förlossningar i hemmet.

1860 grundade Florence världens första icke religiösa sjuksköterskeskolan, *The Nightingale Training School for Nursing* i anslutning till St. Thoma's Hospital, London. Skolan är fortfarande fullt verksam. Florence Nightingale dog 1910 i en ålder av 90 år. Hon är begravd vid St. Margret's Church, East Wellow. Graven är enkelt utsmyckad med ett kors och hennes initialer. Florence önskade en enkel begravning och hennes släktingar följde hennes vilja och avböjde erbjudandet om en begravningsplats i Westminster Abbey. Trots Florences önskan om en enkel begravning kantades Londons gator av sörjande, flaggor på halvstång och ringande kyrkklockor under begravningsprocessionen, när kistan passerar Buck-

ingham Palace vände sig vakterna om och hedrade med honnör.

Det skulle vara intressant att veta vad Florence Nightingale själv skulle tycka om att hennes liv och insatser fortfarande uppmärksammas 200 år efter hennes födelse.

För mer bilder och berättelser, besök det virtuella museet, teamlondonbridge.co.uk där finns online utställning sök på Nightingale in 200 Objects, People and Places. •

Referenser

American Journal Of Nursing May 2019 Vol.119 No 5 . *From the AJN Archives highlights, Vol XI, oct 1910*

Connor, H. *The use of Chloroform by British Army Surgeons during the Crimean War*. Medical History 1998, 42: 161-193

Dossey, B, M. *Florence Nightingale- Her Crimean Fever and Chronic illness*. Journal of Holistic Nursing Volume 28 Number 1. March 2010. P.38-53.

Ellis, H. *Florence Nightingale: creator of modern nursing and public health*. Journal of Preoperative Practice. Volume 18 issue 9 p. 404-406

Gladfelter, J. *Florence Nightingale.... What You May Not Know. Plastic Surgical Nursing*. October-December 2007. Volume 27 Number 4

Hansson S, O *Florence Nightingale och vetenskapen*. Folkvett 2018:3

Nightingale, F. *Notes on Hospitals*. Longman, Green, Longman, Roberts and Green. London 1863

Pickler, R, H. *Happy Birthday, Florence Nightingale*. www.nursingresearchonline.com February 21, 2020

Parliamentary report upon the state of the hospitals of the British army in the Crimea and Scutari. 1855, London. Printed by George Edward Eyre and William Spottis.

Shrimpton, C. *The Crimean war-The British army and Miss Nightingdale*. 1864. Paris, A&W Galignani & Co.

I huvudet på en chef

Före covid- 19

När jag fick frågan att skriva *I huvudet på en chef* fick jag tillfälle att stanna upp och reflektera över mitt arbete, människorna jag möter och förhållningssätt till olika situationer och händelser. Det har gett mig en helhetssyn.

Jag har arbetat som 1:a linjens chef i 25 år, 20 av dessa år inom operations-sjukvård med ansvar för anestesisköterskor, operationssjuksköterskor och undersköterskor. Under de sista 4 åren har jag haft chefsuppdrag som 2:a linjens chef och varit chef över chefer. Jag har alltid tyckt mycket om mitt arbete som 1:a linjens chef och har haft fantastiska medarbetare vars uppgift är att producera sjukvård, självklart på ett kvalitativt och patientsäkert sätt. Att arbeta med andra chefer som skall leda och utveckla verksamheten kräver en annan inriktning, en inriktning som är annorlunda, inspirerande och spännande.

Det är utifrån Mitt uppdrag som 2:a linjens chef som jag nu reflekterar. Rollen har inte varit helt solklar, jag har själv fått forma mycket av innehållet och ibland har det gått ett steg fram och två steg bak. Det svåraste och det som fungerat sämst är förhållningssättet till min chef som är verksamhetschefen. Detta tror jag beror på att vi har olika erfarenheter och kanske olika syn på chefskapet och vad som förväntas, och att jag hade uppdraget innan hen blev min chef. Vi har haft svårt att hitta våra roller med en gemensam plattform. Med facit i handen så skulle dessa roller klagjorts från början, och vad vi förväntade oss av varandra. Vi skulle så klart haft en gemensam stund varje vecka för att kommunicera olika händelser och gemensamma frågor.

Att ha förmånen att vara chef över chefer är häftigt, jag som arbetat med en jättestor grupp på över 100 medarbetare har nu en grupp på 12 varav 5 är chefer, de övriga 7 arbetar med andra uppgifter. Jag tänker att fokusera

på chef över chef. När jag säger att det är häftigt att vara chef över chefer så menar jag att det finns en sådan kraft i en chefsgrupp, det går nästan att ta på viljan och intresset för arbetet som chef och för verksamheten. Trots vilja och intresse insåg jag tidigt att jag inte skulle klara detta helt på egenhand utan att jag fick ta hjälp av olika verktyg, och startade med Förändringens fyra rum, baserat på Claes Janssen. Vi har också jobbat med SusAnn Wheelands bok där vi på ett enkelt sätt förstått vad som händer med oss både som individer och som grupp, vi fick en grund att stå på och en plattform att arbeta utifrån. Cheferna har också möjlighet till handledning och utvecklingsprojekt i ledarskap.

Som ni förstår kan det vara rätt så spretigt ibland. Vi har jobbat mycket i gruppen med att ha öppenhet, samsyn och vara tydliga i kommunikationen. Oftast fungerar det väldigt bra men ibland blir det kollisioner, jag/vi anser att det är sunt att vi har olika åsikter och att man får argumentera för sin uppfattning, men vår högsta prioritet är att ha samsyn när vi lämnar mötet, kanske vi måste ta en ny diskussion och då får vi skapa utrymme för det. Jag inbillar mig att detta gör att vi växer tillsammans och att vi ser och uppskattar varandras kunskaper, jag tror att när man har förtroende för varandra så kan man också diskutera på ett mer konstruktivt sätt, att våga tala om elefanten i rummet leder oftast till något gott och många gånger även till skratt. Men allt går ju inte som på räls, även om vi arbetar med att ha samsyn så blir det gnissel ibland och sura miner och kommentarer, det är mänskligt och kanske nödvändigt ibland.

Att ha möjlighet att följa förändringsarbete från ett helikopter perspektiv ger också en annan och djupare dimension, förståelsen för helheten blir central, och ger mig en större och bredare förståelse för de olika chefernas situation och också möjlighet till att kunna ta

bra och bättre underbyggda beslut. Att vara en bra coach eller inspiratör är de delarna som inspirerar mig mest i mitt arbete som chef över chef. Att kunna vara delaktig i deras/verksamhetens utvecklingsarbete i denna roll är också en utmaning för mig, att kunna vägleda med min kunskap och erfarenhet är betydelsefullt och fungerar bra, men som 2:a linjens chef är det viktigt att inte ta för stor plats, det är 1:a linjens chef som skall styra och leda förändringsarbetet. En annan stor fördel (kanske den största) är att grupperna med medarbetarna blivit hanterbara för en chef, utvecklings och lönesamtal får en bättre kvalitet och närheten med chefen blir bättre.

Det som jag upplevt som svårigheter är att det kräver tid att vara en fungerande chefsgrupp, men det kräver också mycket tid till att vara en bra chef. Ibland har det varit svårt att prioritera och prioritera rätt, har vi träffats för sällan glider vi iväg och har svårt att fokusera och blir det för ofta blir verksamhet och medarbetare drabbade. Troligtvis är det bäst att ha en fast tid i veckan men att sedan kunna vara flexibel om man behöver mer tid.

I min roll som chef har jag alltid strävat efter att hitta medarbetare som kompletterar mig, som har andra färdigheter, kunskaper eller brister än vad jag har. Detta har blivit tydligare nu när jag arbetar i en liten grupp, här kan man verkligen hitta de olika kompetenserna och se dom arbeta med det dom är bäst på. Det är en skön känsla när man märker att verksamheten fungerar och att man använder sig av varandra i gruppen, att det finns förtroende mellan medarbetare och chefer och mellan chefer och chefer. Jag tycker att jag har ett fantastiskt roligt arbete som 2:a linjens chef, men om uppdraget verkligen behövs funderar jag på och har inte kommit fram till något svar, det får bli nästa Reflexion. •

I huvudet på en chef

Att vara ny som chef mitt under covid- 19

Alla har vi varit nya på arbetet, då vi sökt nytt jobb eller kommer som ny-examinerad till vår första arbetsplats. Detta med spänning och nyfikenhet men samtidigt med en aning och oro och spänning. Hur kommer det bli, kommer jag klara det, kommer jag trivas osv. Samma gäller när man får sin första cheftjänst. Under mina 20 år i yrket har jag haft många olika arbetsplatser och har trivts bra på alla. Jag har haft samma känsla som de flesta har vid ett nytt arbete. Precis som denna gång då jag började min bana som chef över en operationsavdelning. Skillnaden denna gång var att detta var ingenting som jag hade genomgått någon utbildning för. För mig fanns några kurser i ledarskap och handledning och som sagt en relativt lång erfarenhet som medarbetare och kollega med en hel del förbättringsarbeten och studentansvar, men räcker det undrade jag.

Det var med stor nyfikenhet och en otrolig förväntan som jag började min tjänst. Samtidigt var jag nästintill skräckslagen över tanken på att lämna det trygga.

Jag insåg snabbt, redan de första veckorna att detta skulle bli svårt och en tuff utmaning men samtidigt otroligt roligt och utvecklande. Jag fick i början använda de kunskaper som jag hämtat från mina yrkesverksamma år där man som medarbetare vet hur saker fungerar. Jag fick utgå därifrån men allt var i början ur detta perspektiv och jag förstod ganska snart att man verkligen får stå på två ben när man är 1:a linjens chef. Ett ben i arbetsgivarens värld och ett i medarbetarnas värld. För mig som ny chef är det ganska lätt att se saker ur medarbetarnas perspektiv och min fasta ambition är att detta ska vara något som jag inte vill släppa utan kommer arbeta hårt för att behålla. I början fick jag i minnet gå tillbaka



till de chefer som jag själv har haft under åren som har gått. De flesta har varit väldigt bra och jag har plockat från dem det som jag tycker passar mig och mitt ledarskap. Jag har lärt mig väldigt mycket av att fundera på vad det är som gör att en chef är bra då jag har reflekterat tillbaka på mina möten med mina gamla chefer. Detta var värdefullt i början när jag var som nyast. Att tillgodose en bra fysisk och psykisk arbetsmiljö är min främsta uppgift som chef som jag ser det. Jag mår inte själv bra när mina medarbetare inte gör det eller arbetsmiljön är dålig. Som tur är så har vi det bra där jag arbetar och det som är mindre

bra försöker vi arbeta med. Detta är naturligtvis ett kollegialt ansvar men jag tycker ändå att chefen sätter tonen på avdelningen. Min andra viktiga uppgift är att se till verksamheten och dess mål och arbeta för att dessa ska uppfyllas. Oftast innefattar det att vi ska operera mycket vilket naturligtvis är bra för patienterna. Ibland kan det dock vara svårt att få dessa viktiga uppgifter att gå hand i hand. Däri ligger min stora utmaning som chef.

Det som har varit en stor hjälp är de fina och kloka kollegor som jag har i chefsgruppen. Jag arbetar i delat ledarskap och som ny på jobbet är det väldigt skönt. I alla yrken är det skönt att ha seniora kollegor som har erfarenhet som man kan ta del av och styrkor att luta sig mot vid behov. Jag får ta del av olika infallsvinklar och idéer och lär mig nya saker varje dag.

När jag snart summerar mitt första år som chef och tittar tillbaka så inser jag att jag har vuxit enormt som person och som människa. Jag har ställts inför svåra utmaningar men tillsammans med kollegor och personal så har jag klarat det.

En person sa till mig häromdagen att en 1:a linjens chef är bara en budbärare. Jag reagerade på detta och håller verkligen inte med. Vårt arbete innehåller så mycket mer än att bara förmedla information i leden. Vet ni varför det kallas för 1:a linjens chef? Det kommer från kriget, när de skickade till fronten de som skulle ta den första smällen och med det sagt känner jag mig allt annat än bara en budbärare. Jag känner mig mer som en krigare som krigar för medarbetarna, verksamheten och patienterna.

Här är en liten lista på det jag har hållit på med de sista månaderna, och det är allt annat än att bara leverera bud.

Fått lära mig ha utvecklingssamtal, ha lönesamtal, samtala med medarbetare som har det tufft på olika sätt. Utifrån dessa samtal göra individuella planer för framtiden, ha kontakt med företagshälsovård. Genomföra anställningar och tyvärr ta emot uppsägningar. Planera utbildning för personalen och planera för inskolningar. Ha uppföljningssamtal, delta i löneprocessen på ett nytt sätt, sitta med i ledningsråd, driva projekt. Ta tag i svåra och obekväma frågor. Planer och hålla i möten. Förmedla i konflikter, planera sommarschema. Sätta mig in i schemaplaneringssystem och beställningssystem. Förhandla med facken, peppa och stötta medarbetarna. Lära mig om arbetsmiljökonsekvensens arbete. Medla mellan anställda.. Vara mellanhanden och den som informerar om förändringar i organisationen, ibland jobbiga beslut som ska genomföras snabbt. Peppa och stötta kollegor. Jag kanske har glömt något. (Sic!)

Som att det inte var nog med allt detta och att vara ny på arbetet så kom Covid-19 med allt vad detta innebar

för sjukvården och vår avdelning. Personal skulle inskolas på Intensiven snabbt som ögat och förflyttas. Våra operationssalar tömdes på saker och skulle användas på andra ställen. Vi stod inför en otroligt ansträngd situation och personalen var pressad. Varje dag kom det ny information som skulle förmedlas. Det som sades igår stämde inte dagen efter. Här gällde det att behålla lugnet. Som chef är det jobbigt att få behålla sin trovärdighet när informationen ändrar sig så fort. Men med fina stabila kollegor och en fantastisk medarbetargrupp har vi gjort det tillsammans. Det var ju liksom bara att gilla läget som jag tror de flesta gjorde i dessa tider. Vad fanns det att välja på.

Ett chefsjobb är ett arbete men till skillnad från andra arbeten jag haft så tar inte detta slut på samma sätt när man går hem. Jag har fått lära mig att avsluta dagen fast jag inte är "färdig". Jag har fått lära mig att det går att göra saker imorgon också. Att logga ut och gå hem. Ta hand om mig själv. I början låg jag vaken på nätterna och tänkte på jobbet, hur jag skulle lösa

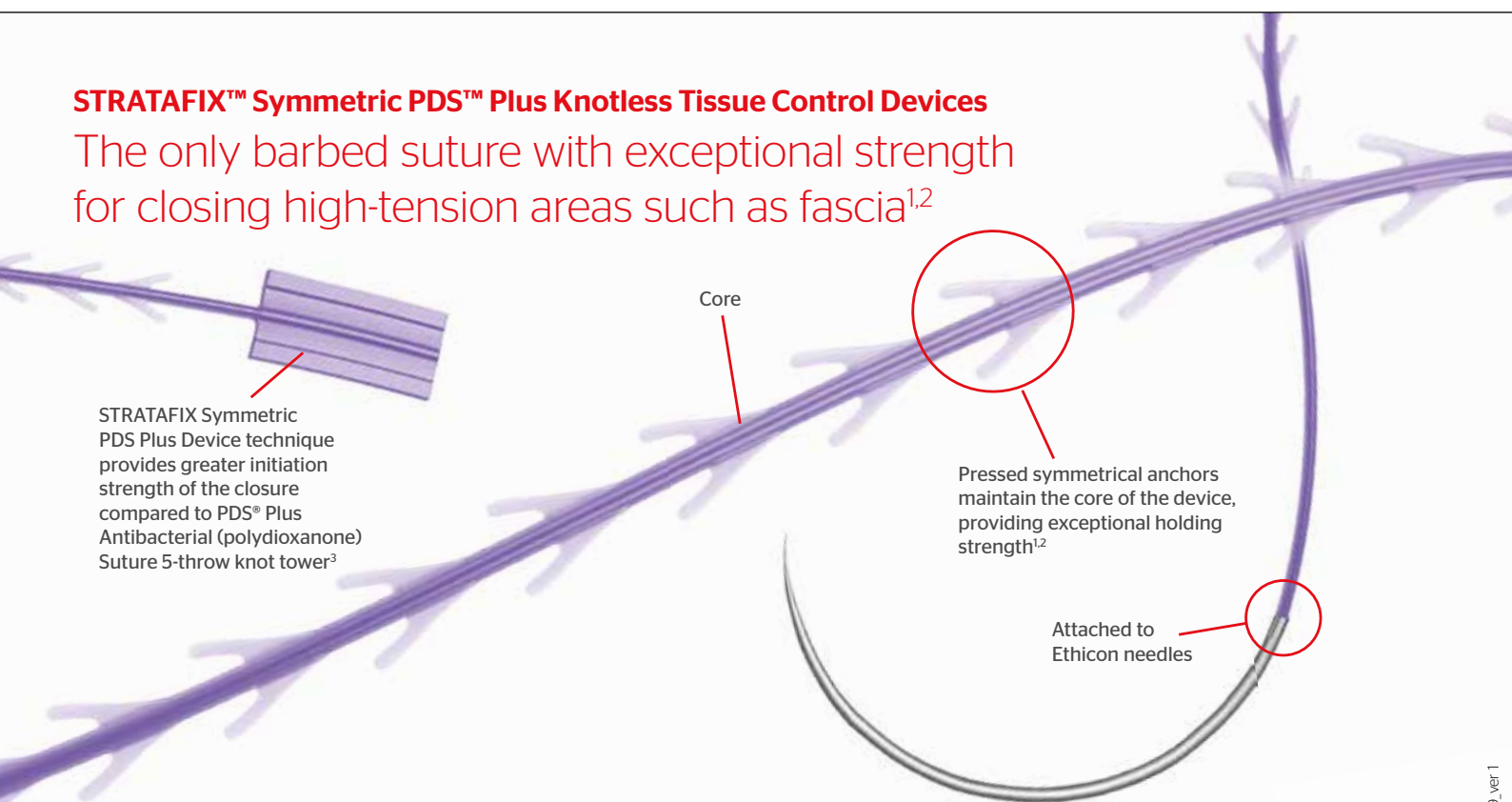
vissa saker och gick igenom möte mm. Jag loggade in och kollade mina mail på kvällarna. Det gör jag inte längre. Sen jag slutade med det så blev stressen mindre. Ingen förväntar sig att en chef ska arbeta 24/7, hoppas jag!

Jag slås över hur väl bemött jag har blivit av medarbetarna, de är fantastiska! Drivande, kunniga, lojala, omtänksamma, trevliga, har enorma kunskaper och trots många förändringar så kämpar alla på hårt. Detta för att vi alla har patienten i fokus. Det är fantastisk att se vilka drivkrafter som finns och hur man alltid tänker på patienten först och främst. Det är ett privilegium som chef att ha en sådan fin arbetsgrupp.

Så till avslutning vill jag säga att detta har varit mitt roligaste och mest arbetsamma år någonsin på samma gång. Otroligt utvecklande och stimulerande i mitt yrke och samtidigt har jag lärt mig väldigt mycket om mig själv. Ett fantastiskt roligt arbete helt enkelt! •

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

Expanded wportfolio for greater versatility in a variety of procedures:

- Open
- Laparoscopic
- Robot-assisted



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

Shaping
the future
of surgery

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

Att vara ny på jobbet – varje dag!

Som produktspecialist är man på besök på någon annans arbetsplats när man jobbar. Det är en speciell känsla att inte tillhöra arbetsplatsen man arbetar på. Man blir helt beroende av hur personalen, på det sjukhuset man besöker för dagen, mår och samarbetar. Jag har arbetat som produktspecialist i snart 1,5 år och jag insåg rätt tidigt hur stor del av min dag som skulle påverkas av kommunikation. Den är A och O, och har på så vis blivit mitt största fokus.

Så fort något hamnar i ens fokus, så börjar man samtidigt uppmärksamma det mer i sin omgivning. Man kan jämföra det med när man ska lära sitt barn att cykla. Helt plötsligt ser

man massor av andra föräldrar med samma uppdrag springandes efter sina barn med stötte-pinnen i ett hårt grepp. Eller man börjar se en ny tv-serie, och helt plötsligt är det den serien som alla pratar om i lunchrummet. I verkligheten sprang exakt lika många föräldrar efter sina cyklande barn, och exakt samma samtal utspelade sig i lunchrummet även innan, men du såg eller hörde det inte förrän du själv fokuserade på det.

Precis det hände när jag började som produktspecialist och min arbetsplats blev operationssalar och föreläsningslokaler. Kommunikationen blev fokus. Jag såg snabbt hur viktig roll kommunikationen har inne på en operations-

sal. Vilken skillnad i energi, samarbete och stämning när alla kommunicerar och vet vad man ska göra.

Jag slogs också av hur många personer och olika yrkesgrupper som arbetar under en operation. Alla är beroende av bra kommunikation. Ofta är det också någon "ny på jobbet" på en sal. Studenter, ST-läkare, OP-SSK under utbildning och vi produktspecialister också för den delen. Alla är vi någon gång nya och osäkra, står på fel plats och är i vägen. Som nya på jobbet har man oftast en sak gemensamt, man vill inte göra fel!

Missförstånd är bara ett annat ord för misskommunikation. Det kan snabbt gå fel och irritationen ökar. Som utomstående ser man det kanske tydligare då man inte känner till invanda mönster, personligheter och vardagen. Men, det jag upptäckte var att många av situationerna går att undvika. Hur? Genom bra kommunikation såklart! Min bästa vän har varit **tydlighet**, både er och min egen. Fråga och upprepa, fråga och upprepa. Repeat.

Corona-pandemin har också satt kommunikationen i fokus. För er del tänker jag mig att bra kommunikation var det som gav möjligheten att, så snabbt som ni gjorde, ställa om till det "nya normala". För min del handlade det om nya sätt att kommunicera på. Att med teknikens hjälp kunna fortsätta ge produktkunskap på ett säkert och effektivt sätt via videolänk. Det kan säkert födas något gott ur den här explosionsartat snabba förändringen av sätt att arbeta på. Men jag hoppas också att det personliga mötet snart kan vara möjligt igen. Jag säger som min yngsta dotter "Jag tycker den som gjorde Corona ska sluta nu!".

Som avslut vill jag passa på att berätta att jag ofta, efter en dag på operation, har en återkommande tanke, - jag skulle utbildat mig till operationssjuksköterska! Ett mer viktigt, spännande och samtidigt roligt jobb får man leta efter! Ni är fantastiska! •



"Kommunicera mera!" tycker produktspecialist Emma Akselson.

Integra[®] DUO

LED Surgical Headlight System

Ge dig själv de bästa förutsättningarna för rätt beslut med rätt ljus! Integra introducerar senaste generationens LED-pannlampa som ger den styrka, färg och tydlighet du behöver.

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



Några unika produkttegenskaper:

- Vitare ljus - bättre naturligt visuellt intryck av vävnaden.
- Mjukare färgåtergivning - möjliggör kritisk differentiering av olika vävnadstyper.
- Förbättrad ljusstyrka - minskar skuggorna och stärker anatomisk visualisering.
- Större ljusstråle - ger effektiv belysning av arbetsfältet.
- Ergonomisk justering - konstruerad för optimal fördelning av tryckpunkter med individuell anpassning och optimalt luftflöde.
- Cranial Cushion[™] Teknologi - dubbelfodrade kuddar ger den bästa tryckavlastningen.

HÖSTKONGRESS 2020

OBS!

Höstkongress 2020
är flyttad till
4-5 februari 2021

Sedan 1964 har Riksföreningen för operationssjukvård arrangerat Höstkongress varje år vecka 48 och i år skulle det blivit den 56:e. Så blir det tyvärr inte. Vi har utifrån bedömningen av rådande situation med Covid -19 beslutat att flytta den 56:e kongressen till 4-5 februari 2021. **Den kommer fortfarande att heta Höstkongress 2020.**

Tillsammans med Stockholm Waterfront Congress Centre och Svenska Mässkonsult har vi genomfört den riskbedömning som rekommenderas av Folkhälsomyndigheten och utifrån den planerat genomförandet. Vi kommer att vidta alla de riskreducerande åtgärder som behövs för att kunna genomföra en säker kongress. Som exempel kan nämnas möbleringen i föreläsningssalarna kommer vara med korrekt avstånd, hantering vid förtäringen följer alla säkerhetsåtgärder. Mat och kaffe delas ut utan trängsel och täta köer. Utställningen kommer att byggas för att på bästa möjliga sätt skapa ett jämt flöde av besökare. En av förutsättningarna för att detta ska fungera är att begränsa antalet deltagare till 250 personer.

Vi har en hög ambitionsnivå för att vi alla ska kunna mötas tryggt och säkert. På vår hemsida kan du läsa Waterfronts säkerhetsföreskrifter.

Varmt välkomna!

Tid och plats

Torsdag och fredag den 4 - 5 februari 2021, på Stockholm Waterfront Congress Center.

Registrering

Registreringen är öppen torsdag den 4 februari kl. 08.30 – 09.30 och kl. 11.45 – 12.15 samt fredag den 5 februari kl. 08.00 – 08.30.

Anmälan

Sista anmälningsdag för garanterad plats är 24 december 2020 därefter i mån av plats.

Bekräftelse om deltagande skickas direkt till den e-postadress som anges i anmälan - viktigt att korrekt e-postadress anges.

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

Observera att kongressavgiften kan betalas in under 2020

Sista anmälningsdag, för dig som önskar faktura och betala under 2020, är den 15 november 2020.

Deltagaravgifter

Avgiften inkluderar lunch, kaffe samt mingel.

Medlem två dagar

4 750 kr exkl. moms

Medlem en dag

2 950 kr exkl. moms

Icke medlem två dagar

5 750 kr exkl. moms

Icke medlem en dag

3 950 exkl. moms

Posterutställare

3 500 kr exkl. moms

Studerandemedlem

1 500 kr inkl. moms

Pensionärer

1 500 kr inkl. moms

Medlem

För att få delta till medlemspris måste du vara medlem 2020. Du som ännu inte betalat in medlemsavgiften eller vill bli ny medlem, fyll i medlemsformuläret på hemsidan och betala medlemsavgiften på plusgirokonto 70 80 08 - 8 alternativt Swish 123 357 86 48, ange ditt namn och din adress.

Deltagaravgiften faktureras i början av januari 2021 om ni inte valt att bli fakturerade redan under år 2020. Var noga med att ange korrekt fakturaadress samt kostnadsställe i Din anmälan.

Frågor

Angående anmälning och betalning kontakta: rfkongress@mittkompetens.se

OBS! Kongresser omfattas ej av regleringen allmän sammankomst, och därmed finns ej regleringen på max 50 personer. Det är endast evenemang som går under ordningslagen som gör det. Däremot måste det göras en riskbedömning och alla nödvändiga åtgärder för att förhindra smittspridning måste vidtas. Se mer information på folkhälsomyndigheten under evenemang och sammankomster.



www.rfop.se

Preliminärt program

Torsdag 4 februari 2021

Tid	Föreläsning
08.30	Registrering och kaffebuffé
09.30	Välkomna!
09.40	Kommunikation på operationssal Teamarbete på hybridsal <i>Maj Bazzi</i> Teamträning på operation <i>Charlotta Olivecrona och Emma Stenman</i> OpLeanAn <i>Christine Bohagen och Carina Wallingstam</i> Black Box på operationssalen för säkrare kirurgi <i>Lars-Göran Larsson</i>
11.30	Lunch
11.45	Utställning
13.00	Svensk forskning och utveckling Operationsklädelns påverkan på operationsmiljön <i>Catinka Ullman</i> Provets väg till patologi <i>Josefin Persson</i> Amputation hos patienter med ben- artärsjukdom <i>Eva Torbjörnsson</i>
14.30	Utställning och kaffe
15.15	Aktuellt från RFop Kvalitetsrådet <i>Anna Ekepil</i> Vetenskapliga rådet <i>Ann-Christin von Vogelsang</i> Operationssjuksköterskans profession och kompetens i Svenskt perioperativt register (SPOR) <i>Ida-Linnéa Böregård</i> Avslutningsföreläsning dag 1 Ja, jag vet hur det känns att hamna under en buss <i>Anki Bromert</i>
17.15	Utställning med mingel, tilltugg och dryck
19.00	Dag 1 slut

Fredag 5 februari 2021

Tid	Föreläsning
07.30	Registrering
08.15	Omvårdnad i samband med operation Forensisk omvårdnad <i>Maria Larsson</i> Operationssjuksköterskans vårdande och kompetens inom perioperativ vård <i>Ann-Catrin Blomberg</i> Övertäckning av sterila instrument i väntan på kirurgi <i>Maria Qvistgaard</i>
09.40	Utställning och kaffe
10.30	Innovationer inom kirurgin Upplevelser och erfarenheter av utveckling av och arbete i hybridsal med intraoperativ MR <i>Hanna Grimberg</i> Transoral robotkirurgi <i>Johan Nilsson</i> Endovaskulära operationsmetoder för trauma och blödningschock <i>Carl Wahlgren</i>
12.20	Lunch
12.45	Utställning
13.45	Vår hälsa Senaste nytt om hälsosam livsstil på vetenskaplig grund <i>Mattias Lidin</i>
14.45	Kaffe i anslutning till föreläsningslokalen
15.00	Skratt – Inget man skojar bort <i>Henrik Widegren</i>
16.00	Avslutning

Läs mer om

Chefkonferensen

på sidan 42



I en ny arbetssituationen för en operations-sjuksköterska, Op1, Östra Sjukhuset.

Vid tiden för Covid-19 virusets utbrott i början av mars arbetade jag natt, ca 73%. Första nattpassen var vi på operation inte så involverade i vården av patienterna. Vi ställde iordning en av våra salar till "Covid-sal" och vi förberedde oss för hur vi skulle lägga upp arbetet ifall det blev aktuellt att operera en covidsmittad patient. IVA vårdade både smittade patienter och hade även postop öppet. Det jag minns är att en av anestesijunksköterskorna i vårt lag gick in för att hjälpa till på IVA under natten och kom tillbaka till oss och berättade om hur tuff (läs hemsk) situationen var. Kommande nattpass var också lugna för oss på operation på grund av att anestesiläkarna var så upptagna med Covid-19 patienterna att vi inte kunde starta någon operation.

För att avlasta IVA bestämdes att vi på operation skulle sköta den postoperativa vården i vår sängvånthall. Till en början bemannade anestesijunksköterskorna den. Måndagen den 23 mars blir jag uppringd av min chef inför kommande nattpass. Hon berättade att vi operationssjuksköterskor nu skulle vara beredda på att ansvara för den postoperativa vården om anestesijunksköterskan var tvungen att springa på larm. Det mottogs olika i vår grupp. Jag har tidigare arbetat på IVA och UVA och har en annan beredskap för de arbetsuppgifterna, även om det är 12 år sedan och inte alls självklart för mig att känna trygghet i den situationen nu. Flera av mina kollegor med lång erfarenhet som operations-sjuksköterskor har aldrig arbetat på avdelning/UVA. För dem var det värre. Min kollega och jag bestämde då att hon skulle instrumentera och jag skulle ta postop och med den fördelningen var vi trygga. Visst kändes det oroande och skrämmande men samtidigt tänkte jag att det var en krissituation vi aldrig stått inför och nu gällde det att göra så gott man kunde.

Under vecka 13 ökade behovet av extrapersonal på IVA och det ord-

nades två timmars utbildningar för oss på SIM centrum om vändning till bukläge, mun- och ögonvård, sugning i tub mm. Upptrappningen kändes märkbart av men samtidigt kände jag att jag verkligen ville vara med i denna exceptionella situation/händelse. Därför anmälde jag mig till att arbeta flera extrapass på IVA. Jag glömmer aldrig hur jag på torsdag kväll den 26 mars kommer för att arbeta natt på IVA och det är full aktivitet i vår sängvånthall med att dra gasledningar och bygga provisoriska väggar för att iordningställa ytterligare sex IVA platser. Då hade redan IVAs postop byggts om till respiratorplatser. Världen började bli surrealistisk. IVA var fullbelagt med dessa svårt drabbade, överviktiga, män. Alla djupt sövda. Alla så kritiskt sjuka. Någon som dog utan anhöriga vid sin sida. Oroliga anhöriga som ringde och frågade hur deras partner eller släktingar mädde. Senare har patientklientelet förändrats. Kvinnor förekommer, normalviktiga och även tidigare helt friska personer. Operationsmässigt förändrades naturligtvis operationsprogrammet men vi upplevde också att det var färre patienter som sökte akut till Östra.

Varmt och obekvämt

Att arbeta på sal med covidsmittade patienter är tufft. Det är varmt och obekvämt med skyddsutrustningen. Under vissa pass behöver man byta arbetskläder vid varje paus för att man har svettats så mycket. Jag har hela tiden känt mig trygg med den skyddsutrustning vi använder samt att våra rutiner med slussystem mellan zonerna fungerar väl. Det har varierat med skyddsförkläde med både lång ärm och utan ärm i det patientnära arbetet men jag tycker att det har varit ok. FFP3 klassade munskydd finns inte just nu men enligt vår ledning ska FFP2 klassade munskydd vara tillräckligt säkra. Då litar jag på det. Jag har föredragit att arbeta med operationshjälm. Nu är de restnoterade och prioriteras till oss som instrumenterar på operation. Istället

får vi på IVA använda andra typer av mössor. Det kan jag acceptera även om jag föredrar hjälm.

Ljudvolymen tenderar att vara hög då det är svårare att höra när vi pratar med varandra. Det är stressande att inte känna den man ska arbeta tillsammans med och det tar ett par timmar innan man stämt av var man har varandra. I iveren att klara av och hinna med vården låg till en början fullt fokus på det allra nödvändigaste och man var helt beroende av att ha van IVA personal att fråga. Det har lugnat sig betydligt. Det råder en annan ro och nya rutiner och checklistor arbetas hela tiden fram. Till en början sas att vi som vara ovana med IVA vården inte skulle vårda patienter som behövde prismabehandling = dialys. Det höll inte speciellt länge. Sen skulle vi inte ha trackade patienter. Det höll inte heller så länge. Vi har varit mycket flexibla!

Till det positiva hör att vi nu ser patienter som tillfrisknar. Jag kan inte ge en överskådlig bild av hur många patienter vi haft eller hur många som överlevt eller dött. Jag berättar subjektivt utifrån mina observationer! Från att det i början "vällde in" patient på patient och respiratorplatser ökades samt som jag skrev tidigare att klientelet verkade så homogent ser vi idag hur patienter är vakna och tränas ur respiratorn. De tränas att sitta på sängkanten eller i fätölj eller cyklar på sängcykel. Fysioterapeuter kommer under veckodagarna och hjälper till. Fler och fler tracheotomer. IVA:s tidigare omvårdnadsrutiner med att skriva dagbok och ha vilosöm perioder har börjat att användas.

Kamratskapet har ökat

En reflektion under hela den här tiden är för mig att arbetet har blivit mer lösningsorienterat och mindre krångligt. Vi hjälps åt över kategori-gränserna på ett annat sätt. Jag som inte ens hittade till IVA innan detta började. Jag började arbeta på Östra i augusti-19. Dokumentationsmässigt

är det främst på papper och jag upplever att man dokumenterar mindre men det nödvändigaste.

Jag har lärt känna mina egna arbetskamrater på vår avdelning bättre samt arbetat med människor från så skilda håll inom SU, det är berikande.

Under april månad förvarnades vi om att vi skulle få nytt schema under fyra veckor. Detta för att all personal vi på operationsavdelningen kunde avvara skulle förstärka upp på IVA. Fyra dagar innan det togs i bruk, torsdagen den 23 april, fick vi ta del av det. Jag fick ett treskifts schema. Alla arbetar varannan helg och de flesta arbetar 100%. Min semester, två veckor i maj, blev indragen. Ganska snart fick vi besked om att schemat ska vara ytterligare fyra veckor. Onsdag 20 maj, fick vi besked om att det ska vara september ut. Sommarsemestern planeras för fullt och arbetsgivaren försöker så att vi åtminstone ska kunna få tre veckors sammanhållen semester. Då räknas semestermånaderna som juni till september. Schemat har mycket att önska. Då det från början sas att det skulle vara i fyra veckor tänkte jag att det var ok. När det nu blev förlängt känns det tyngre. Treskift är inte hälsosamt att arbeta anser jag. Jag har vuxna barn och rör över min tid. Jag kan sova både före och efter mina nattpass men upplever att jag är mer trött på grund av att sömnperioderna är oregelbundna. Jag har ibland en diffus huvudvärk jag aldrig haft tidigare och en magkatarr jag brukar kunna hålla i schack med bra rutiner av mat, träning och sömn har börjat ge sig till känna. Humöret är sämre. Det tror jag beror dels på att jag upplevt pandemin så surrealistisk och att det är svårt att förklara för närstående vad man upplever på jobbet. Det är också provocerande med vänner som är permitterade två till tre dagar i veckan och som ändå beklagar sig för rådande begränsningar i samhället och att de inte kan resa bort under semestern i sommar. Hur kan det vara så orättvist att arbetstagare får behålla nästan hela sin lön med stöd från staten och inte behöva göra någon motprestation till samhället? Jag kan inte påverka mitt schema och jag får arbeta med arbetsuppgifter jag inte är van med och min semester blev indragen.

Nya förutsättningar

I och med att det nya schemat trädde i kraft blev vi operationssjuksköterskor inte placerade att arbeta hela arbets-



pass på IVA. Antagligen för att vi är en underbemannad grupp. Istället är en av oss avsatt att serva en del av IVA med läkemedel, och det är mycket läkemedel som krävs att iordningsställa! Också det en surrealistisk situation. Nattetid är en av oss på uppvaket, om vi har några patienter där. Att vara självständig på UVA med en undersköterska är inte tillfredsställande upplever jag. Har patienten inotropa droger, smärtpump och kanske ytterligare potentia droger som ska ges inser jag mina begränsningar. Jag vill gärna att anestesijuk-sköterskan och jag hjälps åt. Däremot om min anestesikollega behöver springa på ett larm tycker jag att det går bra att hålla ställningarna under tiden men inte att vara helt patientansvarig. Jag kan till exempel inte läkemedelsmodulen i Melior och jag kan inte handhavandet av de olika infusionspumparna.

Om vi inte har patienter på operation hjälper delar av arbetsgruppen till med avlösningar på IVA. Det varierar från pass till pass vad vi kan hjälpa till med. Behövs man inte till att lösa på sal kan man hjälpa till med att vara i korridoren, analysera blodgaser eller fylla på förrädsbeställningar från salarna. Det händer att vi också är behjälpliga när patienter ska transporteras från infektionskliniken till IVA. Däremellan har vi vårt ordinarie arbete! Jag är splittrad. Jag älskar mitt jobb och ser även fördelar med den situation vi just nu upplever. Jag är stolt över att vara delaktig i den exceptionella vårdsituation vi just nu upplever och kämpar med men jag är ofta utanför min bekvämlighetszon under arbetet! •

Bortvalda och överkörda

Patienter som avbokas från en operation känner sig bortvalda och överkörda, som om de reduceras till att vara ingenting annat än ett personnummer på en lista. *Det här framkom bland annat i min avhandling Delayed and cancelled orthopedic surgery causes and consequences, vilken berör patienter som avbokas och fördröjs i samband med en ortopedisk operation.*

Valet av forskningsområdet

Mitt val av ämne för doktorandstudierna kommer från att jag som operationssjuksköterska på nära håll upplevt patienternas frustration över att operationer skjuts upp. Men också kollegors frustration inom vården, kirurger såväl som sjuksköterskor och koordinatörer som bävar inför att ge patienten beskedet att operationen blir uppskjuten.

Ortopediska operationer, som oväntat avbokas eller fördröjs har negativa effekter för många inblandade. Det gäller alltifrån klinikens och sjukhusets organisation och administration, samhällskostnaderna, och inte minst för den enskilde patienten vars hela livsvärld förändras då de avbokas. Eftersom det är vanligt med av- och ombokningar eller fördröjning av operationer var det angeläget att få en klar överblick över antalet, den sammanlagda väntetiden och orsakerna. Det var också angeläget att belysa hur de som blivit avbokade upplever sin livssituation. Det är bland annat dessa aspekter som avhandlingen tar upp.

Avhandlingens syfte

Det övergripande syfte med avhandlingen var att beskriva antal och orsaker till avbokningar och fördröjningar av ortopediska operationer och belysa patienters erfarenhet vid en klinik som utför både akuta och planerade ingrepp, samt att beräkna den sammanlagda väntetiden för patienten. Dessutom att systematiskt sammanställa evidens om åtgärder för att förhindra förseningar ombokningar och avbokningar av ortopediska operationer.

Vad kom fram i resultaten

De viktigaste fynden i min avhandling är att 33% av alla avbokningar av planerade operationer skedde på patientens egen begäran. Orsakerna var framför allt av sociala eller familjeskäl. Eller att det inte fungerade med arbetet att vara ledig på den angivna operationstiden. Tjugofyra procent av alla akuta ortopediska operationer ombokades och fördröjdes på grund av organisatoriska orsaker i 81 procent av fallen. Mest vanligt var att en operation som bedömdes som mer akut prioriterades. Vilket innebär att en akut operation i större utsträckning löper risk att bli avbokad av en annan akut operation jämfört med en planerad operation som framför allt blir avbokad pga. patientens egna önskemål om en ny operationstid. Tjugofem procent av de akuta patienter som ombokades opererades inom 24 timmar, medan 41 % behövde väntade mellan 24 timmar och 3 dagar. Flera patienter med frakturer väntade mer än en vecka i hemmet på att bli uppsatta på operationsprogrammet. De planerade patienterna fick i genomsnitt efter avbokningen vänta mellan 54 dagar om de hade avbokats en gång och 96 dagar för de som hade avbokats fyra gånger.

Samhälles intresse och uppmärksamhet i media

Väntetid på operation är ett hett politiskt ämne och har så varit under decennier. Ett flertal politiska beslut har fattats som försök att lösa problemet. Ett exempel är vårdgarantin, som ger patienten rätt till specialiserad behandling inom 90 dagar. Men vårdgarantin har inte löst alla problem. Den har lett till ett ökat tryck speciellt på universitetssjukhus, som tar emot patienter från kringliggande mindre sjukhus, vilket i sin tur leder till fler inställda planerade operationer och fördröjda akuta operationer. Studien om avbokningar av planerade operationer visade sig vara av intresse för landet och blev uppmärksam i media; Dagens Medicin och 16 andra tidningar skrev om resultaten, TV och radion rapporterade.



Foto: Peo Sjöberg

Ulla Caesar

Intervjustudie

För att fånga patienters upplevelse när operationen ställs in eller skjuts upp gjorde djupintervjuer med tio patienter. De utvalda patienterna hade blivit avbokade från en planerad tid för en höftleds- eller knäledsoperation och stod på väntelista för en ny tid. Av de tio patienterna var hälften fortfarande yrkesarbetande och hälften pensionärer. 60 procent var kvinnor och 40 procent män. Intervjuerna belyste att då patienter blir avbokade från en planerad operation känner de sig avvisade och bortvalda, vilket är en av människans starkaste känslor, och härstammar från tiden då ett uteslutande ur en flock i stor utsträckning innebar döden. När deltagarna beskrev avbokningen användes ord, som var i överensstämmelse med uttryck för fysisk smärta, som att det verkligen gjorde ont ("att sitta fast i en rävsax", "att få en kokosnöt mot huvudet") och att känna sig sårad. Dessutom blev vårdrelationen mellan sjukhuspersonalen och patienten skadad av avbokningen. Studiedeltagarna önskade mer och bättre information om varför avbokningen skett. Då de beskrev att informationen var ofullständig och hade de svårt att förstå sin situation.

Systematisk litteraturoversikt

I den fjärde studien undersöktes om det fanns interventioner som reducera fördröjningar, ombokningar och

avbokningar av ortopediska operationer. Tyvärr var evidensen genom den systematiska litteraturoversiktens enligt Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (PRISMA) och kvalitetsbedömning enligt Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation (GRADE), bevis från lågt till mycket lågt i studierna som ingick. Även om dessa studiers sammanlagda kvalitet var begränsad enligt GRADE, innehöll flera av dem interventioner med signifikanta resultat, som potentiellt skulle kunna reducera väntetiden till operation, minska risken för avbokningar och fördröjningar. Exempelvis, en studie handlade om snabbspår (fast-track) för behandling vid misstänkt höftfraktur, en annan om en modell där ett kirurgiskt traumateam utökade möjligheter att operera även ortopediska patienter under helger, för att förbättra tillgången på operationstider. I en annan av studierna utvecklades riktlinjer som att undersöka patienternas fysiska status direkt i samband med att operation beslutats och att inga oförberedda patienter sätts upp på väntelista. Detta föra att försäkra att patienterna är i rätt tillstånd/förberedda för att genomgå en operation. Även studier om att reducera undersökningar och provtagningar utöver de ordinarie före operation och på så sätt minska väntan, tex ultraljudsundersökning av hjärtat, som det på aktuella sjukhuset var flera dagars väntetid för. Studierna visade att de extra undersökningarna som gjordes före operation inte resulterade i åtgärder före operation vilket indikerar att undersökningen lika väl i flera fall kan genomföras efter operation, för att minska väntan innan operation. En annan förbättringsmodell var att inrätta en läkartjänst specialiserad för äldre patienter (Geriatriker) i samband med höftfrakturoperationer, för att bättre anpassa vården till dessa patienter.

Fortsatta insatser för att reducera avbokningar och fördröjningar

Inom mitt forskningsområde behöver vården ge patienter specialiserade, väl anpassade vård i samband med att de "måste" avboka. Det är i framtiden ett område som kommer vara i behov av ytterligare utveckling. Här inkluderas kunskap om hur information om en försening eller avbokning till en patient bäst kan ges och på motsvarande sätt hur informationen tas emot och förstås av patienter.

Det behövs även en nationell vårdplan för operationer som avbokas, med riktlinjer steg för steg, för hur vården bäst kan utföra lämpliga åtgärder och ge en väl anpassad vård. En plan av den här typen bör baseras på det aktuella forskningsläget samt specifik ny forskning. Den bör dessutom innehålla information om den fortsatta vården och slutligen en ursäkt till patienten. Likaså behövs en nationell registrering av avbokningar gällande orsaker och fördröjningar av operationer, och de ev. patientkomplikationer som kan uppstå, både fysiska och mentala. Även en Hälsoekonomisköversikt om samhällskostnader som ev. uppkommer då sjukhusen måste avboka patienter, individens kostnader och sjukhusets kostnader. Detta är ämnen för ytterligare forskning inom mitt ämne. •

Min avhandling finns att ladda ner från Göteborgs universitets hemsida:
<https://gupea.ub.gu.se/handle/2077/59542>

Finns att hämta:

Artikel I <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4064269/>

Artikel III <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29344088>

Avhandlingen, *Delayed and cancelled orthopaedic surgery; Causes and consequences*, bygger på fyra studier:

I. Caesar U, Karlsson J, Olsson LE, Samuelsson K, Hansson-Olofsson E: *Incidence and root causes of cancellations for elective orthopaedic procedures: a single centre experience of 17,625 consecutive cases*. Patient Safety in Surgery 2014, 8:24.

II. Caesar U, Hansson-Olofsson E, Olsson L-E, Karlsson J, Lidén E. *A sense of being rejected: patients' lived experiences of cancelled knee or hip replacement surgery*

III. Caesar U, Karlsson J, Hansson E. *Incidence and root causes of delays in emergency orthopaedic procedures: a single centre experience of 36,017 consecutive cases over seven years*. Patient Safety in Surgery 2018, 12: 2.

IV. Caesar U, Karlsson L, Senorski Hamrin Karlsson J, Hansson-Olofsson E. *Delayed and cancelled orthopaedic surgery; are there solutions to decrease the complex set of problems? A systematic literature review*

Fakta: Ulla Caesar, Universitetslektor vid Akademien för vård, arbetsliv och välfärd, sektionen Vårdvetenskap, Högskolan i Borås. ulla.caesar@hb.se



Foto: byLindh

Kunskapsseminarium

Rök- och alkoholstopp inför operation

Ett mål för oss i RFop är att öka patientsäkerheten inför, under och efter ett kirurgiskt ingrepp. Så hur kan vi arbeta för att minska risken med komplikationer som försämrade sårhäkning och infektioner?

Ohälsosamma levnadsvanor ökar risken för komplikationer i samband med en operation. Framförallt utgör rökning och alkohol oberoende riskfaktorer vid operation. Inför planerade operationer kan ett stort antal komplikationer förebyggas genom att, personen som ska genomgå operationen, avstår från rökning och alkohol 4 - 8 veckor inför operation. Det är även viktigt att avstå rökning och alkohol efter operation för att minska postoperativa komplikationer.

Tid

1 oktober 2020

Plats

Svensk sjuksköterskeförening, Baldersgatan 1, Stockholm eller digitalmedverkan.

Kostnad

1 500 kr, för dig på plats i Stockholm, max 20 deltagare.

1 175 kr för enskild digital medverkan

3 250 kr, upp till 10 personer digitalt

Priserna är exklusive moms, inklusive material och för er på plats, kaffe x 2 och lunch.

Anmälan

Sista anmälningsdag är 18 sep 2020

Mer information och anmälan: rfop.se

En del slutar, andra stannar

Varför väljer specialistsjuksköterskor inom anestesioch operationssjukvård att stanna på sin arbetsplats? Tre huvudteman identifierades. A: Stabilitet i organisationen representerade allas lika värde, vilket bidrog till låg personalomsättning, med god anda mellan kollegor och resulterade i en känsla av att vara hemma. B: Hållbar utveckling inom ens eget yrke. C: En empatisk närmaste chef som var nära till hands, som var en möjliggörare, som kände personalen och eliminerade hinder för dem. Specialistsjuksköterskorna talade stolt om sitt yrke. De var glada att kunna rekommendera sin nuvarande arbetsplats till andra. Specialistsjuksköterskorna ansvarade för ett specifikt område som t.ex. utbildningsansvar, hygienansvar, och de var nöjda med sina löner.

Flera faktorer påverkar arbetstillfredsställelsen på en arbetsplats. Psykosociala faktorer, däribland stöd från närmaste chef och från kollegor och möjlighet att ha inflytande på arbetet visar i studier att ha ett starkt samband med arbetstillfredsställelse. Vidare finns det studier som pekar på att sjuksköterskors möjlighet att delta i beslutsfattande på arbetsplatsen har en betydande inverkan på arbetsglädje, prestationsnivå, kvaliteten på patientvården och önskan att stanna kvar på arbetsplatsen. Andra viktiga faktorer är organisatoriskt stöd, tillräcklig lön, möjlighet till personlig utveckling, ett erkännande för väl genomfört arbete, att ledningen lyssnar och svarar på anställdas oro/frågor och stödjer deras idéer, ett synligt ledarskap, och att möjliggöra för sjuksköterskor att spendera tid med sina patienter och att sjuksköterskor kan genomföra sitt arbete i enlighet med sin egen kompetensbeskrivning.

Inom perioperativ kontext är väl planerade måltider, uppmuntran till fysisk träning och ett specifikt rum (Zen rooms) för både fysisk och psykisk återhämtning ett viktigt steg i återhämtningen, eftersom arbetet innebär att vara instängd på en operationssal i varierande antal timmar. Inom perio-



Erebouni Arakelian

perativ kontext är det extra viktigt för anställda att ha kunskap om planering av "patientvolym" och att det råder goda relationer mellan kollegor och mellan sjuksköterskor och läkare, vilket bidrar till att skapa en positiv arbetsmiljö.

Vidare visar studier att hög patientsäkerhet på arbetsplatsen, hög kvalitet på patientvården, goda arbetsvillkor dvs. flexibelt arbetsschema, möjlighet till professionsutveckling, att utföra nyckeluppgifter och att använda sina kliniska färdigheter, och gott samarbete mellan olika personalkategorier att de anställda rekommenderar sin arbetsplats till andra.

Studien utfördes på nationell nivå där fyra universitets- och länsdelssjukhus deltog. Individuella djupintervjuer genomfördes med 15 specialistsjuksköterskor inom perioperativ kontext. Deltagarna bestod av två män och 13 kvinnor i åldrarna 43 till 63 år (medelålder 57 år). Data samlades in via face-to-face och telefonintervjuer.

A: Stabilitet i organisationen bidrog till låg personalomsättning, med god anda mellan kollegor, vilket representerade allas lika värde och resulterade i en känsla av att vara hemma.

terade allas lika värde och resulterade i en känsla av att vara hemma.

Organisatorisk stabilitet beskrevs som närhet och gemenskap mellan kollegor och bidrog till att skapa stabilitet inom arbetsplatsen. Specialistsjuksköterskorna beskrev att de hade adekvat arbetsbelastning och att de upplevde att arbetskollegorna var friska. De hann med sina arbetsuppgifter och det planerade operationsprogrammet. Lunch och kaffepauser var välplanerade. Efter avslutat arbetspass kunde alla åka hem, och om det fanns förändringar i lunchpauser eller om någon var tvungen att stanna och arbeta övertid, blev personen alltid tillfrågad om det i god tid. I en stabil organisation, var personalomsättningen låg, och personalen kände sig tillfreds. Det fanns sällan tankar om att sluta på arbetsplatsen eller att byta arbete.

Stabilitet i organisationen bidrog dessutom till en känsla av välbefinnande, att vara på en säker plats där specialistsjuksköterskorna kände sig trygga och bekväma i sitt yrke och i sina roller. Dessutom kände kollegorna varandra väl på en personlig nivå.

Förutom organisatorisk stabilitet beskrev specialistsjuksköterskorna en personlig stabilitet. Med personlig stabilitet menades att känna sig trygg i sitt eget yrke och beskrevs som att "de visste vad de gjorde". Specialistsjuksköterskorna hade utvecklat en rutin eftersom de hade arbetat med många liknande fall. I vården av multisjuka patienter kände deltagarna att de hade en röst, att de blev tagna på allvar, de respekterades av kollegor och blev lyssnade till, vilket beskrevs som stimulerande. Kirurgerna vände sig till de erfarna specialistsjuksköterskorna med sina frågor om problem och de sökte lösningar tillsammans. Kollegor hjälpte varandra, visade respekt för varandras arbetsuppgifter och yrken, och detta bidrog till stabilitet och en känsla av att vara hemma. Varje yrkeskategoris arbete räknades, och ingens arbete var överlägset de andras. Specialistsjuksköterskorna



beskrev bra anda mellan kollegor. De upplevde att de hade en trevlig atmosfär på arbetsplatsen och de hade en känsla av att det inte fanns någon hierarki. Denna atmosfär främjades av den enkla handlingen att hälsa på varandra på morgonen och tacka varandra för väl utfört arbete innan de åkte hem efter arbetstidens slut. Att arbeta på samma arbetsplats sida vid sida länge gjorde att det utvecklades en relation mellan kollegorna. Förutom den sociala miljön, beskrevs det vara viktigt att ha en vän på arbetsplatsen, eftersom ingen kunde ta sitt arbete med sig hem och ibland behövde de ventilerade händelser med varandra. Bra samarbete ledde till utvecklingen av en gemensam uppfattning om arbetet och det bidrog också till stabilitet inom gruppen.

B: Hållbar utveckling inom ens eget yrke.

Specialistsjuksköterskorna beskrev att de stimulerades på sina nuvarande arbetsplatser, även efter att ha arbetat på samma arbetsplats under många år. Ingen dag var lik den andra, vilket betydde att de befann sig i en lärande miljö. Det var en stimulerande variation i ens arbetsuppgifter och det skapade glädje.

Specialistsjuksköterskorna kunde byta operationsavdelning inom samma organisation utan att byta sjukhus och därmed kunde de lära sig mer om andra patientgrupper och operationstekniker. Det fanns en stimulerande variation mellan patientgrupperna från unga åldrar, t ex från prematura barn till äldre patienter. Ibland var det stimulerande att inte veta typ av ingrepp och vilken patient de skulle arbeta med. Specialistsjuksköterskorna beskrev att de kände att de gjorde nytta för patienterna. Tillsammans med kirurgerna hade flera varit inblandade i att förbättra lagarbete eller vårdrutiner för en specifik patientgrupp.

Nästan alla hade eller hade haft ett särskilt uppdrag som de var ansvariga för, t ex operationsprogrammet eller som personalkoordinator, utbildningsansvarig sjuksköterska, hygienansvarig sjuksköterska, eller expert-sjuksköterska/teamansvarig inom ett visst område. Till specialuppdragen rekryterades antingen via reklam eller handplockades för positionen. Den här möjligheten att arbeta med olika uppgifter, till exempel, arbeta inom den egna specialiteten en dag och som programkoordinator nästa dag beskrevs som stimulerande. Samtidigt,

gav det deltagarna en paus eller en chans att återhämta sig från de fysiska kraven i arbetet, till exempel från att instrumentera långa timmar vid operationssåret, som en operationssjuksköterska förklarade. Specialistsjuksköterskorna talade stolt om sitt yrke, och alla var glada att kunna rekommendera sin nuvarande arbetsplats till nya kollegor.

Flera av dem som hade lämnat arbetsplatsen tidigare hade återvänt. Trots bättre lön, tex inom en privat sektor fanns det en känsla av att förlora ens expertkunnandet och därför återvände många till sin nuvarande arbetsplats. Genom att uppnå personlig och professionell utveckling, var det uppenbart att specialistsjuksköterskorna ville förbättra miljön både för patienterna och sina kollegor och det var ytterligare en anledning att stanna.

C: En empatisk närmaste chef som var nära till hands, som var en möjliggörare, som kände personalen och eliminerade hinder för dem.

Den närmaste chefens närvaro beskrevs som viktig för specialistsjuksköterskornas välbefinnande i arbetet. Några beskrev hur viktigt det var att den närmaste chefen hade samma

yrke som dem för att förstå deras professionella behov. Det var dock viktigt att den närmaste chefen var synlig, att hon/han kände de anställda på personlig nivå, dvs. att de visste vilka specialistsjuksköterskorna var, deras intressen och livs- eller familjesituationer, och "kunde möta den anställda på dennes nivå". Att bli erkänd av ens närmaste chef förbättrade arbetsmoralen och arbetsmiljön. Det var också viktigt att den närmaste chefen visade stöd för de anställdas utbildning och utveckling i yrket. Specialistsjuksköterskorna kände sig bekväma med sina närmaste chefer som visade medmänsklighet och samtidigt var kompetenta ledare.

Den närmaste chefen beskrevs som en viktig facilitator som gjorde det möjligt för specialistsjuksköterskorna att stanna kvar på samma arbetsplats. Den närmaste chefen kunde ge dem? verktygen för att utföra ett bra jobb, både på en personlig nivå och på yrkesmässig nivå. Ibland handlade det om ett rum att övernatta på sjukhuset om en anställd bodde långt ifrån sin arbetsplats. Andra gånger handlade det om att arbeta färre nattskift eller färre timmar eller arbeta mer ibland för att kunna ta ledigt från sitt arbete att vara med sina små barn eller jaga. Den sortens stöd och flexibilitet i arbetsförhållandena bidrog till de anställdas arbetstillfredsställelse.

Slutsats

En icke-hierarkisk och stabil organisation med en empatisk närmaste chef med kunskap om karitativt ledarskap, erbjuder en varm och välkomnande arbetsmiljö med möjligheter till professionell utveckling. I denna miljö känner specialistsjuksköterskor sig hemma och väljer att stanna och därmed bidra till professionell utveckling, kamratskap och organisationsutveckling.

Om rätt villkor uppfylls, väljer många sjuksköterskor och specialistsjuksköterskor att stanna kvar på sina arbetsplatser. Det är därför viktigt att studera nödvändiga framgångsfaktorer och skapa hälsosamma arbetsplatser där sjuksköterskor väljer att stanna.

Ett sätt att tänka i denna riktning är att använda Bondas karitativa ledarskap (Caritative Leadership) inom hälso- och sjukvård som innebär ledarskap i en vårdande kultur som uppmuntrar hälsa och lidande för

både patienter och de anställda. Karitativt ledarskap har sina rötter i Katie Erikssons Caritative Nursing. I karitativt ledarskap betraktas den anställda som en unik individ, och detta synsätt tillsammans med andra grundläggande kriterier kan hjälpa specialistsjuksköterskor inom perioperativ kontext att känna sig unika och värdefulla inom organisationen.

Resultatet i aktuell studie pekar på en positiv riktning när det gäller diskussionen om vad som kan göras för att inte bara sjuksköterskor, utan även andra yrkeskategorier ska trivas på sin arbetsplats. På engelska används ordet "retention" som kan översättas som "att bibehålla" och fokus ligger alltså inte bara på att behålla personal, utan även att bli en attraktiv arbetsplats som flera återvänder till.

Resultatet i denna studie pekar på enkla åtgärder, som t ex att hälsa på varandra, att tacka varandra, att värdesätta varandra, att ha respekt för varandras yrken, att dela med sig av sin kunskap, att få möjlighet att utvecklas och utveckla, att kunna ha ett flexibelt schema. Det är viktigt med en gemensam värdegrund! Ansvaret att upprätthålla de ovannämnda måste delas mellan medarbetare och chefer. Resultatet visar också att erfarna specialistsjuksköterskor tar ansvar och utvecklar patientvården och det lönar sig ekonomiskt för dem. Personalomsättningen och sjuktagen blir låga och det är vinst för arbetsgivaren i det långa loppet.

Liknande positiva studieresultat kan ge kraft till personal och chefer att tillsammans arbeta med enkla medel för att skapa friska arbetsmiljöer (healthy workplaces på engelska) för alla. I dessa friska arbetsmiljöer kommer personalen däribland specialistsjuksköterskor att vilja stanna kvar, utveckla sig själva och sin verksamhet! •

Fakta: Författarna till den vetenskapliga publikationen är Ereboundi Arakelian, Gudrun Rudolfsson, Roma Runesson Broberg, Anna Rask-Andersen, Robert Wålinder Ereboundi Arakelian, Docent i Vårdvetenskap med inriktning mot perioperativ vård, Lektor, Specialistsjuksköterska anestesijukvård och intensivvård, Med Dr. skrev den svenska artikeln.

Några referenser

Andersen LL, Fishwick D, Robinson E, Wiezer NM, Mockallo Z, Grosjean V. Job satisfaction is more than a fruit basket, health checks and free exercise: Cross-sectional study among 10,000 wage earners. *Scand J Public Health*. 2017;45: 476-484.

Bondas TE. Caritative leadership. Ministering to the patients. *Nurs Adm Q*. 2003;27:249-253.

Eriksson K. Nursing: the caring practice "being there". *NLN Publ* 1992;201-210 (15-2465).

Rosengren K, Bondas T. Supporting "two-getherness": Assumption for nurse managers working in a shared leadership model. *Intensive Crit Care Nurs*. 2010;26: 288-295.

Sanders CL, Krugman M, Schloffman DH. Leading change to create a healthy and satisfying work environment. *Nurs Adm Q*. 2013;37:346-355.

Tran BX, Van Hoang M, Nguyen HD. Factors associated with job satisfaction among commune healthworkers: Implications for human resource policies. *Glob Health Action*. 2013;6:1-6.

Van Bogaert P, Clarke S, Vermeyen K, Meulemans H, Van de Heyning P. Practice environments and their associations with nurse-reported outcomes in Belgian hospitals: Development and preliminary validation of a Dutch adaptation of the Revised Nursing Work Index. *Int J Nurs Stud*. 2009;46:54-64.



Ereboundi Arakelian

FRISK LUFT KLAR SIKT



Valleylab™ Laparoscopic Smoke Evacuation System avlägsnar rök från bukhålan **på mindre än 30 sekunder i snitt.**¹



Valleylab™ Laparoscopic Smoke Evacuation System



RapidVac™ Smoke Evacuator
Valleylab™ Telescopic Smoke Evacuation Rocker Switch Pencil

VARFÖR UTSÄTTA DEM FÖR RISK? VÄLJ EN OPERATIONSSAL UTAN RÖK

Valleylab™ Laparoscopic Smoke Evacuation System:
Effektiv evakuering av kirurgisk rök från operationssalen under pågående ingrepp.^{2,†}

† 9 av 10 kirurger som fått testa instämde.

1. Based on Buffalo Filter report #PR- 18001 rev A, Filter visualization. Feb. 28, 2018.

2. Based on internal test report #RE00139506 rev A, Bourbon: Valleylab™ laparoscopic smoke evacuation system nurses and surgeons claims report. March 12, 2018.

Fotografi: Adobe Stock

© 2020 Medtronic. Med ensamrätt.

20-weu-valleylab-laparoscopic-smoke-evacuation-adverts-2-sv-4489726

EORNA | CORPORATE PARTNER
European Operating Room Nurses Association

Medtronic

De givna boktipsen efter Corona krisen

Böckerna vi önskat att vi läst före. Men de kan nog även post-Corona ge svar på frågor som kvarstår. Det kommer med all säkerhet nya epidemier så det kan vara värt att läsa om utbrott, smittvägar och beredskap.



I den nya boken *Pandemier och epidemier – ett tvärvetenskapligt perspektiv* från Studentlitteratur tar forskaren Martin Holmberg ett nytt

grepp om ämnet infektionsepidemiologi. Pandemier kräver ett tvärvetenskapligt perspektiv för att förstås.

– Ofta finns ett strikt biomedicinskt perspektiv på epidemier och pandemier. Under mer än ett sekel har vi undervärderat betydelsen av samhällens strukturer och människors beteenden för smittspridningen, säger Martin Holmberg.

Martin Holmberg är docent i infektionssjukdomar och har arbetat som infektionsläkare i 25 år. Han har även en bakgrund som molekylärbiologisk forskare och har därutöver arbetat under 10 års tid på Socialstyrelsens tidigare smittskyddsenhet. Särskilt pandemier kräver en bred tvärvetenskaplig ansats för att förstås. Inte bara virus eller bakterier, utan även ekologisk och fysisk miljö, samhällsomvandlingar och människors uppfattningar och handlingar påverkar hur pandemier och epidemier uppstår och försvinner.

Komplexa orsakssamband och tolkningar

Genom att följa tre pandemier som drabbat Sverige – polio, hiv och influensa – illustrerar Holmberg bakgrunden, de komplexa orsakssambanden och människors olika tolkningar av händelserna. Utifrån dessa historier tar han i boken *Pandemier och epidemier* ett steg ut i världen för att skapa ett sammanhang av fattigdom,

ojämlikhet, miljöförstöring och klimatförändringar.

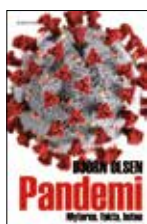
– Pandemier är inte naturkatastrofer, de är en del av antropocen – den era där mänskliga handlingar utgör den främsta drivkraften som omformar planeten, förklarar Martin Holmberg.

Betonar samhälleliga, kulturella och geografiska faktorer

Författaren har samlat vetenskaplig kunskap från flera håll, som kan ha betydelse för vår förståelse av epidemisk smitta. Förutom att betona samhälleliga och kulturella faktorer, vill Martin Holmberg visa på geografins viktiga roll. Han visar hur smittor utspelar sig i geografiska landskap, vilket inte fångas i de kurvor där epidemiförloppen ofta presenteras. Författaren berör också frågor om epidemisk evolution, emergens och globalisering.

Hur kan kunskapen från boken användas nu i dessa tider med Corona?

– Boken skrevs och trycktes innan Covid-19 uppstod, men mycket som står där är i linje med vad som nu händer. Jag har inte skrivit en handbok för beslutsfattare, utan riktar mig främst till forskare och studerande. – Förhoppningsvis kan boken inspirera till nytänkande och till nya konkreta forskningsprojekt. Den manar också till en viss vetenskaplig eftertanke inför allt vi ännu inte vet om epidemier och pandemier.



Pandemi

I svininfluensans kölvatten finns ett stort behov av kunskap om vad pandemier är, varför de uppstår och vilket hot de utgör.

Spanska sjukan dödade fem gånger så många människor som första världskriget. Ändå har hyllmetrar skrivits om kriget men bara några få hyllcentimetrar om Spanska sjukan. Är det för att vi har så svårt att förstå att man kan dö på grund av det allra minsta?

Vad har smittsamma infektionssjukdomar att göra med täthet, miljö, klimatförändringar och låg biologisk mångfald? Våldigt mycket! När smittsamma mikroorganismer från naturen möter tamdjur - populationer som är immunologiskt naiva och som dessutom lever tätt ihop - uppstår perfekta förutsättningar både för genetisk omkombination hos patogener och för deras smittspridning. Infektionssjukdomar är till sin natur oförutsägbara och mycket dynamiska. En smitta i dag kan vara borta i morgon och ersatt av något helt nytt, för människan tidigare okänt. Redan i dag och än mer i framtiden kommer epidemier att höra till mänsklighetens värsta problem.

I boken använder Björn Olsén bland annat spanska sjukan men även antibiotikaresistenta bakterier som utgångspunkter för att förklara hur och varför pandemier uppstår. Det är en populärvetenskaplig skildring av mekanismerna bakom och effekterna av olika pandemier.

Björn Olsén *Pandemi – myterna, fakta, hoten*. Norstedts 2010 nu Nytryck ISBN 978-91-1-303171

Skriv till: hygien@rfop.se

I detta nummer har vi en gäst, Ann Folin, som svarar på Hygienfrågan

Fråga: Om man inte känner till allergi av kiwi, banan och avokado vid uppdukning inför operation utan då använder latexhandskar (utan puder) och sedan byter till latexfria handskar Innan operationen startar. Räcker det eller ska instrument och uppdukning bytas ut?

Svar: För att klargöra frågan ytterligare så vill jag påpeka att om man är

allergisk mot proteiner i naturgummi-latex (NGL) så kan man korsreagera om man samtidigt har en födoallergi mot t.ex. kiwi, banan och avokado¹. Skälet till att korsreaktion uppstår är att det finns likheter i allergenernas (allergipartiklarnas) utseende och antikroppar mot ett allergen så att detta också reagerar på ett annat allergen².

Cirka 50% av personer med en allergi mot proteinerna i NGL har en historia med någon annan typ av allergi.

Vissa frukter och grönsaker som t.ex. banan, kastanj, Kiwi, avokado och tomat kan ge allergiska symptom hos några individer känsliga för NGL.¹

Om man missat att ta in information kring allergier vid anamnesen och först inne på operationssalen upptäcker att patienten är allergisk och eventuellt kan korsreagera mot proteinerna i NGL så rekommenderar jag att allt man rört på med handskar tillverkade av NGL (oavsett om de är pudrade eller puderfria) byts ut. Detta gäller såväl instrument som allt annat uppdukningmaterial.

Fakta: Ann Folin, Operationssjuksköterska och Clinical Nurse Advisor

Referens:

1. American Academy of Allergy, Asthma & Immunology
<https://www.aaaai.org/conditions-and-treatments/allergies/latex-allergy>
2. Medeca Pharma, Korsreaktioner <https://www.medeca.se/fler-allergier/mataallergi/korsreaktioner>

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

Nya medlemmar 1 januari - 31 juli 2020

RFop hälsar 51 st nya medlemmar Välkomna!

Linda Andersson, Höör,
My Andersson, Skövde
Susanne Bengtsson, Herrljunga
Hanna Bexell, Jönköping
Rosalinda Du Stefano, Upplands Väsby
Helena Ekdahl, Västerås
David Elf, Värnamo
Maria Eriksson, Uppsala
Zara Falk, Järfälla
Sofia Fernaeus Samuelsson, Hammarö
Alexandra Friström-Lindgren, Malmö
Fredrik Gustafsson, Stockholm
Janina Hammargren, Oskarshamn
Elin Handell, Karlskoga
Cecilia Hellström, Örbyhus
Moa Henriet, Malmö
Anna Hoffert, Täby

Mahnaz Hojjat Jajali, Uppsala
Eva-Marie Hultén-Bergström, Kramfors
Anna Hållberg, Borlänge
Joakim Johansson, Värnamo
Tanya Kallberg, Enskede
Rebecca Lagercrantz, Visby
Anna Lagerström, Stockholm
Johanna Larsson, Södertälje
Kristoffer Larsson, Örebro
Jannie Lewieszewski, Linköping,
Helena Lindberg, Tullinge
Jenny Lindbäck, Umeå
Sara Majberger Klementz, Alingsås
Eva Mattsson, Billdal
Emma Molander, Kungälv
Gunhild Nilssen, Skövde
Kerstin Nilson, Kungsbacka

Natalie Nilsson, Umeå
Gunilla Olsson, Trelleborg
Emil Oskarsson, Lund
Eva Pihlemark, Falköping
Asmarat Rasulova, Norsborg
Paola Rojas Velasques Navarro, Sundsvall
Hanna Sandberg, Åland
Emely Schannong, Uppsala
Sofia Schultz, Helsingborg
Peter Selin, Falun
Matilda Strid, Uppsala
Malin Strålmán, Skövde
Kristina Sundberg, Köping
Maria Sundblad Brännström, Uppsala
Josefine Svensson, Växjö
Emma Wittsell, Munka-Ljungby
Pia Åhlberg, Uppsala

Disputation, Lina Bergman

Redaktionen vill uppmärksamma Lina Bergman, intensivvårdssjuksköterska och doktorand vid institutionen för vårdvetenskap och hälsa, Sahlgrenska Akademien, Göteborgs Universitet som disputerat sin avhandling *“Patient safety during intrahospital transports in intensive care. Hazards, experiences and future measurements”*. Disputationen hölls den 8 maj 2020 i hörsal Arvid Carlsson, Göteborgs universitet.

Opponent:

Professor Åsa Engström, institutionen för hälsovetenskap, Luleå Tekniska Universitet, Luleå.

Ledamöter i betygsnämnden:

Docent Ewa-Lena Bratt, ordförande i betygsnämnden, institutionen för vårdvetenskap och hälsa, Göteborgs universitet

Docent Karin Samuelson, institutionen för hälsovetenskaper, Lunds universitet

Docent Maria Henricson, avdelningen för omvårdnad, Jönköping university.

Ordförande vid disputationsakten:

Docent Åsa Axelsson, institutionen för vårdvetenskap och hälsa, Göteborgs universitet.

Sammanfattning på svenska

Sjukhusinterna transporter av patienter som vårdas inom intensivvården är en riskfylld process. Tidigare studier har visat att patientrelaterade komplikationer och avvikande händelser, som kan resultera i en vårdskada, är vanligt förekommande. Intrahospitala transporter (IHT) behöver genomföras då patienten har ett behov av behandlingar och undersökningar utanför intensivvårdsavdelningen (IVA). Exempelvis behöver kritiskt sjuka patienter förflyttas till röntgen, intervention- och hybridsalar samt till operation. Detta är en process som kräver tid och resurser från intensivvården samt ställer höga krav på personalen. Patienter som förflyttas har samma behov av övervakning som på IVA. I Sverige genomförs därför



Lina Bergman

IHT primärt utav intensivvårdssjuksköterskor. Utefter patientens behov bemannas även transporten utav undersköterskor och specialistläkare inom anestesi och intensivvård. Det finns idag begränsad kunskap kring faktorer som påverkar patientsäkerheten vid transporter. Detta inkluderar såväl vilka risker som finns som vilka preventiva åtgärder som bibehåller och främjar säkerheten. Avhandlingens övergripande syfte var därför att undersöka patientsäkerheten vid IHT av patienter som vårdas inom intensivvården. Alla delstudier har erhållit etiskt godkännande ifrån Etikprovningsmyndigheten (Dnr 1030-15).

Avhandlingens första tre delstudier utgjordes av en etnografisk fältstudie vid två intensivvårdsavdelningar på ett universitetssjukhus. Under fältstudien genomfördes deltagande observationer av IHT, intervjuer med läkare och sjuksköterskor samt intervjuer med patienter som hade transporterats. Avhandlingens första delstudie syftade till att identifiera, klassificera och beskriva risker vid IHT. Studiens resultat visade att 365 risker kunde identifieras vid 51 transporter. Dessa risker kunde härledas till teamarbete, transportrelaterade uppgifter, utrustning och teknik, miljön samt organisationen. Utrustning och teknik var

det mest framträdande riskområdet (n=124). Studiens resultat påvisade även bakomliggande orsaker till identifierade risker samt hur dessa påverkade transportprocessen. En klassifikation av identifierade riskers inverkan på patientsäkerheten visade att majoriteten utgjorde en risk för att en avvikande händelse skulle kunna inträffa (n=204). I avhandlingens andra delstudie intervjuades 15 intensivvårdssjuksköterskor och fem läkare om deras erfarenheter av kritiska händelser vid transporter. Resultatet visade att IHT upplevdes som en riskfylld process där patients säkerhet ofta var hotad. Trots detta uppfattade personalen att de kunde hantera kritiska händelser ifall de inträffade. Analysen resulterade i en beskrivning av organisatoriska förutsättningar, behov av kompetens och erfarenheter, samt tekniska och icke-tekniska färdigheter för säkra transporter. Avhandlingens tredje delstudie syftade till att undersöka patienters upplevelser utav IHT processen. Intervjuer genomfördes därför med 12 patienter som genomgått en IHT. Resultatet visade att patienterna hade vaga minnen av transporten men kunde beskriva hur de upplevde ljud, ljus och den förändrade miljön. Överlag kände patienterna sig säkra och trygga under transporten. Detta berodde främst på att de kände en tillit till personalen, att de fick information, samt blev förberedda inför kommande händelser.

I avhandlingens fjärde delstudie utvecklades och testades ett instrument för att kunna mäta säkerhet vid transporter. Studien genomfördes i tre faser. Först utvecklades en teoretisk modell över patientsäkerhet vid IHT. Utifrån denna modell samt resultatet ifrån avhandlingens första delstudie utformades sedan potentiella frågor. Därefter testades instruments innehållsvaliditet genom en internationell så kallad Delphistudie. Detta innebär att experter inom området bedömer frågornas relevans och begriplighet. Slutligen utvärderades instrumentets validitet och reliabilitet i en tvärsnittsstudie vid 12 intensivvårdsavdelningar

i Sverige. Studiens resultat visade att 55 frågor kunde reduceras till 24. Den explorativa faktoranalysen gav vidare stöd för en modell bestående av fem dimensioner enligt följande: teamarbete (4 frågor), transportrelaterade uppgifter (4 frågor), teknik och utrustning (5 frågor), miljö (5 frågor) samt organisation (6 frågor). Korrelationsanalyser visade vidare att varje dimension hade acceptabel reliabilitet (intern konsistens) med Cronbach's alfavärden >0.7.

I avhandlingens ram gjordes vidare en syntes av delstudiernas resultat utifrån en systemteoretisk modell (SEIPS-modellen) som bygger på begreppen struktur, process och utfall. Sammanfattningsvis visar avhandlingens resultat att transporter är en riskfylld process. I relation till strukturen kunde bidragande orsaker till risker härledas till brister på systemnivå och bestod bland annat utav bristande resurser, utrustning som ej var anpassad efter transportens behov, brister i sjukhusmiljön samt begränsningar i kommunikation och samordning mellan enheter. I relation till processen identifierades tekniska och icke-tekniska färdigheter

som var centrala för att utföra transporter säkert. Detta avser exempelvis kunskap och erfarenhet av transportrelaterade uppgifter, teamarbete (såsom kommunikation, samarbete, teamledarskap och följsamhet till teamroller) samt förmågan att kunna förutse och planera inför oväntade händelser. Teamarbete under transporter kan beskrivas som dynamiskt och påverkades av faktorer som hög rotation av teammedlemmar samt oklar ansvarsfördelning mellan teammedlemmar. Transportrelaterade uppgifter var ofta komplexa och teamets arbete påverkades vidare ofta utav avbrott och störningar. Trots detta kände sig patienterna, som nämnts, säkra och trygga under transporten. I relation till utfall visade resultatet att trots att transporter är en riskfylld process var det få risker som ledde till en observerbar vårdskada eller avvikande händelse. Personal uppfattar också sällan att patienten drabbas utav någon komplikation. Däremot bidrog de identifierade riskerna till exempelvis avsteg från säkerhetsrutiner, ineffektivt teamarbete, misstag relaterat till utrustning samt förlängd transporttid. Slutligen visade de psykometriska ana-

lyserna att en enkät bestående av 24 frågor fördelade över fem dimensioner kan mäta sjukvårdspersonals erfarenheter av säkerhet vid transporter.

Avhandlingens resultat ger en fördjupad kunskap om transportprocessen, inklusive risker samt förutsättningar för att kunna genomföra transporter säkert. Avhandlingens bidrar även med ett instrument för att mäta säkerhet vid transporter. Detta resultat kan ligga till grund för utveckling och implementering av framtida interventioner som syftar till att förbättra säkerheten. Vidare kan resultatet utgöra en grund för utformning utav riktlinjer, checklistor samt säkerhetsförbättringar i den kliniska verksamheten.

Vi på Uppdukat gratulerar Lina Bergman till ett betydelsefullt och väl genomfört arbete! •

För mer information kring avhandlingen kontakta Lina Bergman via epost: lina.bergman@gu.se

Här finns hela avhandlingen att läsa: <https://gupea.ub.gu.se/handle/2077/63248>

stryker

Neptune

Vätske- och rökevakueringssystem

Skydda din personal



Bär inte



Rör inte



Bränn inte



**Scanna QR-koden
för mer information
om Neptune**



Föreliggande dokument är endast avsett för sjukvårdspersonal

Det är den opererande läkaren själv som efter egen fackmässig bedömning bestämmer om hon eller han vill använda en viss produkt vid behandlingen av en viss patient. Stryker ger inga medicinska råd, utan rekommenderar att kirurgerna själva före det operativa ingreppet genomgår utbildning i hur produkten ska användas. I föreliggande information beskrivs de produkter som Stryker erbjuder. Ansvarig läkare ska alltid läsa förpackningsbilagan, produktetiketten och/eller användningsinstruktionerna innan man beslutar att använda en produkt från Stryker. Det är inte säkert att produkterna i denna broschyr finns på alla marknader. Det beror på att produkttillgängligheten är beroende av lagstiftningen och/eller medicinsk praxis i olika länder. Kontakta därför din Stryker-representant om du vill vet mer om produkter som finns tillgängliga i ditt land. ProCare Serviceschemat är föremål för de allmänna villkoren i serviceavtalet.

Stryker Corporation med dotterbolag eller andra närstående företag äger, använder eller har ansökt om godkännande av följande varu- eller servicemärken: SafeAir Neptune, ProCare och Stryker. Övriga varumärken och märkesnamn tillhör respektive ägare. Ovanstående medicinska produkter är CE-märkta i enlighet med tillämpliga EU-förordningar och direktiv. Materialet är inte avsett för spridning utanför EU eller EFTA.

12/2019 2019-23221 SUOTH-SS-3_23221 Nicolai Sorensen



Till minne av Lisbet Rydin

En uppskattad vän, operationssjuksköterskekollega och omtyckt hedersmedlem har lämnat oss. Lisbet Rydin avled i våras 91 år gammal efter ett långt och innehållsrikt liv (1929-08-26 – 2020-03-12). Det är få operationssjuksköterskor som fått vara med om så mycket spännande under sitt yrkesliv som Lisbet hade förmånen att få göra.

Utbildning och karriärval

Norrländskan Lisbet föddes 1929, och examinerades som sjuksköterska från Röda Korsets Sjuksköterskeskola i Stockholm 1953. Redan under utbildningstiden fascinerades Lisbet av rollen som operationssjuksköterska och bestämde sig för att det var det hon skulle bli, och hon arbetade med operationssjukvård i olika roller och befattningar fram till sin pensionering 1994.

Lisbet började sin karriär som sjuksköterska i Gällivare och därefter styrde stegen till Strömstad. Under en tvåårsperiod reste hon runt i Sverige med ett operationsteam som opererade tuberkulospatienter. Efter denna period valde Lisbet att specialisera sig inom thoraxkirurgi och började arbeta på den nybyggda thoraxkliniken på Karolinska sjukhuset i Stockholm hösten 1957. Den nya kliniken byggdes till professor Clarence Crafoord vilken Lisbet sen hade ett nära samarbete med som en av hans operations-sjuksköterskor. Lisbet var verksam på denna klinik som avdelningsföreståndare fram till sin pensionering. Hon har själv beskrivit kliniken som en spännande och rik arbetsplats.

Lisbet var verksam som operations-sjuksköterska under en dynamisk tid inom kirurgin då det skedde stor och banbrytande utveckling. Hon hade tex förmånen att vara med som operationssjuksköterska vid den första pacemakerimplantationen som utfördes i världen. Den första pacemakern som var möjlig att operera in byggdes av Rune Elmgvist och opererades in på Karolinska Universitetssjukhuset 1958 av överläkare Åke Senning.

Arbetsresor

Under åren upplevde Lisbet många resor runt om i världen både privat och inom arbetet. Tillsammans med professor Crafoord och övriga i hans operationsteam reste hon till Mendoza i Argentina 1965 för att arbeta. Denna resa planerades och var arrangerad av Styrelsen för internationellt utvecklingsarbete (SIDA). Från Sverige tog man med alla instrument, hjärtlungmaskin, narkosutrustning mm, mm. Här höll man också kurser och startade upp en hjärtkärlklinik vid universitetssjukhuset. Under en period valde Lisbet att bosätta sig i Förenade arab emiraten och där arbetade hon med hjärtkirurgi.

Master degree

Lisbet hade ett stort intresse att studera och utveckla sig och 1971 sökte hon ett stipendium från Svensk Sjuksköterskeförening (SSF) som hon också erhöll. Detta möjliggjorde en resa till USA och San Francisco där hon under ett år fick studera Nursing på UCSF (University of California in San Francisco). Dessa studier resulterade i en Master degree och Lisbet var sannolikt den första svenska operationssjuksköterskan som fick en Master.



Foto: Peo Sjöberg

Lisbet på första raden vid 2018 års Höstkongress tillika NORNA kongress



Riksföreningen för operations-sjukvård

Lisbet var också en av de operations-sjuksköterskor som var med och bildade Riksföreningen för operationssjukvård i Stockholm på hösten 1964. Hon valdes då från start till sekreterare, ett uppdrag hon hade hela hennes tid i styrelsen. Det hände mycket nationellt inom Riksföreningen och så småningom startades också ett samarbete inom Europa och EORNA (European Operating Room Nurses association) grundades 1980. Organisationen lanserades i Köpenhamn, Danmark 1992 och här var Lisbet närvarande som en av Sveriges två förtroendevalda delegater. Den andra delegaten var Ulla Ots. Lisbet hade också detta uppdrag fram till att hon pensionerades.

Hedersmedlem

Lisbet valdes in som hedersmedlem i Riksföreningen för operations-sjukvård efter 30 års tufft men roligt arbete (1964–1994). Denna titel



Lisbet och Ann Folin, 2019



Ragnhild Alfvén och Lisbet, Höstkongressen 2009



Julfest på thoraxkliniken, Karolinska sjukhuset 1982. Jane Strand, Ingrid Kristoffersson, Lisbet Rydin, Björg Modigh och Karin Sjölin.
Foto; Inga-Lill Borryd Höijer



Lasse Salomonsson och Lisbet, 2019



Foto: Peo Sjöberg

föräras en operationssjuksköterska som genom förtjänstfulla insatser har haft betydelse för utvecklingen av operationssjuksköterskans profession eller den perioperativa omvårdnaden. Det finns inget tvivel om att Lisbet bidragit med mycket här.

Personen Lisbet

Lisbet var en fantastisk person, omtyckt, vänlig, och nyfiken på att lära sig nytt under hela sitt liv. Lisbet beskrivs av kollegor och tidigare medarbetare som enormt kunnig och med en vilja att alltid dela med sig av sin kunskap. Hon uppfattades också som ödmjuk, med stor människokänslighet, korrekt, noggrannhet och hon hade alltid glimten i ögat.

Intresset för yrket och operationssjukvården behöll hon hela sitt liv och var

en självklar deltagare på Riksföreningens Höstkongresser ända fram till sin bortgång.

Lisbet Rydin var en stor inspirationskälla och förebild för operationssjuksköterskeprofessionen.

Vi är så tacksamma och glada att vi hann hälsa på dig en sista gång förra året (24 nov. 2019) då du som vanligt var intresserad, hade massor att berätta med glimten i ögat och gärna drack några glas champagne. Det är så vi kommer ihåg dig kära Lisbet. För alltid borta, men aldrig glömd. •

Fakta: Lasse Salomonsson, Operations-sjuksköterska, Kvalitetsrådet RFop och Ann Folin, Operationssjuksköterska, Clinical Nurse Adviser



EORNA

Som all annan verksamhet har EORNAs påverkats av den rådande pandemin. Ett Covid-19-forum skapades ganska tidigt under utbrottet på EORNAs hemsida där medlemmar har möjlighet att dela med sig av frågor och erfarenheter från utbrottet. Där delade RFop med sig av den rekommendation vårt Kvalitetsråd var snabba att författa angående laparoskopisk kirurgi i samband med Covid-19. Vi fick mycket positiva reaktioner på detta. Diskussionerna i EORNA-styrelsens eget forum handlade i början väldigt mycket om hur vi skulle hantera smittan i vår egen verksamhet på operation och huruvida vi skulle räkna smittan som luftburen eller inte. Det stod klart att de flesta, i alla fall av de som deltog i den diskussionen hanterade en Covid-19 patient på operation ungefär på samma sätt som en patient med TBC. Efter det har våra kommunikationskanaler varit ganska tysta. Vi upplever att medlemsländerna haft fullt upp med att hantera situationen.

Det hade varit intressant om representanterna från de länder som drabbats hårdast av pandemin, velat dela med

sig av hur det påverkat operationsverksamheten i det egna landet men det har varit svårt att få någon sådan berättelse. Från de medlemmar som är lärare på universitet har vi förstått att många universitet, liksom de i Sverige, ställt om sina utbildningar till distansutbildning. Kanske beror frånvaron av rapporter från den operativa verksamheten på att de sjukhus där våra representanter jobbar inte varit särskilt drabbade eller så vill man inte berätta. Vi i Sverige har så klart fått frågor från oroliga kollegor, bland annat Danmark, som undrar hur vi har det i Sverige eftersom vi har haft en värre situation än andra skandinaviska länder. Det är fint att vi bryr oss om varandra även om vi i mycket är ganska maktlösa.

Ganska snart stod det klart att EORNAs vårmöte som var planerat att hållas i Belgien inte skulle gå att genomföra på plats. Det var mycket illa eftersom viktiga beslut angående föreningens konstitution då skulle tas. Vi gjorde då som resten av världen - inte ställa in, utan ställa om. Värmötet genomfördes därmed med hjälp av Zoom. Under två halvdagar i början av maj möttes vi i ett virtuellt möte vilket gick förvånansvärt bra. Vi från Sverige tyckte till och med att den virtuella mötesformen hade några klara fördelar jämfört med den fysiska. Ett

av problemen med en internationell förening är att språket ibland sätter hinder för diskussionen. Mötet på Zoom öppnade upp möjligheten att använda sig av skrift vilket i vissa fall ökade chansen att göra sig förstådd och genom text förtydliga sin ståndpunkt. Såklart saknade vi de mer informella samtalen som ett fysiskt möte ger plats för, men vi tyckte ändå att denna mötesform fungerade så pass bra att vi från Sverige lade fram ett förslag på att ett av EORNAs två årliga möten bör vara ett virtuellt möte. Pandemi eller inte, att dra ner på resandet ligger i tiden och att endast behöva betala för en resa per år skulle dessutom underlätta för de nationer som har ansträngd ekonomi. Förslaget togs inte emot med öppna armar av alla, men vi hoppas att fler så småningom inser fördelarna. EORNA har, sedan majmötet, haft ytterligare två korta virtuella möten under vilka vi diskuterat en uppdatering av vår konstitution samt nästa års EORNA-kongress i Stavanger. Vi hoppas att kongressen kommer att kunna genomföras som planerat, men kongressgruppen tittar även på alternativa lösningar ifall pandemin fortfarande härjar i maj nästa år. Håll utkik på EORNAs hemsida för aktuell information angående kongressen. Och du som forskar - skicka in ditt abstrakt! •



Inbjudan till Nivå 1 Traumautbildning "Basic Trauma"

Hög tid att anmäla er till höstens omgång "Basic Trauma"

Sverige är relativt förskonat från stora trauman varför vårdpersonal generellt ofta har begränsad erfarenhet av omhändertagande av dessa patienter. På många sjukhus är svårt traumatiserade patienter något som inte som tillhör vardagen vilket gör behovet av utbildning i traumaomhändertagande är stort. Den svårt skadade patienten kräver ett omhändertagande av tvärprofessionellt traumateam. Där alla bidrar med sina specifika och kompletterande kompetenser. På en del sjukhus ingår operationssjuksköterskan som en medlem i det mottagande traumateamet på akutmottagningens akutrum, på andra möter hen patienten först på operationsavdelningen.

Akut omhändertagande av dessa patienter måste ske snabbt och strukturerat efter i förväg utarbetade koncept. Ökad kunskap och kompetens gör att man som operationssjuksköterska kan känna sig tryggare i sin roll och de uppgifter man ska utföra. Detta bidrar till en säkrare och tryggare vård av patienten men operationssjuksköterskan kan med sin unika kompetens vara ett stöd till övriga i teamet. Ökad individuell träning och kompetens är en nödvändig bas för ett fungerande team vilket bidrar till minskning/reducering av stress i samband med trauma omhändertagande.

Trauma utbildningen "Basic trauma" som anordnas av Riksföreningen för Operationssjukvård har som syfte att ge operationssjuksköterskor ökade teoretiska baskunskaper kring omhändertagandet av trauma patienter.

- Utbildningen är en endagsutbildning
- Utbildningen hålls av operationssjuksköterskor för operationssjuksköterskor.
- Utbildningen hålls i Stockholm
- Utbildningen består av föreläsningar varvade med gruppdiskussioner där deltagarna delar med sig av erfarenheter kring hur traumaomhändertagandet är organiserat på olika sjukhus.

Delar som utbildningen tar upp är:

- Skademekanismer
- Omhändertagande A-E principen
- Operationssjuksköterskans roll i traumateam
- Omedelbar kirurgi - operationssjuksköterskans roll och ansvar, med konkreta tips vid olika vanligt förekommande traumaingrepp

Nästa utbildningstillfälle är 23 oktober 2020 och anmälan görs via RFop:s hemsida, rfop.se

Vi är på Waterfront som genomför alla arrangemang enligt FHM rekommendationer och arbetar med god hygien.

Mat och dryck paketerat och inga "bufféer" där maten står öppet.

Allt serveras så att deltagarna enkelt kan ta sin färdiga kaka eller smörgås färdigpackat för att undvika kontakt.

Se deras dokument Safety Protocol på rfop.se.





Nya kollegor

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

GU/Institutionen för
Vårdvetenskap och
Hälsa, Göteborg i
mars 2020.

Text: Monica Kolvered

Åtta studenter har under två år genomfört en halvfartsutbildning i specialistutbildningen operationssjukvård på GU. Dessa åtta studenter blev klara med sin examen, specialistsjuksköterska inom operationssjukvård i mars 2020.

Inriktningsansvarig har varit docent Elisabeth Hansson och docent Annette Erichsen Andersson.

Kursledare för olika kurser har varit universitetsadjunkterna Monica Kolvered och Sofia Errestam.

Eftersom studenterna fick avsluta sina studier då omvärlden stängde ner för coronavirussmitta så kunde inget nytt foto tas på studenterna då dessa inte kunde samlas. Men som tur var togs ett foto i maj 2019 och som vi därför använder i denna artikel.

Med på fotot finns två operationssjuksköterskor som blev klara 2019.



Från vänster till höger: Sandra Andersson, Gezime Zuta Kurtisi (färdiga i juni 2019), Christer Bergqvist, Kerstin Nilsson, Josefine Karlsson, Ulrika Larsson, Stefan Elings, Christoffer Samuelsson Linnéa Frenning och Steinunn Snorradóttir

GU/Institutionen för Vårdvetenskap och Hälsa, Göteborg i juni 2020

Text: Monica Kelvered

Ytterligare kollegor på väg ut i yrkeslivet som operationssjuksköterskor har genomfört sin specialistutbildning till operationssjuksköterska vid GU/Institutionen för Vårdvetenskap och hälsa.

Programmet är på 60 hp och i dessa poäng finns inlagt en yrkesexamen och en akademisk examen.

Studenterna har haft Verksamhetsförlagd utbildning (VFU) främst inom operationssjukvård men även tre dagar anestesijukvård, en dags postoperativ vård samt två dagar angioverksamhet/hybridmiljö. Studenterna har också varit på studiebesök på Sterilcentral, Patologavdelning och Gastroenterologiavdelning (GEA). I utbildningen ingår också en hel del klinisk träning av medicinteknisk apparatur.

En del av denna träning har skett ute i verksamheten och med stöd av medi-

cintekniskt ansvariga operationssjuksköterskor. Simulering har också skett i grupper på kliniskt träningscenter. I de teoretiska delarna har ingått, för att nämna några delar, bl.a. den perioperativa omvårdnadsprocessen, perioperativ vård (pre-, intra- och postoperativ vård), topografisk anatomi, MTA, kommunikation, etiska ställningstaganden samt vetenskaplig metod och forskningsprocessen. Stort fokus har legat på smittskydd och infektionsprevention samt patientsäkerhet.

Inriktningsansvarig för programmet har varit docent Annette Erichsen Andersson.

Kursledare för olika kurser har varit universitetsadjunkterna Monica Kelvered, Susanne Nielsen och Sofia Erestam.

I programmet har också många föreläsare förekommit från olika yrkeskategorier bl.a. operations-sjuksköterskor, läkare, Medicinteknisk personal, föreläsare från Etiskt Forum/SU m.fl.

Studenterna har delvis under senare termin 2, fått ha en del undervisning

via zoom. Bl.a. genomfördes handledning, examination (försvar- och opponentskap) via digitala verktyget zoom, av de examensarbeten som studenterna genomfört. Avslutningen av programmet fick också ske via zoom vilket medförde att endast en digital zoombild kunde tas på några av deltagarna (se nedan foto).

Deltagarna i programmet har varit:

Karin Alke Nilsson, Alice Andersson, Malin Andersson, Malin Arnell, Parisa Asadi, Alexandra Barankova, Pontus Dymen, Anna-Karin Ehrman, Sabina Eriksson, Karin Fagerlund, Felipe Faundes Espinoza, Signe Harlén, Amandus Jutvik, Emelie Klanac, Li Lindberg, Emelie Lindén, Rebecca Lovell, Rebecca Lovén, Sanna Lycken, Hanna Markhag, Emma Molander, Andrea Mujkanovic, Carina Nordström, Niklas Nyström, Viktoria Ohlsson, Frida Olsson, Sapanta, Jelyn, Maria Serti, Johan Sjöberg, Sara Sjöblom, Linn Sundvisson, Nilo Taban, Mirella Van Der Heijde Kees, Markus Wegerstam och Cecilia Wreschner. •

zoom Meeting

System View



Den 8:e Chefkonferensen

Konferens för chefer och ledare vid Sveriges operationsavdelningar

Nätverket för chefer vid Sveriges operationsavdelningar, CSO har även gjort riskanalys och fattat beslutet att flytta Chefkonferensen från 27 november 2020 till 4-5 februari 2021.

Konferensen kommer att genomföras med de åtgärder som behövs för att kunna genomföra en säker konferens. Som exempel kan nämnas möbleringen i föreläsningssalarna kommer vara med korrekt avstånd, hantering vid förtäringen följer alla säkerhetsåtgärder. Mat och kaffe delas ut utan trängsel och täta köer. Det innebär att vi kommer begränsa antalet deltagare till 30 personer.

Det blir en Chefkonferens som byggs ihop med årets första lunch till lunch chefnätverk.

Konferensen startar med lunch, torsdag 4 februari och under eftermiddagen kommer du att ta del av föredrag, riktade till dig som chef, av Christina Stielli och Susanne Canus. Dagen avslutas med ett gemensamt mingel, med enklare förtäring. Fredag förmiddag är det rundabordsdialog med aktuella teman. Konferensen avslutas med lunch. Du kan även besöka den medicintekniska utställningen som hålls i samband med Höstkongressen. Detaljerat program kommer att presenteras på rfop.se senare i höst.

Tid och plats

Torsdag den 4 februari kl. 12.00 – fredag 5 februari kl. 13.00, på Stockholm Waterfront Congress Center.

Kostnad

5 160 kr exkl. moms, inkluderar lunch x 2, kaffe x 4 och mingel *inklusive* Höstkongress torsdag förmiddag och fredag eftermiddag.

Erbjudande!

Du erbjuds möjlighet att kostnadsfritt delta på Höstkongressen torsdag förmiddag och fredag eftermiddag. Uppge om du önskar använda erbjudandet i din anmälan.

Registrering

Registreringen är öppen torsdag den 4 februari kl. 11.30 – 12.45 och fredag 5 februari kl. 08.00 – 08.30.

Anmälan

Sista anmälningsdag för garanterad plats är 24 december 2020 därefter i mån av plats. Bekräftelse om deltagande skickas direkt till den e-postadress som anges i anmälan – viktigt att korrekt e-postadress anges.

Observera att kongressavgiften kan betalas in under 2020.

Sista anmälningsdag, för dig som önskar faktura och betala under 2020, är den 15 november 2020.

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

Chefnätverket är till för att du skall kunna diskutera aktuella frågor inom ledarskap och är till för dig exklusivt som chef eller ledare inom operationsverksamhet i Sverige oavsett professionsbakgrund. Kom och nätverka under trevliga former, träffa chefskollegor från hela landet för dialog om aktuella frågeställningar och hämta inspiration av varandra! Du behöver inte vara medlem i någon Riksföreningen för att delta i nätverkets möten.



Foto: Peo Sjöberg

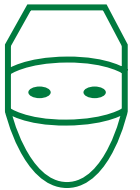
Chefrådet: Kati Liljebäck, Lisbeth Håkansson, Hanna Karlsson och Karin Hansson

OBS!

**Chefkonferensen 2020
är flyttad till
4-5 februari 2021**



RFop kalendarium



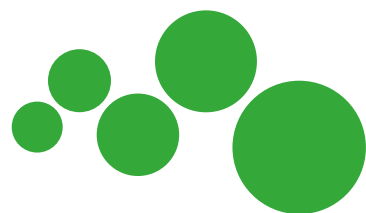
RFop är aktiv i olika projekt, seminarier och tillfälliga utbildningar – både självständigt och i samverkan med andra. Alla utbildningar och evenemang som RFop bedriver ska stärka och utveckla ledarrollen inom den perioperativa omvårdnaden samt främja utvecklingen av densamma. Vi arrangerar årliga utbildningar 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

2020 10–11 September Chefnätverk Inställt!	2020 25 September SPOR nätverksfräff	2020 1 Oktober Rök- och alkoholstopp inför operation	2020 23 Oktober Trauma- utbildning, Nivå 1	2021 4–5 Februari Höstkongress 2020	2021 4–5 Februari Chefkonferens/ Chefnätverk 2020
2021 26 Mars Trauma- utbildning, Nivå 1	2021 16 April Rök- och alkoholstopp inför operation	2021 20–21 Maj Hygienforum	2021 1 Oktober Rök- och alkoholstopp inför operation	2021 29 Oktober Trauma- utbildning, Nivå 1	2021 2–3 December Höstkongress 2021
2021 3 December Chefkonferens 2021	2022 26–27 Maj Hygienforum 2022	2022 1–2 December Höstkongress 2022	2023 25–26 Maj Hygienforum 2023	2023 30–1 Nov/Dec Höstkongress 2023	

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