

Uppdukats

Nr 2 april 2022 årgång 34



Smidigt, men ändå bättre!¹

Mer än 50 kliniska studier.
18 års erfarenhet.
4 miljarder applikatorer
använda runt om i världen.
Nu är det Sveriges tur.



Förskrivningsinformation: Chloraprep/Chloraprep färgad (Kutan lösning, Klorhexidylglukonat 20 mg/ml Isopropylalkohol 0,70 ml/ml), ATC-kod: D08AC52, Ej förmån. Indikation: Detta läkemedel ska användas för desinficering av hud före invasiva medicinska ingrepp. Kutan användning. Chloraprep/Chloraprep färgad kan användas på alla åldersgrupper och patientpopulationer. Chloraprep/Chloraprep färgad ska dock användas med försiktighet på nyfödda spädbarn, särskilt prematurt födda. Kontraindikationer: Känd överkänslighet för Chloraprep/Chloraprep färgad eller något av läkemedlets hjälpämnen, särskilt för dem som tidigare uppvisat eventuella allergiska reaktioner mot klorhexidin. Varningar och försiktighet: Lösningen är brandfarlig. Använd inte i samband med diatermi eller andra tändkällor förrän huden är helt torr. Ta bort allt blött material, operationslakan eller skyddsrockar innan behandlingen fortsätter. Använd så liten mängd som möjligt och låt inte lösningen bli kvar i hudveck eller under patienten och inte heller droppa på lakan eller annat material som är i direktkontakt med patienten. Om ocklusivförband ska appliceras på områden som tidigare behandlats med Chloraprep/Chloraprep färgad, måste försiktighet iaktas så att det inte finns något kvar av produkten innan förbandet appliceras. Endast för utvärtes bruk på intakt hud. Chloraprep/Chloraprep färgad innehåller klorhexidin. Det är känt att klorhexidin inducerar överkänslighet, bland annat generaliserade allergiska reaktioner och anafylaktisk chock. Förekomsten av överkänslighet mot klorhexidin är inte känd, men enligt tillgänglig litteratur är detta sannolikt mycket sällsynt. Chloraprep/Chloraprep färgad ska inte administreras till någon som eventuellt tidigare uppvisat en allergisk reaktion mot lösningar som innehåller klorhexidin. Lösningen verkar irriterande på ögon och slemhinnor, med risk för ögonskador som nedsatt syn och kemiska brännskador. Därför får den inte användas i närheten av dessa områden. Om lösningen kommer i kontakt med ögonen, måste de sköljas omedelbart och grundligt med vatten. Användning av klorhexidinlösningar, såväl alkohol- som vattenbaserade, för hudinfektion före invasiva ingrepp har satts i samband med kemiska brännskador hos nyfödda. Tillgängliga fallrapporter och publicerad litteratur tyder på att risken för hudskada tycks vara störst hos prematura spädbarn, särskilt de som är födda före graviditetsvecka 32 och hos alla prematura spädbarn under deras två första levnadsveckor. För ej användas på öppna hudår. För ej användas på icke intakt/skadad hud. Dessutom måste direkt kontakt undvikas med nervvävnad och mellanörat. Undvik långvarig hudkontakt med alkoholhaltiga lösningar. Det är viktigt att rätt appliceringsmetod används. Om lösningen har använts alltför rikligt på mycket ömtålig eller känslig hud, kan det uppstå lokala hudreaktioner som exempelvis: hudrodnad eller inflammation, klåda, torr och/eller avflagnande hud och smärta på administreringsstället. Så fort tecken på lokal hudirritation visar sig, måste appliceringen av Chloraprep/Chloraprep färgad stoppas. Fall av anafylaktisk reaktion har rapporterats under anestesi: Symtom kan vara väsande/svårt att andas, chock, svullnad i ansiktet, nässelutslag eller andra hudutslag. Observera att symtom på anafylaktisk reaktion kan döljas hos en patient under narkos, då en stor del av huden är täckt eller patienten är oförmögen att kommunicera tidiga symtom. Om överkänslighet eller en allergisk reaktion inträffar/misstänks ska behandlingen genast avbrytas. Alla produkter innehållande klorhexidin under anestesi ska tas bort, för att undvika att patienten exponeras för andra klorhexidinnehållande produkter under pågående behandling. Förpackningsstorlekar: Läkemedlet är tillgängligt i volymerna 1 ml, 3 ml, 10,5 ml och 26 ml för ofärgad. Läkemedlet är tillgängligt i volymerna 3 ml, 10,5 ml och 26 ml för färgad. Förpackningsstorlek: 1ml, 60 applikatorer, 3 ml, 10,5ml och 26ml: 25 applikatorer. Senaste översyn av produktresuméer: 2019-08-20. För ytterligare information se www.fass.se

Referens: 1. Casey A et al., American Journal of Infection Control 2015; Aug 43(8): 816-20.

BD, Stockholm, Marieviksgatan 25, 117 43, Sweden | bd.com

© 2020 BD, BD och BD Logo är varumärken som tillhör Becton Dickinson and Company BDP001SE.2.v6



Utgivare

Riksföreningen för operationssjukvård ISSN 1101-5624.

Upplaga

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

Prenumeration

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

Prenumeration via agentur 450 kr per kalenderår

Omslagsbild

Björn Elgeskog

Foto

Försvarsmakten

Annonser

annonsansvarig@rfop.se

Redaktion

Kristina Lockner
Yvonne Törnqvist
Jennifer Båskman
Marina Emanuelsson
Maria Munoz

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

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

Eftertryck från tidningen utan Riksföreningen för operationssjukvårds medgivande är förbjudet.

Layout: MittKompetens AB

Tryckeri: Gävle Offset AB

Innehåll

Uppdukat nr 2 2022 årgång 34

REDAKTIONENS ORD

Ordförande...sid 4

HISTORIA

Fattningsstång Baccock...sid 6

ARBETSMILJÖ

Stick- och skärskador...sid 8

CHEF OCH LEDARE

I huvudet på en chef...sid 10

PÅ VÅR OPERATIONSDELNING

En operationsavdelning utan bemanningssjuksköterskor...sid 12

KRÖNIKA

Operationssjuksköterskans skyddshelgon ...sid 16

PORTRÄTTET

Elisabeth Lundström...sid 18

REPORTAGE

KÄK ...sid 20

KOMPETENS

Akademisk karriär...sid 22

REPORTAGE

Sjukvårdskedjan...sid 24

KOMPETENS

Att vara student under pandemin och ny redaktör i Uppdukat...sid 26

KOMPETENS

Avancerad specialistsjuksköterska...sid 28

REDAKTIONEN TIPSAR

Magisteruppsats, Sofia Gustafsson...sid 30

HYGIEN

Luft i operationsrum...sid 32

HYGIEN

Uppdukade instrument...sid 34

HYGIENFRÅGAN

Ann-Sofi Mattsson svarar...sid 36

REPORTAGE

Vägen tillbaka...sid 38

sid 12



sid 24



sid 34



Foto: Lasse Salomonsson

Foto: Peo Sjöberg



Brist på sjuksköterskor är en central fråga för de flesta OECD länder. Utifrån ett internationellt perspektiv hade Sverige fler sjuksköterskor och läkare per 1 000 invånare än genomsnittet bland OECD-länderna. Bland OECD-länderna var det genomsnittliga antalet sjuksköterskor 8,8 per 1000 invånare under 2019 och i Sverige var antalet 10,9 per 1 000 invånare. Antalet sjuksköterskor var högst i Schweiz och Norge med cirka 18 sjuksköterskor per 1 000 invånare. Uppgifterna är dock inte helt jämförbara mellan länder. Till exempel har en tredjedel av sjuksköterskorna i Norge en lägre utbildningsnivå och ansvarade därför för mindre kvalificerade arbetsuppgifter jämfört med Sverige.

Brist på specialistsjuksköterskor har identifierats som nationell i Sverige, av regioner och fack- och yrkesorganisationer under längre tid, även om graden av personalbrist varierar inom olika specialiteter och geografiska områden. Bristen uppges omfatta både nyutbildad och erfarna specialistsjuksköterskor. Av de regioner som rapporterar brist på specialistsjuksköterskor så är det specialistsjuksköterskor inom intensivvård, operation, psykiatri och barn och unga som anges.

Vad behövs för att fler operations-sjuksköterskor ska välja att stanna kvar i yrket? Vad behövs för att få fler att

återvända, reaktivera sig? Och hur ska vi öka intresset så att fler väljer just operationssjukvård när det ska specialisera sig? Läs vår reportageserie, *Vägen tillbaka*, sidan 38, som denna gång bland annat samtalar med Erik Bergfeldt, Enhetschef på Kirurgoperation, Västerås sjukhus om hur de jobbar med dessa frågor och självklart följ Marias reaktiveringsresa.

Vi behöver få en bättre nationell bild

Martin Holmer, ordförande i NPO Perioperativ vård, intensivvård och transplantation, har tillsammans med SFAI:s delförening för operationsledning i samverkan med bla RFop tagit fram en enkät med syfte att kartlägga aktiviteter och satsningar som gjorts för att behålla och utveckla kompetens inom operationssjukvård. Syftet är att kartlägga bra och dåliga exempel på aktiviteter eller satsningar för att behålla och utveckla personal inom operationsverksamheten (pre-, per- och postoperativt). Men också att kartlägga tillgänglighetssatsningar. Enkäten kommer att skickas ut till chefer inom operationsverksamhet under våren 2022 och kommer att vara digital. Vi får hoppas att den ger oss en tydligare bild än den som finns nu.

Ny redaktör

Vi har en ny redaktör Maria Munoz, som skrivande stund studerar termin två på specialistsjuksköterskeprogrammet med inriktning operationssjukvård vid Uppsala universitet. Hon var färdig sjuksköterska januari 2008 och har sedan dess hunnit arbeta både i Sverige och Norge samt bott i Australien i tio år. Hon presenterar sig genom att hoppas på uppdraget direkt och skriva om hur det är att *vara student under pandemin*, läs om detta på sidan 26.

Det pågår många väpnade konflikter runt om i världen. Den som får mycket uppmärksamhet och kanske även är den vi engagerar oss mest i just nu är Ukraina. Det kommer oss geografiskt nära och medierapporteringen är stor, hur kan/vill jag stödja, bidra indirekt eller direkt är frågor vi kan ställa oss som medmänniskor fast även som profes-

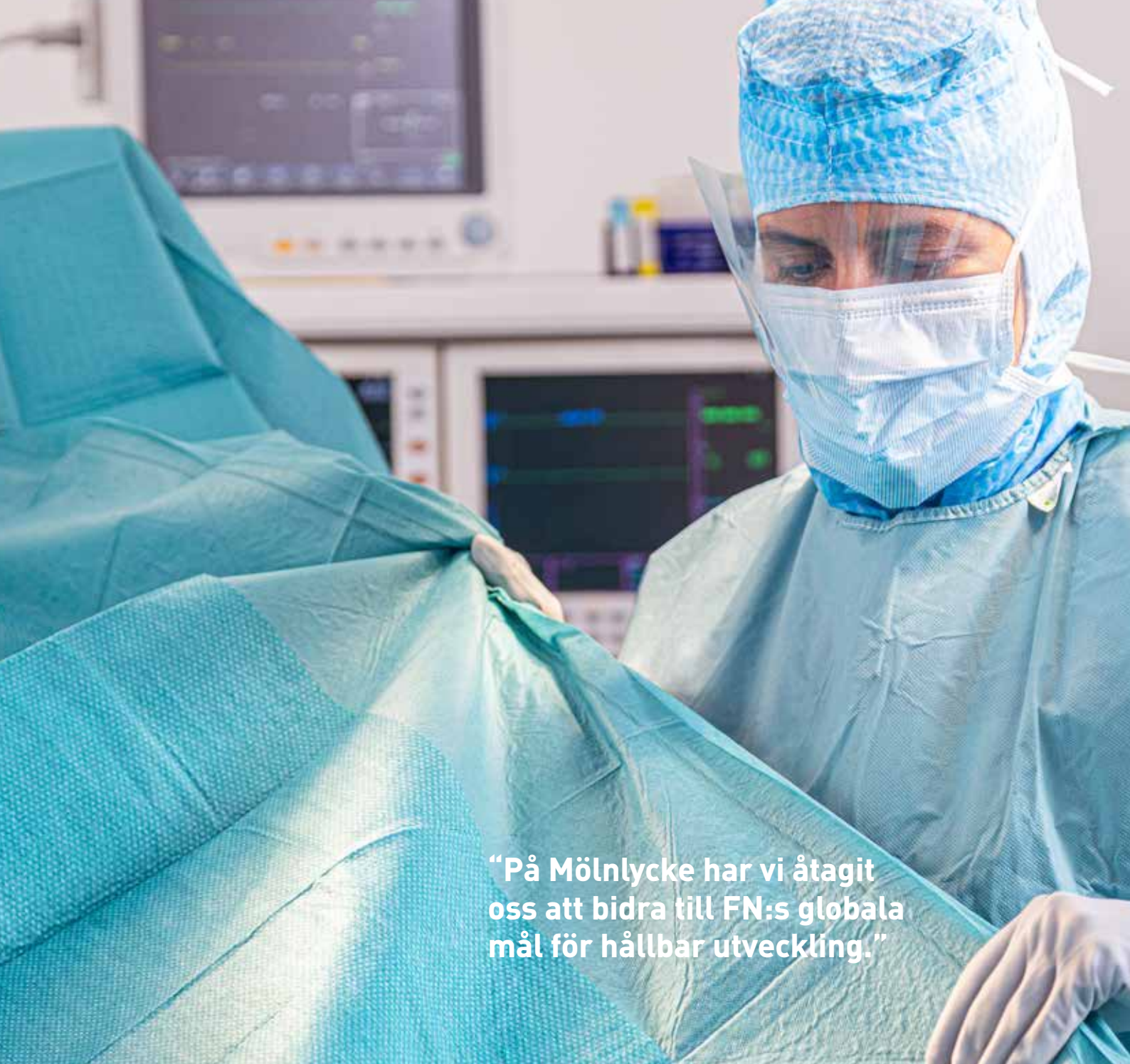
sionella. Som operationssjuksköterska finns många möjligheter att bidra med sin profession, tex. via Läkare utan gränser, fast även via Försvarsmakten. På sidan 24 kan du läsa om Björn Elgeskog arbete som operationssköterska med utbildningsansvar på övningsavdelningen vid Försvarsmaktens sjukvårdsstridsskola i Göteborg, *Sjukvårdskedjan – livräddande åtgärder som köper tid*.

En alltid lika aktuell person är Florence Nightingale eller? Varför pratar vi aldrig om vikten av Nightingales arbete för operationssjukvården? Läs krönikan på sidan 16, *Operationssjuksköterskans skyddshelgon*. Det är ett nummer fullt av aktuella och intressanta artiklar för att nämna några till, på sidan 12 kan du läsa om, *En operationsavdelning utan bemaningssjuksköterskor*, hur har de lyckats? *KÄK - Kompetens Är Kul* på sidan 20, *Del 2 Karriär - Akademisk karriär* på sidan 22. Det är bäst jag slutar här så du i lugn och ro får slå dig ned och läsa helt enkelt. ●

Kallelse till Årsmöte 2022

Den 31 maj kl. 19.00 håller Riksföreningen för operationssjukvård, årsmöte. Vår förenings viktigaste aktivitet. De två senaste åren har vi haft våra årsmöten digitalt och det tänker vi fortsätta med, åtminstone i år. Ett digitalt årsmöte en tisdag kväll blir det denna gång och vi hoppas att det möjliggör för fler medlemmar att delta. Är du intresserad av att ta del av vad vi gjort och vad vi planerar att göra framöver? Vi kommer inom kort öppna anmälan för deltagande i årsmötet på rfop.se, så boka in tiden i din kalender redan idag och håll utkik på instagram, fb och hemsidan när anmälan öppnar.





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

BARRIER hållbara draperingar

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



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

Läs mer på www.molnlycke.se

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

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



Mölnlycke®

Fattningstång Babcock

William Wayne Babcock (1872–1963) var en av Amerikas mest inflytelserika kirurger under 1900-talets början. Han är mest känd för sitt utvecklande av innovativa kirurgiska tekniker och instrument inom det allmänkirurgiska området. W. W. Babcock föddes i East Worcester, New York och fick sin läkarexamen redan som 21-åring och erhöll två doktorsexamen i kirurgi några år senare. Han började arbeta i olika positioner som kirurg vid en rad sjukhus och arbetade även en tid som assisterande professor i patologi och bakteriologi. 1903 tillträdde han som chef för den kirurgiska fakulteten vid Temple College, Philadelphia en position han lämnade 1943, efter 40 år. Samtidigt arbetade han kliniskt som kirurg vid flera sjukhus. Babcock utvecklade och introducerade en rad nya kirurgiska operationstekniker.

1907 beskrev han en ny teknik vid åderbräcksoperationer - den så kallade Babcock operationen. Operationen innebar en endoluminal stripping av v. Saphena magna via en incision i ljumsken. För detta utvecklade han en speciellt utformad stripping sond.



William Wayne Babcock

Babcocks teknik för operation av varicer blev den världsledande metoden under många år. Tillsammans med sin student Harry E Bacon introducerade han en ny operationsteknik för behandling av rectum och sigmoideumcancer, som gick ut på ett bevarande av sfinkter funktionen, denna metod utvecklades under åren 1930–45. Han utvecklade även en teknik vid kranioplastik, s.k.

”soup bone” plastik. Metoden som gick ut på att ta autogt ben, vanligtvis från scapula. Benet kokades för att bli mjukt och följsamt för att sen borrar och fästas över defekten i skallbenet. Han var också den förste läkaren i Amerika att 1907 introducera spinalanestesi som bedövningsform. Babcock var en föregångare på många områden med koppling till kirurgi.

Redan år 1924 publicerade han en artikel i tidskriften *Anesthesia and Analgesia* med titeln *”Resuscitation During Anesthesia”*. Han börjar sin artikel med att ställa ett antal retoriska frågor till tidskriftens läsare:

- Hur effektiva är dina livräddande situationer i din operationssal?
- Hur säkert är det att kollapsa, drabbas av ett andnings- eller hjärt-stopp vid en bukoperation under din vård?
- Kan du känna igen hjärtat genom diafragman och veta hur det ska masseras? Eller har också du sett det jag upplevt, att levern masserades i stället för hjärtat och patienten var utom all räddning.



Babcock samaritan hospital



The Babcock Surgical Clinic, Konstnär Furman Joseph Fink. Tempera och olja på canvas. Med tillstånd av Temple University Libraries.



Fattningstång Babcock

Han fortsätter ställa frågan om man brukar hålla regelbundna akutövningar i sin operationssal för att se om man är konstant redo att kunna utföra omedelbar resuscitering, om det finns en framarbetad plan så att RÄTT sak ALLTID görs vid en akutsituation och då utan att slösa tid på oviktiga och ineffektiva detaljer. Babcock menar i artikeln som skrevs för 100 år sen att detta är några av de frågor man behöver kunna svara på i varje modern operationssal. Frågorna känns fortfarande rätt aktuella även i dagens ”moderna” operationsmiljö. Han fortsätter beskriva vikten av övningsverksamhet.

- Varför ska vi ha övningar i båtar, gruvor och bränder samtidigt försumma livräddande övningar där de vanligaste farorna, i varje samhälle förekommer, nämligen i operationssalen.

Resuscitering

Babcock beskriver hur man praktiskt ska agera vid resuscitering i operationssalen. Vilka läkemedel som ska finnas tillgängliga och hur dom ska administreras. Att varje person i operationsteamet ska veta sin exakta uppgift och att den ska påbörjas inom sekunder från det order om att resuscitering ska påbörjas är given. Han avslutar artikeln med sammanfattningen:

”It is wise to hold emergency drills during operations in operating rooms, to make every person in the operating room feel his personal responsibility for the patient’s life and to develop a dependable efficiency. Those who prove to be unreliable should be weeded out”

Men i dagens operationsverksamhet är nog Babcock mest känd för fattningstången som bär hans namn. Dr Babcock designade tången ursprungligen för att användas och hålla i rörformiga organ. Genom sin utformning minskar instrumentet det intraluminala trycket och har ett stort användningsområde inom olika kirurgiska specialiteter där man har behov av att atraumatiskt kunna greppa och hantera olika typer av vävnad och organ.

1943 pensioneras Babcock som chef för kirurgen vid Temple University Hospital och för Temple Medical School, två chefsposter han innehaft under 40 år. I samband med detta föräras Babcock med en målning. Målningen har namnet *The Babcock Surgical Clinic* och är ett sammansatt porträtt av Babcock i operationssalen omgiven av de kirurger han under åren arbetat tillsammans med. Uppdraget att utföra målningen gick till konstprofessorn Furman Fink känd för sin skicklighet i porträttmålning och som

tidigare avporträtterat de amerikanska presidenterna Truman och Eisenhower. Det tog Fink 2 år att utföra målningen och under tiden besökte han operationssalen tre dagar i veckan, gjorde medicinsk research och utförde skisser under pågående operationer. Varje läkare som skulle ingå i målningen fick posera enskilt i en av sjukhusets operationssalar och skissades då av i den exakta position kring huvudpersonen dom skulle finnas i den slutliga målningen. Konstnären lade stort arbete med att få detaljer av kirurgiska instrument, operationslampor och övrigt i operationssalen verklighetstroget men använde sin konstnärliga frihet och lät två av de avbildade läkarna var utan sina munskydd.

W.Wayne Babcock avlider i februari 1963, 91 år gammal. ●

Referenser

Laios, K. *Professor William Wayne Babcock (1872-1963) and his innovations in surgery*. Surgical innovation 2018 Vol.25 (5)536-537

Babcock, W, W *Resuscitation During Anesthesia*. Anesthesia and Analgesia-December 1924

Schatzki, S, C *The Babcock Surgical Clinic*. AJR 1995; 165:322

Stick- och skärskador

Operationspersonal utsätts i större utsträckning för risk för blodsmitta än andra yrkeskategorier inom vården. Det handlar framför allt och hanteringen av öppna sår i kombination med vassa instrument.

I Sverige har vi arbetsmiljöverket som reglerar åtgärder vid risker för smittömnar i arbetet. Arbetsgivaren är skyldig att bedriva ett systematiskt arbetsmiljöarbete för att förebygga till exempel stick och skärskador. Vårdförbundets undersökningar från 2005 och 2012 visar på att incidensen med stick- och skärskador minskar i landet från 90 % till 63 %, någon senare jämförelse verkar inte finnas. Minskningen beror till största sannolikhet på att fler och fler stickskyddade produkter kommit ut på marknaden. Det verkar dock inte som att incidensen på operation har minskat i samma utsträckning. Teorin är att man där inte har infört de sticksäkrade produkterna i samma utsträckning.

Det finns en nollvision för sticks- och skärskador inom vården som bygger på att använda framför allt stickskyddade produkter när sådan finns att tillgå, att tillämpa sticksäkert arbetssätt på arbetsplatsen, att personalen får utbildning i hur produkter skall användas samt i arbetssätt, personal skall vara delaktiga i kravspecifikationer till upphandlingar, verksamhetsledning skall snabbt erbjuda postexponeringsbehandling samt psykologiskt stöd vid stick- eller skärskada.

På operationsavdelningar just under kirurgiska ingrepp är de sticksäkra arbetssätten det som främst kan göra skillnad. Dessa kallas handsfree och neutral zon, i vissa fall också no touch teknik. Det innebär att personalens händer aldrig möter varandra vid överlämning av vassa instrument utan man använder en neutral zon till exempel ett markerat fält på assistentbordet eller en rondsål. Vid vissa kirurgiska ingrepp kan det dock vara kontraproduktivt med tekni-

ken då det innebär att kirurgen måste byta fokus, detta kan vara svårt om kniv till exempel används vid arbete i mikroskåp. Då kan det vara bättre att använda en hands on teknik som innebär att man tillsammans arbetar fram en rutin för överlämnande av vassa föremål.

Suturnålen är uteslutande den vanligaste källan till stickskador under operationer och det är därför viktigt att veta att det finns alternativ till den vassa spetsen, nämligen trubbig. Occupational Safety and Health Administration (OSHA), den amerikanska motsvarigheten till Arbetsmiljöverket är starka förespråkare av användandet av trubbiga suturnålar och menar att flera studier visar att de minskar risken för skador

och inte påverkar hälsoutfallet för patienten. Kirurger har meddelat att det inte har varit något problem att använda suturen när man har lärt sig rätt teknik. OSHA menar därför att arbetsgivaren är skyldig att utvärdera om dessa kan byta ut de vassa vid vissa typer av procedurer.

Förutom stickskyddade produkter och överlämningsteknik är dubbla handskar ett sätt att skydda både oss själva och patienten från kontaminering, bäst är indikatorhandskar som innebär att underhandsken är i en mörkare färg än täckhandsken. Det diskuteras om efter hur länge man bör byta handskar och det finns indikatorer på att handskarna har många små mikrohål redan efter 90 minuter. ●



SE VÅRA NYA PANNLAMPOR FÖR OPERATIONSRUMMET



Se vårt utbud

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

Välkomna att boka en kostnadsfri utprovning!

I huvudet på en chef

När jag sökte tjänsten som vårdenhetschef för några år sedan hade jag många tankar och funderingar innan jag tog tjänsten om hur det skulle bli och vara, skulle jag passa i den rollen? Jag var nyfiken men samtidigt lite orolig för hur den nya rollen skulle vara och vilka förväntningar jag skulle leva upp till. Jag tänkte tillbaka på mina tidigare arbetsplatser och chefer, hur dessa avdelningar och personer varit och drivit verksamheterna. Kom fram till att detta var en roll jag ville ta, något jag kände skulle bli både utvecklande och spännande. Att driva utveckling, få nya kollegor och medarbetare, driva förändringsarbete, arbeta för god arbetsmiljö, och allt annat som innefattade det nya uppdraget. Ta med de erfarenheter jag som operationssjuksköterska haft och upplevt för att tillsammans med nya kollegor och medarbetare utveckla och arbeta tillsammans kändes spännande.

Mina första år som chef har varit allt detta och mycket mer, men inget har varit som jag tänkte och trodde mig veta om vad som skulle bli. Min nya roll som chef startade med fritt fall och enorma utmaningar bara veckor efter att jag tillträtt kom starten av covid-19 och vardagen förändrades på alla plan. Allt jag skulle lära mig inom rimlig tid komprimerades till knappt någon tid alls. Att vara ny chef med allt vad det innebär i en tid av covid-19 har varit tufft! Det är många stunder jag känt att denna rock är för stor att fylla, hur ska jag klara av alla krav och förväntningar som finns på mig från chefer, kollegor och framför allt medarbetarna?

Att finnas för medarbetare och bygga upp tillit och förtroende där vanliga samtal och lugna stunder knappt fanns. Att veta hur avdelning var uppbyggd och fungerade utan att fått någon tid att lära känna den, ha "svar" på alla frågor som haglade samtidigt som direktiven ändrades dagligen och ibland timvis,

veta var och till vem jag kunde vända mig för stöd i olika händelser och situationer. Det kändes uppgivet på flera plan stundtals.

Utvecklings- och lönesamtal, sjukskrivning och rehab. ansvar, uppföljningsamtal, samtal med medarbetare som upplever både tuffa och glada stunder, konflikthantering, schema- och semesterplanering, introduktion av ny personal, utbildning och kompetensplanering, driva projekt och ombyggnation, rekrytering, arbetsmiljö, samverkan med olika instanser, fackligaförhandlingar. Detta är bara några av alla ansvar man kastas in i och förväntas lösa. Otroligt utmanande men samtidigt stimulerande och utvecklande. Jag har lärt känna mig själv på ett nytt plan och vet att jag kla-

rar av mer i min yrkesroll än jag trodde möjligt. Men också att det frestar på att inte ha ett arbete där man kan stänga av utan jag förväntas alltid vara tillgänglig och lösa det mesta. Något jag fått arbeta med då det är omöjligt att alltid vara nåbar och på topp, för att orka arbetet måste jag tillåta mig att gå hem i tid eller bara släppa telefonen på mina lediga dagar.

Skapa förståelse för medarbetare på olika nivåer är ibland tufft då man har olika synsätt inför uppgiften men samma mål, att motivera och pusha samtidigt som man inte är för hård och upplevs oförstående är en balansgång på en tunn linje många gånger. Jag är glad att jag har så fina kollegor och medarbetare att arbeta tillsammans med, det är



Foto: byLindahl

vi som gör vår verksamhet tillsammans! Att driva och utveckla avdelningen tillsammans för en trivsamt arbetsplats med medarbetare och patienten i fokus. I den tid som varit har det tyvärr varit många medarbetare och kollegor som valt att lämna verksamheter av olika anledningar runt omkring vilket gjort att bemanningsantalet sjunkit och personalbristen är ett faktum. Hur motiverar vi medarbetare att vilja stanna eller söka sig till våra verksamheter? Att nå ut och presentera operationssjuksköterskans yrke är en utmaning.

Under det förhållanden som varit under covidtiden och osäkerheten framöver, samt ett överhängande ansvar om att operationsköer ska kortas. Externa bemanningsföretag erbjuder medarbetare vad som upplevs lockande med bättre arbetsvillkor, bättre lön, friare önskan om schema- och semester. Flera medarbetare upplever ibland att externa bemanningssjuksköterskor får bättre schema och villkor än vad ordinarie medarbetare får. Går verksamheten inte till mötes med kraven bemanningföretaget har går man förlorad om arbetskraft och arbetstygden blir än tyngre för mina medarbetare. Det känns som en ond spiral och hur bryter man denna? Svaret känns ju självklart, sätt hårt mot hårt och gå inte med på kraven bemanningen har. Men är det så enkelt? En fråga jag ofta ställer är varför kan vi betala bemanningssjuksköterskor men inte höja lönen för våra egna medarbetare och nyanställda? Slitningen i mitt huvud växer och man försöker påverka till förändring på olika sätt, detta utan att medarbetarna får en för dom en synlig lösning eller rimlig förklaring.

Som om perioden med covid inte har varit nog startar det ytterligare krig i världen och yttre faktorer som exempelvis bensinpriser påverkar möjligheten att söka sig till våra verksamheter men också att stanna kvar. En fråga jag hör flera medarbetare pratar om nu är just bensinpriserna som gör att det blir för dyrt att komma till arbetet när man har längre pendlingsavstånd. Men också avgifter för trängselskatt och parkering på arbetsplatsen. Jag får till mig att flera medarbetare tycker det blir för dyrt att ta sig till och från arbetet vilket tvingar eller får dom att fundera på andra arbetsplatser närmare hemmet. Jag känner att det blir svårt att bemöta

dessa argument, och samtidigt förstår jag dom. Debatten kring lönerevision och arbetsvillkor måste följa med i dagens ekonomiska utveckling för att vi ska behålla vår personal och möjliggöra för nya medarbetare att komma till våra verksamheter.

Jag pratar med kollegor runt omkring mig och försöker fundera ut vad tidigare kollegor i min verksamhet gjort i liknande situationer, allt för att se hur vi kan komma ur denna onda spiral. Rekrytering är svårt då det inte är många med erfarenhet som söker. Man är idag beroende av utbildningsbefattningar som kommer direkt från skolan. Kompetensen inom verksamheten ändras och kraven på erfaren personal på avdelningen ökar. Utbildning är tidskrävande och kräver stort engagemang, vilket också sliter på personalen. Nya medarbetare upplever höga krav på kunskaper efter kort tid inom verksamheten vilket jag försöker bemöta på lugnande sätt. Jag är glad att mina medarbetare är motiverade och gör allt för att välkomna ny personal till vår avdelning, att vi ställer upp och hjälper varandra. Men jag förstår att medarbetarna upplever det tufft

och vill få en förändrad situation och arbetsmiljö, något jag arbetar hårt för.

Att se arbetsglädjen gå upp och ner för mina medarbetare är svårt, dock finns oftast motivationen att kämpa vidare och vi tar oss framåt tillsammans. I tunga perioder är det mycket skratt och glädje som ändå slår igenom, att många upplever en enklare situation och framtid på avdelningen känns skönt. Det ger mig en tro på framtiden och att driva avdelningen mot en god arbetsmiljö med positiv utveckling för medarbetare och patienter i fokus. Men jag anser att det är min uppgift som chef att sätta prägn i vilken riktning och stämning vår avdelning ska ta framöver, en inte helt enkel utmaning efter den tid som varit. Jag plockar fram referensramar från mina tidigare chefer och deras positiva egenskaper jag plockat med mig och försöker utveckla detta i mitt arbete. Jag vet att vi kommer att lyckas, och att vi är många operationsenheter som kämpar. Det är det som driver mig att fortsätta arbeta hårt för min arbetsplats och medarbetare, glädjen att gå dit varje dag och möta alla fantastiska kollegor och medarbetare. ●

Vi söker dig som vill ha ett spännande och omväxlande arbete på olika kliniker.

Operationssjuksköterska – vi behöver dig!



Uppdrag finns i hela landet. Våra medarbetare har alla lång erfarenhet och hög kompetens så vi önskar att du har minst 5 års erfarenhet som operationssjuksköterska och gärna med en bred bakgrund.

Tillsvidareanställning eller vid behov.

Välkommen till oss!

Med vänlig hälsning

Operationskonsulterna

Tel: 08-580 80 300

www.operationskonsulterna.se





En operationsavdelning utan bemanningssjuksköterskor

Jag heter Veronica Dahlgren och är en av två vårdnattschefer på Modul 3, Ortopedoperation på Södersjukhuset i Stockholm. Den andra vårdnattschefen heter Karin Ijemugbe Gabari. När jag började här på Södersjukhuset ortopedoperation 2019 så var mer än hälften av operationssjuksköterskorna på operationsavdelningen från bemanningsföretag. Sommaren 2021 avslutade vi den sista bemanningssjuksköterskan. Hur gick detta till?

Från år 2017 och fram till hösten 2019 då flytten gick till den nya operationsbyggnaden var det en tung period vad gäller arbetsmiljön. Ortopedoperation hade gamla, slitna lokaler med små operationssalar och dåligt med förrådsutrymmen. Bygget för det nya operationshuset hade startat och den nya byggnaden skulle dockas ihop med det befintliga huset vilket var vägg i vägg med vår operationsavdelning. De behövde ta en del av operationsavdelningen för att bygga den nya postoperativa enheten som skulle ligga i fil med nya operationsbyggnaden. Under dessa år skulle vi vara med och planera för den nya operationsbyggnaden samtidigt som vi skulle hålla produktionen igång.

Den utmaningen var spännande tyckte många för vi fick möjlighet att påverka hur vår nya operationsavdelning skulle se ut. Arbetsmiljön påverkades dock negativt av att vi fick göra avkall på våra lokaler succesivt. Packrum, steril - och ren förråd blev mindre och mindre och till slut var det bara små utrymmen och väldigt trång. Personalrummet försvann och vi blev tilldelade ett rum som ej låg i anslutning operationsavdelningen. Det tillfälliga personalrummet var litet och utan diskmaskin så alla skulle diska själva efter sin fika eller lunch. Även omklädningsrummet försvann och

hamnade också långt från avdelningen. Alla dessa negativa händelser ledde till frustration och missnöje och en negativ stämning bland medarbetarna blev resultatet. Under dessa år slutade många och vi fick fler och fler bemanningssjuksköterskor för att klara verksamheten. Bemanningssjuksköterskorna blev oftast placerade på sal, ordinarie operationspersonal servade utanför och skötte allt runt omkring. Negativa rykten sprider sig fort inom operationsvärlden och tyvärr fick Ortopedoperation på Södersjukhuset ett sådant rykte. Nu började utmaningen att behålla de få ordinarie personal som fanns kvar och försöka rekrytera nya.

Kostnad för bemanningssjuksköterskor

År	Kronor
2018	7 350 564
2019	10 099 225, tuffaste året
2020	4 764 024
2021	766 500

Upplevelser av att arbeta med många bemanningssjuksköterskor på operationsavdelningen

All personal kunde förstås se skillnaden mellan person och funktion. Bemanningssjuksköterskorna var trevliga och kompetenta operationssjuksköterskor. Men det var tufft för den ordinarie personalen att på färre och färre personer ta allt ansvar och hålla i alla ansvarsområden. Dessutom fanns det krav från bemanningssjuksköterskorna att endast arbeta dagtid. Det blev en utmaning bemanningsassistenten att fylla alla kväll- och helgpas. Efter ett tag fick vi dock igenom ett nytt avtal vilket innebar att även bemanningssjuksköterskorna skulle arbeta jourtid. Ytterligare en utmaning var att bemanna sommaren

och semestrarna. Eftersom vi inte kunde styra över bemannings-sjuksköterskornas önskemål angående semester så fick vår ordinarie personal ändra mycket från sina önskemål och arbeta mycket extra.

"Bemanningssjuksköterskorna är inte med i arbetsgruppen utan står utanför. De utför sitt arbete som operationssjuksköterska inne på operationssalen men inget utanför"

För våra dagligdriftsledare (DDL) var det också en utmaning med alla bemanningssjuksköterskor som inte hade kompetens för alla ingrepp. Bemanningssjuksköterskorna var inne på operationssalarna och den ordinarie personalen fick vara resurs till "låsta salar" (överbärande salar är låsta på ortopedoperation). Ordinarie personal tyckte till slut att de aldrig fick vara på sal. De blev frustrerade och kände att de själva tappade kompetens.

Många undersköterskor kände en otrygghet i att behöva ta ansvar och kunna saker inte ingår i deras ansvarsområde.

Förbättrings- och förändringsarbeten blev liggande då ingen hade tid eller fick tid till detta. Det var svårt att driva ett förbättringsarbete av arbetsmiljön framåt då hälften av operationssjuksköterskorna var bemanningssjuksköterskor.

Nya operationsbyggnaden

Hösten 2019 flyttade då äntligen Ortopedoperation in i de nya lokalerna, Modul 3. I den nya operationsbyggnaden finns fyra operationsmoduler. En



Operationssal 404

operationsmodul ligger fortfarande kvar i sina gamla lokaler, gyn operation. Två av operationsmodulerna har dagvård-verksamhet på plan två och två har 24/7 verksamhet på plan fyra. Varje modul har sex operationssalar.

Operationssalarna (60 kvm) är stora och ljusa med uppdukningsskåp (25 kvm) mellan alla operationssalar. Utsikten är fortfarande otrolig, men nu från en annan vinkel. Steriltekniskt centrum (STC) befinner sig rakt under operationsmodulerna med en "ren" och en "smutsig" hiss i vardera ända av operationslokalerna. Två undersköterskor är halvtid placerade på STC som extra hjälp för att lägga de avancerande ortopediska galler/instrument och finns även till för sterilpersonalen vid frågor och utbildning. Sterilförrådet med i stort sett alla galler och engångsmaterial finns nu på STC och personal därifrån plockar till operationerna. Personalen som arbetar i sterilförrådet fyller även på genomräkningsskåpen på operationsmodulerna två gånger om dagen. Det nya nära, effektiva samarbetet med STC underlättar och avlastar otroligt mycket för operationspersonalen. Samarbetet med STC är väldigt bra.

Operationsmodul 3 Ortopedi

Består av sex operationssalar uppdelade i tre elektiva och tre akuta. Beroende på säsong så varierar antalet elektiva och akuta.

Här arbetar just nu 17 operationssjuksköterskor och 16 undersköterskor. Vi behöver fortfarande bli några till för att nå vårt bemanningsmål. Personalen arbetar dag, kväll och helg, ingen nattverksamhet bedrivs. Operationssjuksköterskor och undersköterskor planerar sitt schema själva i 12 veckorsperioder. Önskemål om fasta scheman igen har kommit upp till diskussion och det undersöks just nu om det är möjligt.

Hur fick vi till en bättre arbetsmiljö?

2020 i mars då slog Covid 19 till och allt blev upp och ner. Operationsmodulerna på plan två stängdes och operationssalarna gjordes om till IVA salar. Alla operationsmoduler fick dra ner på verksamheten då alla fyra operationsmoduler nu skulle få plats på plan fyra. Vår operationsmodul slogs ihop med den operationsmodul som opererar handkirurgi och dagvårds ortopedi. En minskning från sex operationssalar till



Foto: Nataly Ladera

Cesilia Ljungberg, Daniella Crnoja och Eva Ellilä

tre operationssalar blev kännbart för verksamheten och väntande patienter.

Den nya extra IVA behövde nu mycket extra personal för att ta hand om alla Covid 19 sjuka patienter. Jag, tillsammans med en person som är ansvarig för extern bemanning på SÖS, såg att enligt avtal kunde vi placera bemanningssjuksköterskorna där verksamheten behövde dem bäst. Vi kontrollerade även med bemanningsföretagen att vi uppfattat det hela korrekt. Bemanningssjuksköterskor blev sedan schemalagda under perioden i mitten av mars 2020 fram till midsommar 2020 på IVA. Ordinarie operationspersonal arbetade kvar på operation och hjälpte till på vår preopenhet. Detta visade sig vara en lyckoträff ur ett arbetsmiljöperspektiv personalen kände sig sedda och de upplevde att de kom i första hand. Eftersom antalet operationssalar dragits ner och samarbetet mellan de olika operationsmodulerna ökade så minskade behovet av att ha lika många bemanningssjuksköterskor som tidigare. Några bemanningssjuksköterskor var kvar under hösten 2020 och våren 2021 hade vi två kvar. Sommaren 2021 behövde vi en bemanningssjuksköterska för att sedan helt avsluta till hösten.



Foto: Nataly Ladera och Daniela Crnoja

Under tiden från våren 2020 till hösten 2021 vände vi från att ha varit beroende av för många bemanningssjuksköterskor till att kanske behöva någon bemanningssjuksköterska vid kortare behov. Under den här tiden så har vi jobbat mycket med vår arbetsmiljö och även lyckats anställa några nya operations-sjuksköterskor och undersköterskor.

Vid studiedagar som vi lyckats genomföra mellan de olika vågorna av Covid har personalen arbetat mycket med arbetsmiljöfrågor, hur vill vi ha det på vår arbetsplats. Vilka ansvarsområden behöver vi ha och utifrån det börjat dela upp ansvaret mellan fler. Under en lång period var det någon/några som fick ta på sig för mycket ansvar. Nu börjar det byggas upp en gemenskap där alla känner att de bidrar till en positiv stämning och ett delat lärande. En spridning av lärandet har blivit blev mer och mer tydligt. De personer som har mer kunskap inom ett visst område har fått lära ut till de andra. Operationssjuksköterskorna som kom nyexaminerade januari 2021, upplevde att de fick en ordentlig introduktion, trots att det fortfarande var Covid och Södersjukhuset fortfarande befanns sig i förstärkningsläge. Efter ett år känner de sig trygga i sin roll och att de får det stöd de behöver vid nya ingrepp.

Delegering av ansvar till olika funktioner har visat sig bli en positiv trend och dessa personer tar verkligen sitt ansvar.

Till exempel, vid den senaste studiedagen hösten 2021 sköttes den helt av avdelningens utbildningsansvariga. Resultatet blev väldigt bra och andra personer visar nu att de vill starta olika förbättringsprojekt. Nu under våren har vi haft en stafett vecka på Södersjukhusets Instagramkonto där två av medarbetarna tagit hela ansvaret för strukturen med bilder, intervjuer och filmer under veckan. Ett annat projekt som är aktuellt nu när vi återigen ska börja med elektiv verksamhet, är att ta fram arbetssätt som passar alla professioner som är inblandade inne på operations-salen med patienten i fokus. I det här projektet arbetar vi tvärprofessionellt.

Ledarskap

Ett tillitbaserat ledarskap genomsyrar mitt sätt att vara chef på. Genom att ge handlingsutrymme till mina medarbetare så kommer de lyfta sig själva och sina kollegor. En fördel med att inte vara lika beroende av bemanningssjuksköterskor är att alla medarbetare vill jobba för ett positivt arbetsklimat och en god arbetsmiljö. Under mina snart tre år här på Södersjukhuset Ortopedoperation har det hänt så mycket; flytt, Covid 19 och vissa perioder sammanslagna med andra operationsmoduler. Genom att se alla och uppmuntra att alla behövs för att vår verksamhet ska fungera har det börjat ge resultat. Delat ledarskap, där vi två chefer tillsammans kan lyfta våra medarbetare och på så vis lyfta vår



Foto: Nataly Ladera och Daniela Crnoja

Siv Westman, Ann-Helen Appelgren och Anna Olsson.

operationsmodul. Vi hinner också se alla. Jag delar mitt ledarskap med en kollega (Karin). Vi har delat upp vissa arbetsuppgifter emellan oss, samtidigt kan vi gå in varandras arbetsuppgifter om det behövs. En av oss finns oftast på plats när den andra är ledig vilket blir en styrka för oss och en trygghet och tydlighet för medarbetarna.

Vi har en bit kvar och vi behöver fler operationssjuksköterskor och undersköterskor, men vi ser ljus på framtiden. Vi hoppas den negativa trenden för Modul 3 Ortopedoperation på Södersjukhuset har vänt. ●



Håll hudirritation borta från operationssalen

Vår nya handske, utformad för att minska risken för hudirritationer är skonsam mot huden

Biogel® PI UltraTouch® S Indicator® System, är tillverkad utan kemiska acceleratorer som är kända för att orsaka kontakteksem*

* Tiuramer, karbamater, tiazoler, tiourea och difenylguanidin



Läs mer på www.molnlycke.se

Mölnlycke Health Care AB, Gamlestadsvägen 3C, 402 52 Göteborg. Tel.: 031 722 30 00.
Varumärkena, namnen och logotyperna Mölnlycke, Biogel, UltraTouch och Indicator är globalt registrerade av ett eller flera företag i Mölnlycke Health Care Group. ©2020 Mölnlycke Health Care AB. Med ensamrätt. SESU0602008


Mölnlycke®

Operationssjuksköterskans skyddshelgon



Varför är inte Florence Nightingale operationssjuksköterskornas skyddshelgon? Eller i vart fall vår omvårdnadsteoretiker? Varför pratar vi aldrig om vikten av Nightingales arbete för operationssjukvården? Vi som ständigt kämpar med att berättiga vårt omvårdnadsstatus vad gäller tekniska lokallösningar och förhindrandet av smittspridning med miljöreglerande åtgärder. Hon borde vara vår självklara teoretiker...ändå är hon inte det.

Ingen har väl missat Åsa Holmbergs bok "Hon var ingen Florence Nightingale" och har ni gjort det så är det hög tid att ta tag i det och läsa den. Hennes berättelse finns också som en P3-dokumentär där framför allt boken och Åsa används som källa för Florence Nightingales liv. Hon var alltså inte den niddbild som hon framställts som utan hon var en kvinna före sin tid men med rätt förutsättningar för att till slut komma att revolutionera hela sjuksköterskeyrket. Hon reformerade vården och såg till att omvårdnadens ansvar gick från fulla prostituerade till enkelt väkladde och utbildade fröknar. De som inte höll måttet i arbetslust och renlighet entledigades och kunde söka sig någon annanstans. Från sjuksängen som Nightingale sedan låg i halva sitt liv efter det så kallade Krimkriget ritade hon flera sjukhus som idag fortfarande står både i Storbritannien och USA. Hon genomförde dessutom en hygienisk reform för ett helt land, nämligen Indien. Hennes material sägs att ha tagit upp hela rum med hyllmeter.

Det som kanske är mest utmärkande för Nightingale är hennes huvud för statistik, hon var den första kvinnan att tas upp i Royal Statistical Society i Storbritannien och blev samtidigt också hedersmedlem i American Statistical



Florence Nightingale

Association. Hennes matematiska intresse gjorde att hon sökte samband och samband hon fann! Det började i Krimkriget där hon korrelerade dödsorsak, säsongsvariation och hygien som ledde till att hon kunde minska mortaliteten från 42 till endast två procent! Hon kom tillbaka till England och blev krigsministeriets främsta person när det gällde militärsjukvård, hon byggde också upp den första sjuksköterskeutbildningen där Sveriges första sjuksköterska, Emmy Rappe, gick i skola. Emmy Rappes mamma, Elisabeth, sägs dessutom vara Sveriges första operationssjuksköterska.

Med detta i bakhuvudet kan vi väl titta närmare på kopplingen till operationssjukvården. Nightingales teori kallas Environment Theory där hon ger uttryck för idén om att använda miljö som ett instrument i att främja hälsa och förebygga ohälsa. I hennes egna texter som Notes on Nursing lyfter hon flera miljöfaktorer och om hur omvårdnad bör innebära en korrekt användning av frisk luft, ljus, värme, renlighet, vatten och avlopp, tystnad och ett korrekt

urval och administrering av kost. Luft, vatten och avlopp, värme och renlighet...just kost, tystnad och ljus kanske är svåra att koppla till intraoperativ omvårdnad men passar väl in i de pre-respektive postoperativa faserna. Med andra ord har vi påverkbara miljöfaktorer som följer genom hela det perioperativa förloppet för patienten.

Vi kan börja med att fördjupa oss lite ytterligare i frisk luft, alltså ventilation. Finns det något vi operationssjuksköterskor är så beroende av för vår intraoperativa omvårdnad som en god ventilation? Allt för att minska spridning av mikrobiologiska partiklar via CFU. För att uppnå en god ventilation finns det lite olika alternativ och det är något vi bör vara medvetna om. Det finns också flertalet faktorer som påverkar ventilationen förutom utformningen av den, som antalet personer på sal, följsamheten till specialanpassad arbetsdräkt, dörröppningar och så vidare.

Värmen då. Här skulle vi kunna tänka oss att temperatur och luftfuktighet spelar roll. Temperaturen på sal samt patientens tillstånd och kärntemperatur är ytterligare instrument som vi kan använda oss av som operationssjuksköterskor för att påverka patientutfallet. En kall patient blöder mer och läker sämre. Och ingen har väl missat de senaste somrarnas stora bekymmer med hög luftfuktighet, som förvisso är ett mindre problem rent intraoperativt, snarare ett förvaringsproblem av sterila förpackningar. Svensk Förening för VårdHygien, SFVH, har sedan sommaren 2021 gjort tabeller där det går att utläsa hur länge sterilt material klarar sig i vissa temperaturer och luftfuktighet.

Då kommer vi till renligheten. Måste den ens beskrivas! Inget är väl vikti-



Florence Nightingale

gare för en operationssjuksköterska än aseptik, att hålla det rena rent samt det sterila sterilt. Inget annat moment jobbar vi så mycket med och är så medvetna om som just det. Det gäller allt från lokal, utrustning, operationsmateriel, preoperativ handtvätt och klädning till preoperativ huddesinfektion, drapering och förbandsläggning. Vi vet precis vilka kemikalier och material som ska användas när och var samt hur partiklar rör sig och hur vi bäst håller undan dessa. Ingen gång är vi så bestämda som när något hotar renligheten, vi stoppar med hela handen allt i vårt uppdrag att skydda patienten från det undvikbara.

Vatten och avlopp kan kanske kännas lite långsökt för en operationssjuksköterska eftersom det inte är något som finns inne på en operationssal. Men vi kan börja med en sådan enkel sak som att när vi utför den preoperativa handtvätten använder vi vatten och vi för oss på ett visst sätt runt tvättstället, motverkar att kontaminerat vatten rinner tillbaka på våra renaste kroppsdelar händerna och fingrarna. Vi bör också vara medvetna om att avloppets placering i handfatet har betydelse, som att vattenstrålen aldrig får träffa rakt ner i avloppet eftersom det innebär att partiklar därifrån kan stänka upp och virvla runt

upp till en meter därifrån, alltså rakt på våra händer i värsta fall. Vidare har också vattenkvaliteten betydelse när det gäller våra instrument. I Red Brochure kan man utläsa vilka beläggningar och missfärgningar olika vattentyper lämnar efter sig på våra instrument, samt hur vi motverkar dessa.

Det här var för att bara nämna några miljöfaktorer från Florence Nightingales Environmenthal Theory som är av betydelse för oss operationssjuksköterskan. Hur kommer det sig då att vi inte tidigare verkar ha tagit till oss hennes teori? Vi har ändå haft lite tid på oss. Egentligen verkar inte direkt någon sjuksköterskekategori använda den särskilt frekvent. Om vi operations-sjuksköterskor nu ibland har svårt att uppleva alla våra åtgärder som omvårdnad så skulle hennes teori just ur det perspektivet kunna stärka vår position som omvårdnadsspecialister. Framför allt i vår högteknologiska miljö. Hon är ju ändå en erkänd omvårdnadsteoretiker och förmodligen världens mest kända sjuksköterska. Vi borde helt sonika omfamna hennes teori, ta den till oss och våra gröna hjärtan, om än anpassa den till våra nutida förhållanden. Känna att vi faktiskt har någon som rättfärdigar våra miljöreglerande omvårdnadsåtgärder som just omvårdnad. ●

Medtronic

Engineering the extraordinary



Porträttet

Elisabeth Lundström

Jag heter Elisabeth Lundström, fyller 68 år i april och är operationssjuksköterska samt gruppchef på thoraxoperation på Akademiska sjukhuset i Uppsala. Jag är född i Kenya som var mitt hem fram till 10-års åldern. Sedan har jag bott i Tärnaby och Burträsk innan jag flyttade till Uppsala 1974.

Under sommarloven på gymnasietiden åkte jag till Tyskland och England och arbetade som vårdbiträde och när jag var 17 år arbetade jag på en poliklinisk operationsavdelning i England; där och då väcktes intresset för operation. Efter gymnasiet fortsatte jag arbeta inom vården som vårdare på psykiatrien på Umedalens lasarett och året därpå flyttade jag till Uppsala för att ta anställning som undersköterska på centraloperation på Akademiska sjukhuset. När jag utbildade mig till att bli operationssjuksköterska för snart femtio år sedan, blev man operationsassistent. Det var en två-årigutbildning vid Uppsala universitet. Jag har senare även studerat magister vid Uppsala universitet och professionell yrkeshandledning vid Göteborgs universitet.

Det var ont om operationssjuksköterskor när jag var klar med utbildningen och på den tiden hade vi en klinikföreståndare för hela sjukhuset. Jag blev stationerad på centraloperation, både på kärl- och allmänkirurgi men gick även runt ganska mycket på olika operationsavdelningar då det fattades personal; jag kunde i stort sett hamna var som helst. Men med fördelen att jag fick en bred erfarenhet inom plastiken, ÖNH, barn-, gyn- och neurokirurgen. Jag arbetade sen ett halvår på ortopedien innan fick jag tjänst på thoraxoperation 1978 och här har jag varit sedan dess.

Händelserik karriär

Jag har haft en händelserik karriär främst inom thorax. Under mina semesterperioder och tjänstledighet har jag under årens lopp åkt iväg och arbetat på andra thoraxavdelningar, men jag har aldrig sagt upp min tjänst från thorax i Uppsala. Jag har tagit till var på och skapat möjligheter för att få erfarenhet

Mina ledord är nyfikenhet och våga

från många olika sjukhus och olika delar av världen.

Det har därmed blivit en hel del olika sjukhus genom åren och för att nämna några jag arbetat på Umeå lasarett, Sophiahemmet, KS Stockholm, Elisabethkliniken, Feijring Hjertesenter i Norge och Gentofte hospital i Danmark. I slutet på 80-talet fanns en bussverksamhet som utgick från Carlanderska i Göteborg där jag arbetade periodvis. Det var ett komplett operationsteam som åkte runt och opererade på olika sjukhus, bland annat Falu lasarett och Gävle sjukhus. På den tiden var det ont om operationssjuksköterskor i Skandinavien som kunde thorax så vi hjälptes åt på ett helt annat sätt. Ibland hade vi personal från Norge, Danmark, Finland och Island.

Ett annat spännande uppdrag är när jag var på Kuba och undervisade hur man tar homograft och preparerar dem för att kunna operera in i hjärtat. Där fick jag också instrumentera på thoraxoperation. Jag har även varit inne och nosat på arbetsmöjligheter på thorax både i Kenya och Australien.

Jag har fått var med om och sett en enorm utveckling inom thoraxkirurgen genom åren och för att hålla mig uppdaterad går jag på olika föreläsningar, läser artiklar men föreläser även själv på olika kurser på sjukhuset och på olika universitet. Jag är utbildningsansvarig och det innebär att jag också är ansvarig för alla studiebesök på thoraxoperation. Vid ett tillfälle var jag i Tyskland för utbildning av grislab. Jag var ansvarig för att ta ut och preparera homograft för

insättning när vi hade endokarditer och hjärtkirurgi på barn.

Det bästa med yrket

Det bästa med yrket som operations-sjuksköterska är att man är mitt i händelsernas centrum och det hänger mycket på hur en själv är uppdaterad. Jag kan styra mitt arbete ganska mycket. Det är otroligt givande, spännande och roligt jobb, där var och en är viktig. Det är ett hantverk kombinerat med ett djupt tvärprofessionellt teamarbete; för att kunna vara kirurgens högra hand. Ju mer jag kan och förstår av operationen och de medicintekniska apparaterna och dylikt, desto roligare är arbete.

Jag vet nästan inte vilka nackdelar som finns med yrket. En nackdel är väl att man inte kan gå ifrån. Du har inga möjligheter att ha en fuskklapp med dig. Det du har förberett, that's it. Du kan inte skyla dina misstag, det syns direkt. Det kan vara långa pass som inte går att lösa av hur som helst. Utomlands blir man inte avlöst hur som helst till skillnad från Sverige där finns det lagar som reglerar det.

Mina ledord är nyfikenhet och våga. Jag brinner för att få operationssjuksköterskor att vilja studera och stanna i yrket. Det brinner jag väldigt mycket för; att underlätta för dem att kunna vara operationssjuksköterskor. Jag vill också rekommendera andra operationssjuksköterskor att våga prova olika operationsverksamheter så att ni inte fastnar i något utan hittar det ni trivs med. Varje person måste hitta det dem brinner för. Jag älskar thorax, det är som att dansa vals. ●

Jag brinner för att få operations-sjuksköterskor att vilja studera och stanna i yrket.

KÄK - Kunskap Är Kul

Konceptet är enkelt och jordnära och mycket av kunskapen går inte att finna i någon bok. Det är alltid frivilligt, aldrig mer än en kvart, ges två gånger i veckan av den som är bäst på området. Alla är välkomna operationssjuksköterskor, läkare, undersköterskor, anestesisjuksköterskor.

Utbildningen skiljer sig från annan utbildning, för att den bygger på att du ska tycka att kunskap är kul, inte obligatorisk. KÄK ämnar lyfta fram all den kunskap som inte står i några rutiner, kunskapen som kommer genom erfarenhet, är ärvd eller som du har fått lära dig den hårda vägen. Och framför allt bygger den på efterfrågan och frivillighet. KÄK är alltså ett komplement, det skall inte ersätta annan utbildning utan fylla kunskapsluckorna kring den inofficiella kunskapen. Kunskap är kul – KÄK.

Gabriele Tikman, eller Gabbi som alla kallar henne eldsjelen och upphovsmakaren till KÄK, är 57 år och operationssjuksköterska sedan 1984. Ett tag jobbade hon som säljare för medikament för en produkt som skulle hjälpa sjuksköterskor att blanda och administrera läkemedel samt mot apoteket för hudvårdsprodukter men hon längtade snart tillbaka till operation. Hon tog anställning som bemanningssjuksköterska på Mölndals sjukhus som, ett sjukhus som sedan tidigare hade stulit hennes hjärta. Gabbi har alltid engagerat



Gabriele Tikman

sig det där lilla extra. Efter att ha varit tillbaka ett tag samlade hon operationssjuksköterskegruppen för att ta reda på varför personalomsättningen var så hög på deras avdelning. Vilka förändringar skulle underlätta deras arbete? Tre förslag togs fram utifrån enkäter som Gabbi skickade ut och personalen fick rösta på vilken av dessa tre de ansåg var viktigast. Där och då drev de igenom förändringen för sex timmars arbetsdag på Mölndals sjukhus.

För sex, sju år sedan började en ny tanke ta form i Gabbis huvud. Hon såg hur det

fanns obligatoriska ”körkort” och många måsten för undersköterskorna på hur man till exempel hanterar apparater. Men det saknades instruktioner för hur man öppnar paket, varför man inte ska tugga tuggummi på operationssalen och så vidare. Hon spånade lite på detta, hur skulle de kunna dela ut kunskapen på ett enkelt och bra sätt? Hon ville inte att det skulle heta utbildning. Det fick inte heller vara ett körkort. Det fick inte förknippas med tvång. Det måste kopplas till något som var enkelt och kul... och då trillade det ner ”Kunskap är kul”- KÄK. Det var så knäppt så det funkade, som matnyttig information. Gabbi presenterade idén för sina chefer och frågade om lov för att starta upp projektet. Cheferna visade delat positiva och negativa känslor kring idén. De trodde knappast att någon skulle komma frivilligt på sin kafferast men Gabbi körde på.

Hon riktade sig först och främst till undersköterskorna för ett bra samarbete inne på salen. Det visade sig att en så enkel sak som hur ska man rengöra en operationssal gjorde de nya undersköterskorna osäkra. Person A sa att de alltid börjar med lamporna men då protesterade person B och sa att de alltid börjar med borden. Hon satte upp en lapp i fikarummet om att hon skulle hålla i en kortare utbildning (15 min) kring hur man mellanstädar en operationssal. På lappen angav hon tid och plats inne på en operationssal under en gemensam kafferast. Sen gick hon till operationssalen och väntade, och blev nervös. Tänk om ingen skulle komma! Vem vill ta av sin kafferast för att lära sig hur man städar. ”Det kommer ingen...det här kommer bli så jävla pinsamt. Ingen vill gå på en utbildning hur man dammar en operationssal!” Men det blev en hit. Alla kom. Det blev en omröstning om lampor eller bord skulle rengöras först där operationssjuksköterskorna fick berätta varför lampor skulle rengöras först och kvarten bjöd på föreläsningar i om hur partiklar rör sig i rummet.

”Det kommer ingen...det här kommer bli så jävla pinsamt. Ingen vill gå på en utbildning hur man dammar en operationssal!”

Önskemål på olika KÄK

Direkt kom det in fler önskemål på olika KÄK. Gabbi började sätta upp en papperslapp på dörren med en tanke-bubbla, ny färg för varje nytt KÄK. Hon såg alltid till att det hölls två gånger samma vecka för de som inte kunde eller inte orkade med utbildning för dagen. Hon insåg också snabbt att de efterfrågade föreläsningarna inte var hennes expertområde och började därför involvera fler personer. Den som var bäst på området tillfrågades helt enkelt om att dra ett KÄK. Vissa var i början rädda för att hålla i det men Gabbi ställde alltid upp som stöttning. De som vanligtvis inte brukar stå i rampluset och prata började ta plats och visa vad de var bra på. En av cheferna tog sedan med sig konceptet ner till Skåne där hon tog vid som chef. Gabbi kände sig glad över att konceptet var uppskattat och det enda hon begärde i gengäld var att de behöll namnet, KÄK. Efter detta har avdelningen i Skåne använt sig av KÄK som ett dragplåster för anställningar där de presenterar konceptet som deras utbildningsmodell.

Gabbi gick vidare i livet och åkte till Norge några svängar under några år för att sedan återvända till Östra sjukhus i Göteborg. Hon upptäckte snabbt på den operationsavdelningen att man hade ett stort problem med rotation av undersköterskor. Gabbi föreslog då KÄK som en förenande kraft och som kompetenshöjande för undersköterskegruppen. KÄK har sedan dess drivits med framgång på operationsavdelningen. De har drivit det på egen hand utan större inblandning av Gabbi med förbehållet att namnet KÄK används, att det ges två gånger i veckan och det får max vara 15 min. Hon förespråkar att sätta det i överlappningen mellan dag och kväll för möjlighet att nå ut till så många som möjligt. Det sista kriteriet, om 15 minuter är viktigast enligt Gabbi. Om man börjar tulla på tiden missbrukar man både KÄK som koncept och personalens tid. Hon är nog med att hon inte vill ta ifrån människor deras kafferast utan snarare ge dem något till kaffet.

Efter en enkätundersökning våren 2021 visade det sig att KÄK upplevdes positivt. Gabbi insåg att konceptet var så bra att det behövde nå ut till fler i Sverige. Efter kontakt med Vårdfokus under hösten 2021 publicerades en artikel i raska tag och Gabriele blev förvånad över responsen och snabbheten, hon hade då inte hunnit lansera den nya plattformen för KÄK som hon arbetade med. Så efter publiceringen i Vårdfokus landsatte hon sin hemsida www.kunskaparkul.com som vi på Uppdukat är först att skriva om. Hemsidan är till för att hjälpa de avdelningar som vill implementera konceptet och du får tips och idéer samt möjlighet till stöttning och kontakt med Gabbi själv. Också externa företag kan få föreläsa om de håller sig till förhållningsreglerna, max 15 minuter.

Varje avdelning har sina funderingar och därför är KÄK så bra. Skulle det nu vara så att det kommer bara en enda person till ett KÄK vill Gabbi inte att det skall ses som ett misslyckande utan också i det avseende har kunskap förmedlats. Hon vill skicka med att dessa KÄK-utbildningar rör sig mellan högt och lågt. Det kan handla om att en ortoped visar hur en ny protes fungerar i 15 minuter, eller administrativ personal visar hur man fyller i ett formulär till ett register, eller att anestesisjuksköterskan visar hur man hämtar blod, eller att en operationssjuksköterska visar ett förband med många flera idéer. Det är inga pekpinningar, inga körkort och det är inte obligatoriskt. KÄK handlar om att personalen ska må bra. Ju mer kunskap du har, desto tryggare blir du. ●

Konceptet kan ses som en mikro-utbildning.

- 1) En modell som framför allt inte kostar pengar, till alla chefer stora glädje.
- 2) Det tar nästan ingen tid, personer tar frivilligt av sin kafferast.

Vill du vara med i vårt

Vetenskapliga råd?

Kvalifikationer

Vara operationssjuksköterska och medlem i Riksföreningen för operationssjukvård och disputerad inom operations-sjuksköterskans perioperativa kontext.

Arbetsuppgifter

- På uppdrag av styrelsen ingå och delta i projekt och arbetsgrupper
- Hålla sig á jour med forskningsläget inom perioperativ omvårdnad samt sprida det vidare till kollegor
- Ansvara för vetenskaplig kvalitet och aktiviteter vid kongresser och forum i RFop:s regi
- Vara stöd och råd i vetenskapliga frågor inom ramen för det perioperativa kontextet
- Bidra till patientsäker vård och vetenskaplig utveckling inom det perioperativa fältet genom att skriva vetenskapligt grundade underlag/texter, exempelvis guidelines, artiklar (vetenskapliga och populär-vetenskapliga)
- Delta vid föreningsdagar/internat/arbetsmöten som styrelsen beslutar om

Ersättning

- Kostnadsfritt deltagande vid Riksföreningens Höstkongress och Hygienforum
- Resa ToR billigaste färdmedel, måltider vid arbetsmöten/internat som styrelsen kallar till

Skicka din intresseanmälan med CV och personligt brev till rfop@rfop.se



www.kunskaparkul.com

Del 2 Akademisk karriär

Karriär för en operationssjuksköterska

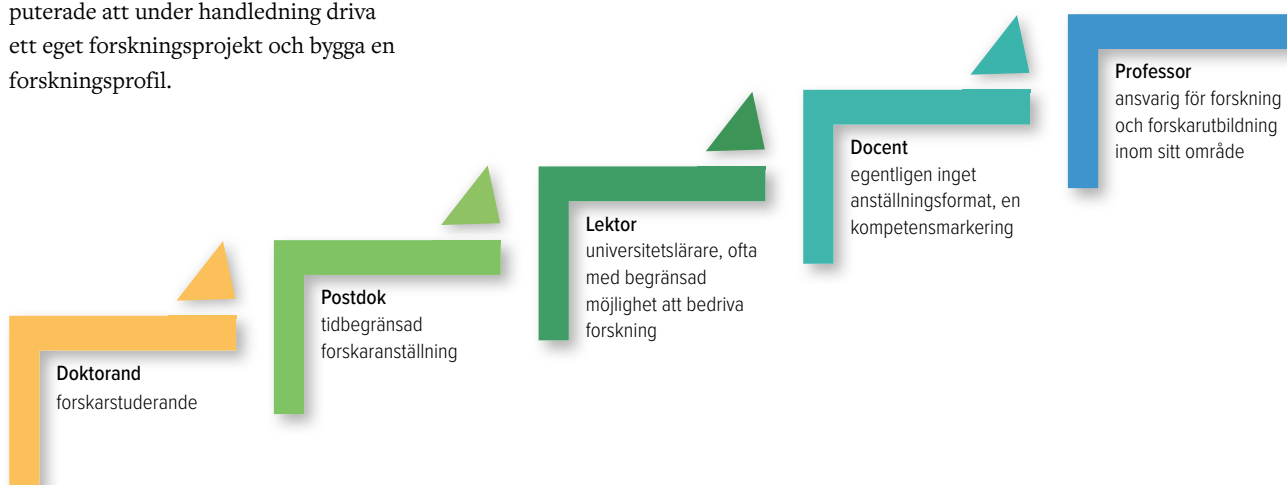
Är jag forskare nu? Akademiska titlar och anställningsformer är en djungel av olika begrepp där vissa hör till tradition och förlegade strukturer medan vissa fortfarande används i vid utsträckning. Efter disputationen är det dags för nästa steg som innebär att man behöver börja forma sin egen profil, bredda sin forskningskompetens och utöka sitt nätverk.

När det är dags att komma ut i det akademiska arbetslivet och då blir karriärstegen lite mer godtyckliga. För att se hur vi kom hit genom att först vara doktorander och senare disputerade, se föregående nummer av Uppdukat och artikeln *Att bli doktorand*. På flera universitet och högskolor, nationellt och internationellt, erbjuds postdoktjänster, det är en typ av tidsbegränsad forskningstjänst eller stipendium, ofta runt ett par år. Det är en chans för den nydisputerade att under handledning driva ett eget forskningsprojekt och bygga en forskningsprofil.

Som disputerad kan man också vara lärare som får lära ut på forskarnivå, då anställs man som universitetslektor. Efter några års forskande med publicerade studier i internationellt erkända vetenskapliga tidskrifter kan man provas för en docentur på fakulteten. I fall bedömning att man besitter den vetenskapliga kompetens samt den pedagogiska förmågan kan man få bemärkelsen docent. Idag innebär det ingen ändrad anställningsform utan är bara en kompetensmarkering. Nästa steg i karriären är att bli professor. En professor har den högsta utbildningen av lärarna på lärosätet och är ansvarig för forskning och forskningsutbildning inom sitt område.

Inom omvårdnad som är vårt vetenskapliga område som sjuksköterskor ser

anställningsformaten olika ut för de som har en högre utbildning, alltså på forskarnivå. Vissa väljer att vara helt anknutna till ett lärosäte med sin yrkesutövning, vissa väljer att ha en fot kvar inom kliniken och arbetar därför deltid hos en vårdgivare. Men hur fungerar det om man i huvudsak vill arbeta i klinik och väva in sina akademiska kunskaper i yrkesutövningen? Då finns det en kompetensutvecklingsmodell som Karolinska institutet har framarbetat under 2014. Se i nästa nummer för att få veta mer. ●



En karriärstege från doktorand till professor inom akademien.

De mittersta stegen är inte huggna i sten, de är bara förslag på hur det kan se ut.

BESTÄLL NY RÖKUTSUG!



- Uppstart omedelbart
- Startar med högsta sugeffekt
- Låg ljudnivå



Testa miljövänliga rökutsugspennan, C-VAC Tornado



Beställ filter SmokeTrap 100 hos Instrumenta



Er befintliga rökutsug kan enkelt bytas ut mot den nya.



Informationsfilm

Välkomna att boka en kostnadsfri utprovning!

Sjukvårdskedjan

– livräddande åtgärder som köper tid

Alla soldater och sjömän har rätt till kvalificerad vård, var de än befinner sig. Det innebär att legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal finns i närheten av förbanden där de löser sina uppgifter.

Jag har känt en viss nervositet och förhöjd spänning inför vissa uppgifter men som legitimerad är man högt uppskattad i truppen. De är måna om att vi har det bra för att kunna jobba när de har haft en dålig dag, säger Björn Elgeskog.

Björn Elgeskog är operationssköterska sedan 2010. Han har jobbat på ortopedien vid Mölndals sjukhus och på Sahlgrenska universitetssjukhuset med bland annat trauma- och tumörkirurgi fram till 2018. Han har även arbetat som adjunkt vid Sahlgrenska universitetssjukhuset under ett år vid sjuksköterske-

specialistprogrammet. Sedan tre år tillbaka tjänstgör han i Försvarsmakten som operationssköterska med utbildningsansvar på övningsavdelningen vid Försvarsmaktens sjukvårdsstridsskola i Göteborg.

- Arbetet innebär dels att lära ut grundläggande sjukvård till värnpliktiga men även att lära ut avancerade, komplexa situationer med operativa ingrepp till legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal i Försvarsmakten. Miljön i Försvarsmakten skiljer sig mycket mot hur det är att arbeta i den civila sjukvården. Det finns en hotbild, resurserna kan vara begränsade och klimatet kan vara extremt.

Sjukvårdskedjan börjar med den enskilde soldaten och sjömannen. Han eller hon skall kunna göra ett första omhändertagande på sig själv eller sin kamrat.

- I stort sett skall alla i Försvarsmakten kunna ge livräddande åtgärder enligt CABCADE, vilket innebär att identifiera och stabilisera akuta livshotande tillstånd.

Därefter flyttas den skadade längre bak till en uppsamlingsplats.

- Vi har mindre lätta kirurgigrupper och traumatroppar där man kan bedriva resuscitering och kirurgi för att uppehålla patientens liv inför vidare transport.

Här finns begränsat med resurser och utrustning då allt materiel måste kunna förflyttas med enheterna.

- Vi får ta det vi har till hands vilket ställer höga krav på flexibilitet hos dels oss som är operations- och anestesijukssköterskor men även hos läkarna. Vi måste tänka utanför boxen. Det är det som är utmanande och stimulerande!

En utmaning är att följa hälso- och sjukvårdslagen och de riktlinjer som finns kring renlighet och sterilitet då situationen ibland kräver annat.

- Vi har ingen steril miljö i början av vårdkedjan, allt är smutsigt men vi skall ändå sträva för ett så rent och aseptiskt arbetssätt som möjligt, att inte tillföra den skadade mer smutsighet än vad den redan har. Tänk; vid en skottskada kommer sårkanalen vara kontaminerat av allsköns skräp som finns runt omkring. Vi kan inte garantera en helt steril miljö men vi kan garantera att inte tillföra mer smittämnen i såret. Det man lär sig om aseptiskt förhållningssätt – att hålla det rena rent – kommer man långt med.

Efter att patienten har stabiliserats är denne klar för vidare transport bakåt i sjukvårdskedjan.

- Det vi har gjort fram till nu är att köpa patienten tid för den definitiva vården. Patienten transporteras antingen till ett fältsjukhus eller ett civilt sjukhus för en slutgiltig och definitiv kirurgi som åtgärdar skadan. Fältsjukhuset har utrustning, materiel och kapaciteten som kan likställas med ett mindre civilt sjukhus.

Björn gjorde värnplikten i flottan och i samband med det tog han en utlandstjänst i Bosnien som skyttegruppchef. Detta var innan han valde att utbilda sig till sjuksköterska. Under sin tid på Mölndals sjukhus valde han att göra en utlandstjänst i Afghanistan men denna gång vid en kirurgisk enhet.

- Vår kirurgiska enhet lånades ut till det tyska fältsjukhuset och där fick vi jobba mycket. Vi var ett underbart gäng med en anestesijukssköterska, en anestesilog, en kirurg och jag som operationssjuksköterska. Tanken var att vi skulle jobba som en homogen grupp men ofta stod vi och jobbade med holländare, tyskar och ungrare över gränserna. Det funkade bra, fördelen var att alla medicinska termer var på latin och att instrumenten heter likadan på svenska som på tyska. Jag hade som operationssköterska relativt enkelt medan narkospersonalen hade helt andra namn, styrkor och



Packning av instrument i fältsjukhuset vid Camp Nobel.



beredningar på preparaten. Dessutom var alla instruktioner på tyska så det underlättade om man kunde tyska.

Lite senare tog Björn en tidvis anställning vid sjukhuskompaniet som operationssjuksköterska och fick även möjlighet att göra en utlandstjänst vid fältsjukhuset på Camp Nobel i Mali.

- Efter det började jag tjänstgöra på heltid vid övningsavdelningen på Försvarsmedicincentrum som utbildningssjuksköterska. Jag känner att den erfarenhet och kompetens jag har förvärvat över tid kommer till nytta.

Förutom kamratskap och vänner för livet menar Björn att tjänstgöra som legitimerad i Försvarsmakten är utvecklande.

- Man håller fast vid sin egen grundprofession men får större förståelse och viss kompetens inom alla olika specialområden. Vi arbetar i så små team att vi måste kunna avlasta och hjälpa varandra med patienten. Du bryter många gränser och ramar och utvecklas som individ. ●



Utbildning av lätt kirurgigrupp inför utlandstjänst.

Du kan läsa mer om hälso- och sjukvård i Försvarsmakten på forsvarsmakten.se/medicinalrekrytering

Att vara student under pandemin och ny redaktör i Uppdukat

Jag heter Maria Munoz, är 36 år och uppvuxen i Stockholm. I skrivande stund studerar jag termin två på specialistsjuksköterskeprogrammet med inriktning operationssjukvård vid Uppsala universitet. Jag blev färdig sjuksköterska januari 2008 och har sedan dess hunnit arbeta både i Sverige och Norge samt bott i Australien i tio år. Jag är ny redaktör för Uppdukat och har fått uppdraget att skriva om hur det är vara student under pandemin.

När jag gick grundutbildningen fanns det varken smartphones, Zoom eller Youtube. Jag kände mig som en vilsen dinosaurie den första veckan, men kom snabbt in i den nya tekniken. Sakta men säkert minns jag PBL och lär mig att hitta på den digitala studieplattformen Studium. Det är bra med den lättillgängliga kontakten med både studenter och lärare. Frågetecken kan snabbt rätas ut via diskussionsforumet och det är smidigt att ha allt tillgängligt i mobilen.

Snabbt rättar jag in mig i ledet och adapterar den korrekta benämningen på min nya profession operationssjuksköterska. Jag märker hur jag sträcker lite högtidligt på mig i bänkraden där jag sitter samtidigt som rebellen inom mig i tyst protest säger op.syrre. Tänker, här tas det tunga artilleriet fram och jag slukas av universitetsvärldens begrepp och konsensus. Men jag blir snabbt besviken när lektorn inte riktigt vet vad en operationssjuksköterska gör då hen har en annan specialitet. Jag konstaterar snabbt att jag sökt en utbildning jag har väldigt lite insyn i och får upplevelsen att så även är erfarenheten för lärare inom andra specialiteter på utbildningen.

Jag törs säga "vi", när jag konstaterar att vi är en ivrig och kunskapshungrig årskull.



Maria Munoz

Jag har träffat vänner för livet och vi har ventilerat, stöttat och peppat varandra när det varit som tuffats.

Student under pandemin

Fördelen med att vara student under pandemins andra år är att tekniken har hunnit köras in och lärare hunnit ställa om. Det gavs möjlighet att vara med både via Zoom och på plats i början,

vilket uppskattades då vi alla har olika behov och möjligheter. Föreläsningssalar hade corona-säkert avstånd och på så sätt kändes det som universitet hade adapterat väl till den nya världsomställningen. Med för- och nackdelar förstås; innan jul var kalendern fullbokad med hemtentor och onlinetentor men ingen levande interaktion med medstudenter. Det kändes ensamt att inte träffa mina

Som ny redaktör vill jag ta med Uppdukat in i 2022 där läsarna ges större möjlighet att återkoppla innehållet på våra sociala plattformar samt lyfta studenternas röster.

kursare för att stöta och blöta den nya kunskapen och erfarenheterna.

Jag hade önskat att inriktningen operationssjukvård vågat bryta sig loss från övriga sjuksköterskespecialiteter och därmed fått den status vi förtjänar. Det är ett komplext yrke som inte liknar något annat. Vi får lära oss att omdefiniera eller kanske snarare utvidga begreppet omvårdnad till skillnad från vad vi annars är vana vid att det begreppet ingripes på en traditionell vårdavdelning. Det är svårt att samläsa en del kurser och tillgodose behovet för fem olika specialiteter. Jag saknar en operations-sjuksköterska som kan representera, guida och hjälpa oss applicera teorier i praktiken. Det känns stundvis tungrott och ensamt att inte ha någon som kan svara på ens funderingar.

Det är intensivt, högt tempo och på en avancerad nivå. En otroligt komprimerad utbildning med mycket kunskap som ska in på två terminer. Men samtidigt otroligt roligt, givande, lärorikt och utmanande. Jag minns första dagen vi var ombytta på sal och öppnade vårt första galler och sa "hur ska vi kunna lära oss alla dessa instrument?". Jag är tacksam för att jag haft trygga och kompetenta lärare i huvudämnet omvårdnad inom operationssjukvård.

VFU

När jag kommer ut på VFU har operationsverksamheten börjat återgå till att arbeta i kapp vårdskulden. Sjukhuset har fortfarande krav på munskydd under hela arbetspasset. VFU:n har små marginaler med hänsyn till sjukfrånvaro. Det blir skört att lappa ihop för en del; speciellt med fem-dagars kravet att vara hemma efter positivt PCR-test. Det är ett universitetssjukhus med många studenter i omlopp men jag har minst lika mycket rätt att få min tid i såret. Maxantal på salar gör att jag ibland får avstå operationer som annars varit värdefulla för min utbildning för att två läkarkandidater ska få plats. Jag snubblar över ordet operationssjuksköterskestudent vid time in och till slut nöjer jag mig med op.vub. Hjärnan kokar emellanåt och jag somnar

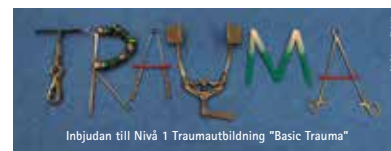
utmattad efter långa dagar. Tittar förundransvärt hur mina kursare med småbarn parerar studier och privatliv.

Jag pratar med kirurger från andra länder och frågar om de har operations-sjuksköterskor och känner stolthet över att jag får gå en universitetsutbildning medan jag på andra håll hör hur deras utbildning både är längre och med mer verksamhetsförlagsutbildning.

Jag får uppfattningen att utbildningen har varit under renovering under ett antal år med olika konstellationer. Men det känns inte riktigt som de hittat rätt, än. Det är vår utbildning och det är viktigt att vi vågar komma med synpunkter och feedback för att utbildningen ska utvecklas och utformas utefter studenternas behov, i enlighet med kursmålen. Men det finns fortfarande ett behov att städa upp utbildningen och samtidigt ett önskemål att förlänga den en termin.

Under det teoretiska blocket har jag lär mig vikten av det preoperativa samtalet men möts av en annan verklighet på VFU. Det är förvirrande. Tänk ett steg före, ha handlingsberedskap, var situationsmedvetande. Mitt äss i rockärmen är att jag är student; jag kan alltid säga att "jag har inte lärt mig det än" och snegla på min handledare efter en snabb men bekräftande nick att jag tänker åt rätt håll. Jag väntar på att jag ska känna att kunskapen ska trilla ner och förankra sig i praktiken. Och rätt som det är en mulen, snöslaskig dag, så har polletten trillat ner och jag blir lyrisk inombords när jag inser det. Min kloka lärare lägger tyngd i orden när hen preciserar att jag ska hitta ett arbetssätt som jag känner mig trygg med och som fungerar för mig. Hen vill att jag framför allt ska lära mig tänka *varför* jag gör som jag gör, utifrån ett patientsäkert perspektiv. Det ska väl bli en operationssjuksköterska eller en op.syster av mig med, till slut.

Som ny redaktör vill jag ta med Uppdukat in i 2022 där läsarna ges större möjlighet att återkoppla innehållet på våra sociala plattformar samt lyfta studenternas röster. ●



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

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

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

Tid

Fredag 28 oktober 2022
Kl. 08.30 – 15.30

Plats

Stockholm Waterfront Congress Centre

Kostnad

2 150 kr ex moms

Mer information och anmälan: rfop.se

Avancerad specialistsjuksköterska

Ett nytt yrke, en ny möjlighet för svensk hälso- och sjukvård

I över tio åren har Svensk sjuksköterskeförening arbetat med framtidens specialistutbildning för sjuksköterskor. Under den aktuella tidsperioden har regeringen tillsatt tre utredningar. År 2010 kom Sjuksköterskors specialistutbildning - vilket slags examen, Betänkandet Kompetens och ansvar kom år 2011 och Framtidens specialistsjuksköterska - ny roll, nya möjligheter kom 2018. Den enda förändring som skett under aktuell tidsperiod är tillägget av en 12:e specialistutbildning med viss annan inriktning, i övrigt har ingenting hänt i sjuksköterskors specialistutbildningen sedan år 2001.

I Yrkeskvalifikationsdirektivet 2005/36/EG och dess tilläggsdirektiv 2013/55/EU för bland annat leg sjuksköterskor står tydligt att EU ställer krav på nationella åtgärder för att främja fortbildning och därigenom öka patientsäkerheten och höja kvaliteten i hälso och sjukvården. Det är viktigt att sjuksköterskor kontinuerligt kan uppdatera sina kunskaper men också att universitet och högskolor kan tillhandahålla ett brett och flexibelt kursutbud på avancerad nivå i fortbildning och utvecklingssyfte. Världshälsoorganisationen, WHO, lyfter betydelsen av avancerade funktioner för sjuksköterskor på både global och EU nivå. Människors hälsa kommer i framtiden att påverkas av såväl sociodemografiska utmaningar, som ohälsa kopplat till klimatförändringar och internationella konflikter. Pandemin och Coronakommissionens utredning har tydliggjort stora brister inom bland annat svensk äldreomsorg. Vårdens omställning till nära vård kommer att kräva; en geografiskt nära vård, en vård som står för kontinuitet och tillit med framför en vård som har personal med kompetens som medborgarna behöver. I den nära vården och i den kommunala primärvården har fler patienter behov av hög omvårdnads-

kompetens, en kompetens som kan öka kvaliteten inom vården genom utveckling, undervisning och forskning inom omvårdnad.

Avancerade funktioner för sjuksköterskor har utvecklats under flera decennier. Det startade i USA redan 1965 och spreds sedan till Storbritannien 1983. Funktionen finns på över 40 länder inom olika verksamhetsområden till exempel högspecialiserad vård, primärvård eller primärkommunal äldreomsorg. För tre år sedan tillsatte Svensk sjuksköterskeförening och Vårdförbundet en gemensam arbetsgrupp för att ta reda på vad en avancerad specialistsjuksköterska är, vad den kunde tillföra i svensk vårdkontext samt hur utbildningsvägen skulle kunna se ut i Sverige. Utgångspunkten för arbetet har varit den internationella sjuksköterskeföreningens (ICN- International Council of Nurses) policy och definition om kompetens och krav för en avancerad specialistsjuksköterska. I juni 2020 antog föreningen och förbundet en gemensam policy för avancerad specialistsjuksköterska. Policyn utgår från ICNs riktlinjer.



Oili Dahl

ICN definierar avancerade specialist-sjuksköterskor som en specialistsjuksköterska som genom fortsatt akademisk utbildning, med lägst masterexamen, har förvärvat en grundläggande expertkompetens, inom omvårdnad så väl som medicin liksom färdigheter i komplicerat beslutsfattande och sakkunskap för att i komplicerade vårdssituationer, kunna utföra avancerad omvårdnad inom det hen har behörighet till (ICN 2020). Forskning visar att en avancerad specialistsjuksköterska bidrar till en bättre kontinuitet, vårdkvalitet, minskad dödlighet och återinskrivningar. Funktionen bidrar även till att patienttillfredsställelsen ökat, vårdtiderna minskat samt att funktionen anses kostnadseffektiv, även om fler studier om hälsoekonomiska aspekter behövs.

Hur blir man en avancerad specialistsjuksköterska?

Svensk sjuksköterskeförening och Vårdförbundet anser att vägen till en Avancerad specialistsjuksköterska förutsätter examen från specialistutbildning,



masterexamen i omvårdnad och ett statligt reglerat fortbildningsprogram. För att kunna omsätta den teoretiska kunskapen i praktik är yrkeserfarenhet som specialistsjuksköterska nödvändig. Fortbildningsprogrammet är verksamhetsanknutet och involverar arbetsgivare. Programmet tas fram i samarbete med Socialstyrelsen, professionsföreningar och lärosäten. Utbildningen ska leda till en skyddad yrkestitel.

Genom att implementera avancerade specialistsjuksköterskor i Sverige ges möjlighet för specialistutbildade sjuksköterskor att fortsätta utvecklas sig i sin profession utan att lämna vården. Att utbilda sig till en avancerad specialistsjuksköterska är ett led i professionsutvecklingen som ger möjlighet

att ta ökat ansvar för omvårdnad, och en karriärmöjlighet i den patientnära vården. Under det sista året har Svensk sjuksköterskeförening och Vårdförbundet träffat politiker, myndigheter och arbetsgivare för att informera om föreningens och förbundets utbildningsförslag. Kontinuerlig dialog pågår även med Nationella vårdkompetensrådet. Vår förhoppning är att regeringen ska satsa på en pilotutbildning som sedan utvärderas inför införandet av en nationellt reglerad utbildning som leder till en skyddad yrkestitel. ●

Fakta: Oili Dahl, leg sjuksköterska, specialistsjuksköterska, intensivvård, med dok. Ordförande, Svensk sjuksköterskeförening

Är du intresserad och vill läsa mer?
Ladda ned skriften från
swenurse.se/publikationer

TEMA BOKTIPS

Fuskarna

Text: Yvonne Törnqvist

Författare: Kjell Asplund

Utgivningsdatum: 2021-03-19

Förlag: Fri Tanke

ISBN: 9789189139992



Boken är ett måste för alla som tänker sig forska men även för alla vi som läser forskningsartiklar. Boken beskriver hur svårt det är att känna igen fusk. Författaren presenterar ett

antal personers fusk och beskriver vem som fuskar och ställer frågan varför gör man det. Vilka blir offer för fusk och vad händer med forskarna när fusket upptäcks? Lättläst och spännande. Alltid aktuell men kanske speciellt nu inför kommande rättegång mot Paolo Maciarini som väl alla kommer ihåg.

KEBOMED

KLS MARTIN medLED® CHROME PANNLAMPA

Kraftig trådlös pannlampa med
upp till 270.000 Lux

Ett perfekt komplement för operationer
som kräver extra belysning

KLS Martin medLED® Chrome pannlampa
är bekväm, välbalanserad och otroligt
lätt och kan beställas med visir



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

info@kebomed.se | KEBOMED AB | Kanalvägen 1 A
194 61 Upplands Väsby | Sverige | Tel. 040-30 51 05



Magisteruppsats

Sofia Gustafsson

Redaktionen vill tipsa om Sofia Gustafssons magisteruppsats där hon skriver om patienters upplevelser av att vara vakna under kirurgisk kraniotomi vid resektion av hjärntumör.

Svensk titel: Patienters upplevelser av att vara vakna under kirurgisk kraniotomi vid resektion av hjärntumör.

Sofias uppsats går att finna på Göteborgs Universitets hemsida.

Engelsk titel: Patients experience to be awake undergoing awake craniotomy of resection of brain tumor

Sofia Gustafsson arbetar på Hybrid Intervention och Operation 5 på Sahlgrenska Universitetssjukhus, där hon har varit i 15 år. På hennes verksamhet opererar de patienter med skador i centrala nervsystemet – neurokirurgi. Hon började arbeta som allmänsjuksköterska på neurokirurgen där de även vårdade patienter pre- och postoperativt vilket var väldigt lärorikt och som senare medförde att hon ville studera till operationssjuksköterska för att även få kunskap om och vårda patienter i den intraoperativa fasen.

De första åren som operationssjuksköterska var tuffa, arbetat var annorlunda jämfört med arbetet på vårdavdelning. Det är viktigt med noggranna preoperativa förberedelser. Arbetet i den intraoperativa fasen såsom till exempel positionering av patient på operationsbord och instrumentering kräver kunskap, koncentration, följsamhet och flexibilitet. Den avslutande delen av operationen kräver likaså att operationssjuksköterskan är fokuserad och har kontroll över de instrument och material som har använts samtidigt som hon hela tiden värnar om patienten.



Sofia Gustafsson

Det var dåvarande avdelningslärare, numera är det Sofia själv som är avdelningslärare, som frågade om hon inte skulle skriva sin magisteruppsats. Sofia läste till operationssjuksköterska år 2007, precis innan det ingick att skriva sin magisteruppsats i utbildningen. Efter det tänkte hon alltid på det lite fram och tillbaka och nu blev det av. Hon har

alltid varit intresserad av omvårdnad och ville skriva om något som var inriktad på patientens subjektiva upplevelser och intraoperativa omvårdnad. I sin uppsats valde hon att titta närmare på patienters upplevelser av att vara vakna under kirurgisk kraniotomi vid resektion av hjärntumör.

Vakenkirurgi utförs framför allt vid resektion av hjärntumörer nära talcentrat och patientens medverkan under operationen är helt avgörande för att kunna ta bort så mycket tumör som möjligt utan att påverka personens talförmåga. Patienten är under hela operationen fastskruvad i ett huvudstöd. Det var framför allt fyra områden som beskrev patienternas upplevelse: rädsla, smärta, obehag och minnen. Trots negativa upplevelser som rädsla, smärta och obehag var minnen kring sin egen delaktighet i den intraoperativa fasen något som patienterna upplevde som positivt. Just minnen kring rädsla och smärta kopplades till den inledande fasen och obehaget handlade främst om den begränsade rörligheten patienten har under sin vakna tid.

Sofia menar i sin uppsats att det är av största vikt att operationsteamet är medvetna om patienternas upplevelse av stress och oro också kan uppkomma en längre tid efter operationen, upp till flera år senare, trots att man har fått bilden av att de tolererade proceduren väl intraoperativt. Hon anser också att det behövs utvecklas mer kunskap i teamet kring de anestesilogiska metoderna som används vid denna typ av kirurgi samt att personcentrerad omvårdnad behöver utvecklas utifrån operationssjuksköterskans sida. I framtiden kanske operationssjuksköterskan i större utsträckning skulle kunna möta patienter för preoperativa samtal för att bättre kunna identifiera deras behov. ●

MONOCRYL™ Plus antibakteriell (poliglekapron 25) sutur



Utökar "plus" effekten i MONOCRYL™ Plus-suturer

Uppdaterad effektivitetsdata

MONOCRYL™ Plus hämmar *Enterobacter cloacae* att kolonisera suturen med 99,99 %* jämfört med icke-antibakteriella suturer, samt hämmar kolonisering av suturen med: *Staphylococcus aureus*, *Staphylococcus epidermidis*, *MRSA*, *MRSE*, *Escherichia coli*, *Klebsiella pneumoniae*^{†1,2}

99,99 %



1:a

Ethicon Plus-suturer blir de **FÖRSTA** och **ENDA** suturerna[¥] med **antibakteriellt skydd** som rekommenderas inom NHS av **NICE Medical Technologies Guidance**.³

*A quantitative log reduction assay generated data that indicates that 99.99% of *E. cloacae* in the in vitro test system were inhibited by triclosan on MONOCRYL™ Plus

†Tested in a 2-0 MONOCRYL™ Plus suture. Clinical significance is unknown. ¥ As of August 2021

1. Ethicon, 100862877 Protocol Completion Report for evaluation of *E. cloacae* colonization on MONOCRYL™ Plus Antibacterial suture containing triclosan at the lower specification limit. March 2021. Data on File. (178944-211011). 2. Ming X, Rothenburger S, Yang D. In vitro antibacterial efficacy of Monocryl Plus Antibacterial Suture (poliglecaprone 25 with triclosan). Surg Infect (Larchmt). 2007;8(2):201-207. (178944-211011). 3. © NICE 2021. MEDICAL TECHNOLOGY GUIDANCE: PLUS SUTURES FOR PREVENTING SURGICAL SITE INFECTION. Available from: nice.org.uk/guidance/MTG59 Accessed on: 28 June 2021. All rights reserved. Subject to Notice of rights. NICE guidance is prepared for the National Health Service in England. All NICE guidance is subject to regular review and may be updated or withdrawn. NICE accepts no responsibility for the use of its content in this product/publication. (187177-210825).

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

För uppdaterade och fullständiga instruktioner hänvisas till bruksanvisningen/bipacksedeln som medföljer enheten. Ethicon Endo-Surgery (Europa) GmbH Hummelsbütteler Steindamm 71 22851 Norderstedt, Tyskland
För förfrågningar inom UK: Johnson & Johnson Medical Limited, Baird House, 4 Lower Gilmore Bank, Edinburgh, EH3 9QP, UK
De varumärken som används här från tredje part är varumärken som tillhör sina respektive ägare
© Ethicon Endo-Surgery (Europa) GmbH 2021 188157-211015 EMEA / UK
MDNOR2022-013

Luft i operationsrum

Det kom en fråga som behöver mer utrymme än ett kort svar, så det blev en artikel. Frågan gällde hypotermiprevention och infektionsrisk i operationsområdet och löd:

Vi använder konvektiv forcerad luftuppvärmning (Bair Hugger) och startar den oftast innan desinfektion av huden och sterildrapering pga. att patienten oftast redan är nedkyld så medan vi steriltvättar och draperar pågår luftcirkulation i täcket. På min utbildning till operationssjuksköterska fick jag höra att man startar värmen efter att man har sterildraperat för att inte skapa onödiga luftvirvlar nära operationsområdet. Enligt AORN Recommended Practices Committee - Recommended Practices for the Prevention of Unplanned Perioperative Hypothermia, "Forced-air warming does not increase the risk of wound contamination", alltså att det finns ingen risk för infektion, fast det står inte när man ska sätta i gång värmen under den perioperativa fasen. På avdelningen råder det delade meningar om denna fråga. Tacksam för klargörande.

De alltmer avancerade operationsmetoder samt utvecklingen av antibiotikaresistens ökar behovet av operationsrum med krav på hög mikrobiologisk renhet. Vid infektionskänsliga operationer är det viktigt att minimera totalantalet luftburna bakterier eftersom de, trots att de huvudsakligen tillhör den normala hudfloran, utgör en infektionsrisk. Nivån $\leq 10 \text{ cfu/m}^3$ är en vedertagen definition på ultraren luft i operationsrum med hög mikrobiologisk renhet och vilka operationer som kräver denna renhetsgrad är en klinisk bedömning av verksamhetsansvarig.

Operationsrummet ventileras för att patienter och dem som arbetar i rummet ska få en säker och behaglig miljö. För att förhindra smittspridning är ventilationens huvuduppgifter att medverka till en låg nivå av bakteriebärande partiklar under pågående operation, minimera risken för inflöde av bakteriebärande partiklar från omgivningen och att rena luften efter operationen. Ventilationen ska även hantera

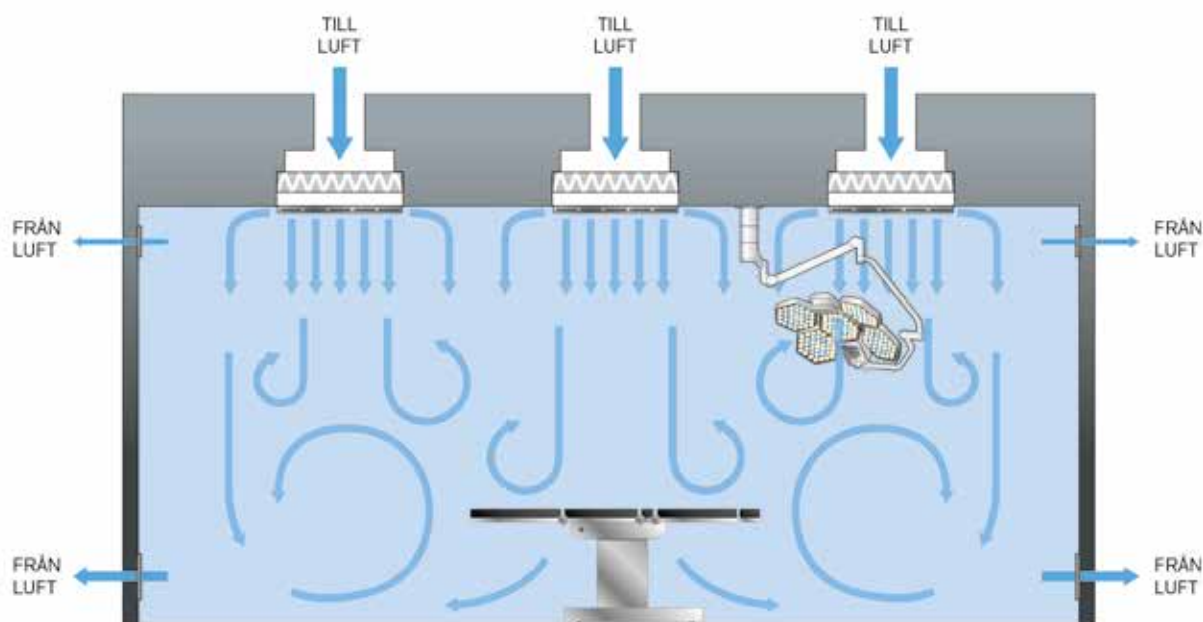


Foto: Per Sjöberg

arbetsmiljörelaterade krav, t.ex. halter av gaser, föroreningar och temperaturkrav. I huvudsak används två luftföringsprinciper men ofta förekommer en kombination av de två principerna.

Luftföringsprinciper

Den ena luftföringsprincipen bygger på utspädning genom omblandande strömning och har ofta don för tilluft vid tak och don för frånluft invid golv men även det motsatta kan förekomma. Vid omblandande strömning minskar antalet



Omblandande ventilation
Med tillstånd av CRC medical AB

bakteriebärande partiklar i luften genom utspädning och koncentrationen av luftburna mikroorganismer kommer i stort sett att vara densamma i hela rummet. Den andra luftföringsprincipen bygger på borttransport genom parallelströmning, där tillförs luften till den sterila zonen genom parallelströmningsdon, unidirectional flow (UDF) och laminar airflow (LAF). Avsikten är att minska antalet bakteriebärande partiklar i luften genom borttransport. Då parallelströmning råder över sterilazonen är detta mer effektivt än omblandande strömning. Parallellströmningen kan dock störas av operationslagets rörelser, av värmeavgivning och av objekt (lampor, monitorer, röntgenutrustning mm) så att luftföringen blir oordnad och delvis övergår till omblandande strömning.

Forcerad luftvärmning för patienten kan påverka luftförelser i operationsområdet så det uppstår höga koncentrationer av bakteriebärande partiklar som inte späds eller förs bort. Forcerad luftvärmning skall därför vara avstängda under uppdukning, huddesinfektion och sterildrapering. Vid användning av forcerad

luftvärmning är det viktigt att apparaturen underhålls så att den inte blir en föroreningskälla. Filtermontering ska ske korrekt vid filterbyte och filtren bör vara av en kvalitet motsvarande minst H14 enligt SS-EN 1822-1:2019. Forcerad filteranvändning kan användas vid samtliga kirurgiska ingrepp, förutsatt att apparaturen är korrekt underhållen. Det finns självuppvärmande filter som inte stör luftföringen i samma utsträckning och som i utvärderingsstudie visats bidra till att förebygga hypotermi som ett alternativ till forcerad luftvärmning.

Som vanligt gäller för samtliga ingrepp att göra en riskbedömning: Risk för hypotermi med ökad infektionsrisk vs hög koncentration av bakteriebärande partiklar med ökad infektionsrisk. ●

Källa:

SIS-TS 39.

J Bone Joint Surg Am. 2014;96:e200(1-7)
d <http://dx.doi.org/10.2106/JBJS.N.00054>

Fakta: Ann-Sofi Mattsson, Hygijensköterska Region Örebro län

Ett ändrat
KLIMAT
GER OHÄLSA

Ett ändrat klimat ger ohälsa

Beställa önskat antal portofritt från Svensk Sjuksköterskeförenings webbutik – ange rabattkod "sektion 2022" vid beställning.

Detta gäller beställning av alla deras gratisbroschyrer via webbutiken under år 2022.

<https://ssf.ekvist.se/>
Tel. 0290-76 76 76,
e-post: order@sdist.se

Kunskap in, bakterier ut.

CRC
medical

Ren luft snabbt!

CRC Air1 minskar risken för virus och bakteriespridning.

Framtagen för tillfällig användning i rum och lokaler där man är i behov av renare luft. Luften recirkuleras och filtreras genom högeffektiva luftfilter, så kallade HEPA-filter.

Exempel på rum är **väntrum, akutmottagning, röntgen, vårdrum, korridorer, IVA-rum samt infektionsrum.**

Kontakta Marcus Ragnarsson för mer information
Telefon 0705 89 63 32
Mail marcus.ragnarsson@crcmed.com
Webb crcmed.com



Uppdukade instrument

Uppdukningsrummet som kan vara en operationssal eller ett specifikt uppdukningsrum ska ha samma renhet som operationsrum för infektionskänslig ren kirurgi, ≤ 10 cfu/m³, HEPA-filtrerad tilluft och övertryck mot intilliggande lokaler. Rummet får då heller inte användas till andra ändamål än uppdukning. Uppdukning ska ske utan annan pågående verksamhet för att säkerställa en låg nivå luftburna bakterier. Uppdukningsrummet är till för att avlasta operationsrummet och underlätta flödet på operationsavdelningen. De särskilda krav på uppdukningsrum som nämns i TS 39 beror på att man på flera håll lättvindigt kallar andra rum (förberedelserum, förråd m fl) för "uppdukningsrum" utan att miljön där kan bevara det uppdukade godset sterilt.

Men det finns även faktorer förutom rummets mikrobiologiska renhet som påverkar att instrument kan kontamineras under uppdukning exempelvis: antal personer och hur de rör sig under uppdukning, felaktig klädsel, eventuella sorteringskärl och dess placering, stress, okoncentration, kontaminerat material, okunskap och bristande aseptik. Sedan tillkommer risken att kontaminera instrument när övertäckningsduken tas bort.

Bakteriers förmåga att överleva på ytor

Ytterligare en faktor att ta hänsyn till är bakteriers förmåga att överleva på ytor. Temperatur och luftfuktighet kan påverka bakterietillväxt både positivt och negativt och gynna/missgynna tillväxt av eventuell förekomst av mögelsvamp. Resultat i studier visar att operationsdukingar utan övertäckning kontamineras med fler bakteriekolonier än dukningar som förvarats övertäckta med steril duk. Studierna visar också att när väl instrumenten är täckta har tidsaspekten liten effekt på bakteriekontamination. Det ger stöd till den svenska riktlinjen som anger att iordningställda operationsdukingar ska övertäckas med steril duk men kan inte ge en säker tidsangivelse.

Samtliga faktorer måste tas med i riskbedömningen av hur länge uppdukade, övertäckta instrument kan förvaras. Därför är det svårt att få en evidensbaserad riktlinje som anger den exakta tiden och det måste då bli en lokal rutin, beslutad av verksamhetsansvarig, utifrån de lokala förutsättningar som finns på operationsenheten. ●

Fakta: Ann-Sofi Mattsson, Hygiensjuksköterska Region Örebro län

Tips att läsa för fördjupning:

SIS-TS 39 Mikrobiologisk renhet i operationsrum – Förebyggande av luftburen smitta – Vägledning och grundläggande krav (nu 2015 men revidering med uppdateringar pågår)

Time-Dependent Contamination of Opened Sterile Operating-Room Trays

David J. Dalstrom. et al. J Bone Joint Surg Am. 2008;90:1022-5 d doi:10.2106/JBJS.G.0068

Common Breaks in Sterile Technique: Clinical Perspectives and Perioperative Implications

W. R. Hopper, MD, FAAOS; R. Moss, RN, MN, CNOR. AORN J 91 (March 2010) 350-364.

Bakteriekontamination på övertäckt operationsduking – en pilotstudie med mätning av bakterier på operationsdukingar i tomma fullt ventilerade operationsrum efter 15 och 24 timmar

M.Sandström. et al. VÅRD I NORDEN 2/2014. PUBL. NO. 112 VOL. 34 PP 16-21

Magisteruppsats, Linnéuniversitete, *Patienters säker hantering av sterila instrument i ett uppdukningsrum.*

Författare: Johan Klovhall. Termin: VT18

Time-dependent bacterial air contamination of sterile fields in a controlled operating room environment: an experimental intervention study.

C. Wistrand et al. Journal of Hospital Infection 110 (2021) 97-102.

Riksföreningen anser och rekommenderar. Om iordningställande och skydd av steril kirurgisk utrustning Antagna 2020-09-28



STERISET CONTAINER

- Enkel
- Säker
- Tålig
- Hygienisk

Se film om Steriset



Läs mer om Steriset



All information om
Steriset systemet



Viste du att det inte behövs något förbrukningsmaterial
för att använda Steriset containern?



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

Fråga: Fråga: Vad rekommenderar ni för preoperativ desinfektion inför urologiska, gyn och anala ingrepp?

Svar: En förpreparerad svamp som innehåller Klorhexidin 2mg/ml används till hud och kan då användas till män vid endourologiska ingrepp samt till yttre genitala på kvinnor vid urologiska och gynekologiska ingrepp samt hud runt rectum. Svampen är inte anpassad för slemhinna som kan skadas av den ruggande effekt man får av den. Klorhexidinlösning 0,5 - 2% rekommenderas till inre genitala vid gynekologiska och endourologiska ingrepp på kvinnor.

Önskar man en huddesinfektion av hud runt genitala och rectum vid kirurgiska ingrepp rekommenderas som vanligt Klorhexidinsprit 5mg/ml, men beakta så det inte rinner in på slemhinna.

Fråga: Får man gå med sina operations-skor ute och får personer utifrån gå med

sina uteskor in på operationsavdelningen? Samma skor på hela sjukhuset?

Svar: Det finns inget nationellt förbud mot att ha samma skor på hela sjukhuset eller att gå med uteskor inne på operationsavdelningen. Däremot finns lokala riktlinjer.

Det är dock direkt olämpligt att gå utomhus med de skorna som sedan ska användas inne på operationsavdelning, precis som det är olämpligt att gå utomhus i operationsarbetsdräkten. Eftersom utomhusvistelse ger en nedsmutsning av skorna och därmed ökar smutsbördan samt försvårar städning. Det ger även en högre kontamination av smittämnen på arbetsdräkt och skor som då genererar en lägre mikrobiologisk renhetsgrad på operationsavdelningen.

Däremot kan man göra riskbedömning att samma skor kan användas utanför operationsavdelningen, inomhus, för att underlätta arbetet för de som behöver förflytta sig inom sjukhuset, ex gå på stickhjälp eller transportera patient till iva, lämna prover och preparat mm.

Fråga: Är det bättre att öppna dörren för att släppa ut en person från operationssalen än att den personen stannar kvar ur antal cfu på den salen? Bättre ju färre man är på operationssalen?

Svar: Ja, är det korta enkla svaret, få personer = lägre cfu-halt. Men så enkelt är det inte alltid, utan det beror också på hur man beter sig på operationssalen. Står eller sitter man stilla (och är tyst) en bit ifrån operationssåret genererar man inte så mycket cfu men står man nära eller hänger över operationsfältet, rör sig mycket eller pratar mycket genererar man mer cfu.

Många dörröppningar genererar ju också en högre cfu-halt då smutsig luft från omgivande lokaler tränger in i operationssalen. Så dörröppningar ska undvikas i största möjliga mån oavsett vilken luftförlingsprincip (ventilationssystem) som är på operationssalen.

Fakta: Hygiensjuksköterska Ann-Sofi Mattsson, Region Örebro län

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

Hygienforum

Stockholm Waterfront Congress Center

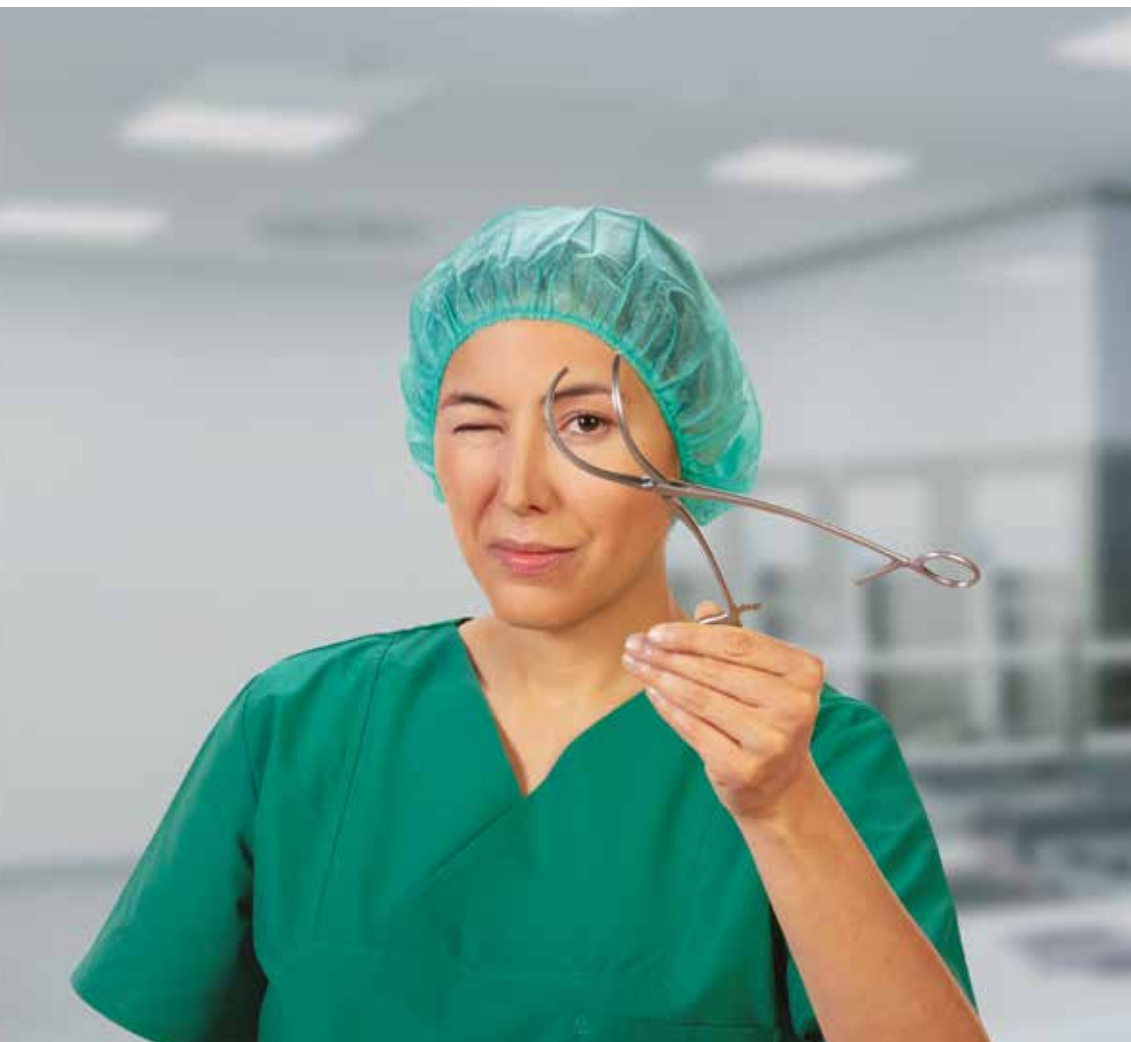
21 - 22 april 2022

Har du anmält dig till Hygienforum och inte fått någon bekräftelse?

Kontakta rfkongress@mittkompetens.se och kolla att du är anmäld.

Platserna är begränsade till 250 st och det är snart fullt!





Kirurgiska instrument
Sterilteknik

OPTIMERING AV INSTRUMENTGALLER OCH STERILPROCESS

Våra experter erbjuder analys och rådgivning för optimerade instrumentgaller och sterilprocesser som möter era unika behov.

Skanna med
mobilkamera för
mer information:



Vägen tillbaka

I förra numret av Uppdukat påbörjade vi en artikelserie om vägen tillbaka, vägen tillbaka till aktiv operationssjuksköterska efter flera års frånvaro. Vi ska få följa Maria Björk Svensson som varit borta från arbetet på en operationsavdelning i 10 år. Och det här är kanske en viktig grupp att fokusera på när det sen flertal år saknas operationssjuksköterskor på våra operationsavdelningar, alla utbildade som väljer att göra något annat än att jobba på en operationsavdelning hur lockas de tillbaka och hur får man modet att "börja om"?

Det pratas mycket om bristen på operationssjuksköterskor jag brukar ibland sticka ut hakan och säga att det kanske inte är brist, fast det saknas många operationssjuksköterskor på våra operationsavdelningar och det är ej riktigt samma. Det är svårt att få fram riktig statistik, så egentligen är det enda vi kan förhålla oss till är just saknaden fast inte ens den har vi bra statistik på. Socialstyrelsen ska årligen redovisa bedömningar av tillgång och efterfrågan på legitimerade yrkesutövare i hälso- och sjukvården. Syftet är att skapa en helhetsbild av tillgång och efterfrågan på legitimerad personal inom hälso- och sjukvården. Statistiska underlag är viktiga för kartläggning över tillgång och efterfrågan av hälso- och sjukvårdspersonal. Fast i Socialstyrelsens rapport saknas det den exakthet som behövs för att se och vilka specialistsjuksköterskor som saknas och framför allt hur många utbildade i arbetsför ålder finns det som ej är aktiva inom sin specialitet. RFop tittade på det här för ett antal år sedan och bedömde utifrån material vi kunde få tag på att det kunde röra sig om 1 000 - 2 000 operationssjuksköterskor som jobbade någon annanstans än på operation, tänk om bara en bråkdel av dem kunde tänka sig att göra som Maria - hitta tillbaka, d.v.s. reaktivera sig!

Jag, Kristina Lockner, har pratat med Erik Bergfeldt, Enhetschef på Kirurgo-



Erik Bergfeldt

operation, Västerås sjukhus som även är Marias chef och undrat hur de har det med bemanningen, hur de planerar och jobbar för att behålla sina medarbetare samt rekrytera nya och såklart hur det är att ta in en "gammal" operationssjuksköterska som är "ny" på jobbet.

Operationskliniken, Västmanlands sjukhus Västerås

Först lite fakta, på operationskliniken arbetar mer än 400 personer, anestesioch intensivvårdsläkare, anestesisjuksköterskor, operationssjuksköterskor, intensivvårdssjuksköterskor, undersköterskor, medicinska sekreterare, fysioterapeuter och steriltekniker. Operationskliniken har en centraloperation i Västerås har 18 operationssalar fördelat på tre enheter:

Kirurgoperation: kirurgi och kärlkirurgi.

Triadenoperation: gyn, urologi och ÖNH samt extern anestesi.

Ortopedoperation: akut och elektiv ortopedi.

Där finns även en intensivvårdsavdelning med 8 till 10 platser, intensivvårdsmottagning, smärtmottagning, sterilcentral och en anestesimottagning. I Köping finns en dagkirurgisk operationsenhet och det

planer på en ortopedklinik i Sala där de ska bedriva bl.a. elektiva höstproteser.

På Operationsavdelningen i Västerås har vi ett gott socialt klimat och fokuserar på teamarbete, vi arbetar aktivt mot en hållbar och utvecklande arbetsmiljö för våra operationssköterskor med bland annat en förmånlig tidsvärdering vid skiftarbete och varierande arbetsdagar med många olika operationer och specialiteter. Vidare satsar vi på fortlöpande kompetensutveckling med sju utbildningsdagar per år. Det finns möjlighet att specialisera och fördjupa sig i olika ansvarsområden med avsatt tid i schemat. Vidare har vi bland annat operationssjuksköterskor som arbetar som till exempel RNFA (Registrerad Nurse First Assistant) och utvecklingssjuksköterska. Som operationssjuksköterska i Västerås erbjuds du alltså ett ständigt utvecklande och omväxlande arbete med många olika möjligheter att hitta nya vägar i det spännande yrket som operationssjuksköterska, säger Erik Bergfeldt

Hur behåller ni era medarbetare?

Erik berättar att de jobbar och fokusera mycket på arbetsmiljön, bemannar 1,5, så på 4 salar blir det 6 operationssjuksköterskor i tjänst. Sen kan det påverkas av sjukfrånvaro.

En annan viktig del är att ordinarie operationssjuksköterskor har möjlighet till egna ansvarsområden som de då kan specialisera sig inom samt vara med att utveckla. Det kan vara tex. kärl, neder eller övre GI, trauma, i möjligaste mån försöker man sen dem vara placerad på sin enhet/specialitet.

Fast som vid alla centraloperationer med dygnet runt verksamhet måste en operationssjuksköterska hantera "allt" d.v.s. att både vara specialist och all-round. Det är en utmaning. Ett sätt som Erik och hans kollegor försöker möta det med är att på jourtid ha tre operationslag så även på kvällar och helger, detta för att operationssjuksköterskorna ska slippa hoppa runt så mycket, varje



enhet har sitt lag. När det är bemanningsbrist behöver alla hjälpas åt att täcka varandras enheter, fast det kan skapa en otrygghet att vara på enheter där det var länge sedan man var. De jobbar mycket med att skapa en trygg miljö där det ska vara ok att säga det här har jag ej gjort på länge, att pratat med operatörerna

Hur rekryterar ni?

De sista åren har vi helt klart haft en brist och vi tror har en koppling till att de är få som söker till utbildningen hos oss så vi får en dålig återväxt, säger Erik. De planerar nu att starta ett traineeprogram för sjuksköterskor för att få dem att upptäcka operation och vilja utbilda sig. Tanken är att de ska få vara på operationsavdelningen i 3 månader och hospitera/gå bredvid innan de bestämmer sig om de vill söka utbildningen eller ej. Det är inga förpliktelser att de måste söka för att de varit dessa månader på operation, utan det är upp till var och en. För de som väljer att söka utbildningen, betalar kliniken deras utbildning och de får en tillsvidare anställning.

Bemanning

Ett sätt att kortsiktigt lösa svårigheten med bemanning är att ta in personal genom bemanningsföretag, hur tänker ni om det? Vi anlitar bemanningsföretag och vi försöker alltid få dem som vill stanna en längre tid, mer än 10 veckor och som funkar i teamet. Nu har det även varit brist även på bemanningspersonal fast på sista tiden verkar det ha lossnat, vill ej ha ny var 5 - 10 vecka, att när det börjar fungera så slutar de, det driver ej verksamheten framåt eller utvecklar den, de deltar inte i förbättring- eller utvecklingsarbete, fast de bidrar med mycket annat som till exempel, sin kompetens och att de ger en god vård och att patienter i slutändan blir opererade, för de som kommer till oss gör ett mycket bra jobb, i annat fall återkopplar vi till konsultföretaget och vi avbryter samarbetet och vi märker ganska snabbt hur det går.

Hos oss bemannar de var sin operationssal på dagtid på vardagar, så tyngden blir större på våra ordinarie operationssjuksköterskor, å andra sidan de tillsvidare anställda kan sitta med sitt område jobba

med utveckling, får mer omväxlande vardag fast detta under förutsättning att alla inklusive bemanningspersonalen är på plats. Vårt mål är personal som vill stanna på långsikt. Trots att det saknas operationssjuksköterskor har arbetsväxling aldrig kommit på tal.

Och hur var det nu då, att ta in en "ny-gammel" operationssjuksköterska som bemanningssjuksköterska?

Det var lite svårt att planera för hur mycket introduktion som behövdes, men tidsspannet blev ungefär som jag trott, 2-3 veckor inte Maria blev relativt självständig. Sen tar det givetvis längre tid att komma in i jobbet för att hantera de flesta situationer självständigt. Har man arbetat ett antal år tror jag att man har en grundtrygghet som man kan falla tillbaka på trots att man inte arbetat på ett tag, samt även om vissa saker förändrats och utvecklats, tex ny medicinsk teknik. Sen så gäller det ju att vara öppen med att man är lite ringrostig då tror jag de flesta har förståelse för att vissa saker tar lite längre tid.



Maria

Ser mig själv i spegeln, vrider om handtaget på vattenkranen och låter det ljumma vattnet rinna över mina händer. Noterar samtidigt hur blåklädda människor med operationsmössor och munskydd snabbt passerar förbi i korridorerna på väg till en sal, ett förråd eller något annat mål. För ett ögonblick känns det som att jag varit på avdelningen hur länge som helst. Som att tiden stått still på något vis.

Samtidigt vet jag att det är min allra första dag på jobbet som operations-sjuksköterska igen. Att min framtid på avdelningen och inom yrket är ovisst. Men en hisnande känsla som landar där och då i den stunden är att jag faktiskt är tillbaka. Det händer något med mig när jag tar in den känslan, blir omtumlad, överklighetskänslor samtidigt som jag tänker på min syster, åren som gått och känner en stor tacksamhetsglädje till mig själv som vågat, till dem som stöttat mig i att komma tillbaka och de i Västerås som trott på mig.

Vattnet fortsätter att värma mina händer, tar tvål och börjar min allra första preoperativa handtvätt på många år. Övant tvålar jag in händerna på det sätt som krävs inför en operation, något jag gjort otalt många gånger förr. Så möter jag min blick i spegeln och inser vad mina tankar och känslor gjort med

mig. Mina ögon är fyllda med tårar. Mitt hjärta håller på att svämma över. Och i sista sekund dyker hon upp och börjar kvittra med sin glada röst, hon ser på mig med sina pigga ögon. Hon säger, *"Hur går det Maria? Nu får du säga precis hur du vill ha det så tar vi det i din takt. Och det här kommer bli så bra!"*. Den otroligt fina människan, professionella ambassadören och en suverän förebild för vårt yrke. Operationssjuksköterska vid sjukhuset i nära 22 år, Jessica Hedlund, och den person som introducerar mig på avdelningen.

Fem veckor har gått

Fem veckor har gått sedan jag började på kirurgoperation i Västerås. Veckopendlar, bor i en liten lägenhet och ändrat hela min livssituation. Men allt har gått bra. Enda smolket i bågaren var att jag inte kunna följa med på tävlingsbesök och få se VM-rally succén på plats i Umeå. Lyckligtvis kunde jag ändå följa det hemifrån tv-soffan, satt som klistrad.

Sen Oj! så mycket jag hunnit med dessa veckor. Det finns massor av ingrepp kvar att göra och alltid är det nytt att lära. Och jag märker att arbetsminnet från förr, sakta men säkert kommer tillbaka. Det är en mäktig känsla. Jag är mycket trött efter intensiva långa dagar med hårt arbete. Man är delaktig i förberedelser, ska tänka ut draperingar i t.ex. benstöd och annat som utmanar. Komplikerade ingrepp där det kan behövas åtkomst till något under senare delen av operationen. Laparoskopiska ingrepp som konverteras till öppna, blir galler och instrument på varje bord, det är trångt på salen och jag gör mitt allra yttersta det bästa jag förmår. Ibland kan ståtiden bli upp emot fem timmar. Det kan ibland ta två lediga dagar att återhämta mig efter en sådan ansträngning. Men det kommer bli bättre desto mer van jag blir. Gäller hålla mig stark i kroppen, klar i knoppen, vara positiv och fylld av inre energi.

Programansvariga vid avdelningen är suveräna och gör allt för att programmet ska flyta. De bryr sig verkligen om att det blir bra för mig och alla andra. Och häromdagen kom en av cheferna in på salen, Cecilia anestesijuksköterska som ville höra så att allt kändes ok för mig. Jag har fått fantastiskt kollegialt stöd av operationssjuksköterskor när jag behövt, allt från praktiska tips till härliga skratt

och värdefulla samtal om yrket. Stortrivs när dagens team samlas på salen. Tillsammans läser vi patientens journal, samtalar om viktiga reflektioner och hur planen kan te sig med ex positionering mm. Jag söker sen operatören för att stämma av och startar samarbetet med ett kort samtal som är guld. Undersköterskorna på avdelningen gör ett briljant arbete som både bistår anestesi och operation, de kan verkligen allt!

Välkommen tillbaka

Och det är stort att mötas av en pepande blick från undersköterskan på salen när det krånglar till sig och uppstår något under operationen som utmanar ens arbetsminne. Att komma tillbaka efter tio år är ingen enkel uppgift. Att då skönja ett leende bakom ett munskydd och möta en varm blick när det är svårt, är som manna för både själ och yrkeskvinna. Det är sådant som lyfter och bär framåt, inte bara för mig utan för hela teamet, där patienten är teammedlemmen i fokus! Och känslan av stolthet när jag som nygammal operationssjuksköterska presenterar mig och berättar att jag varit borta länge. När operatören då säger, *"Välkommen tillbaka"*. Efter operationen, *"Hur länge sa du att du haft paus? 10 år? Du måste vara en naturbegåvning!"* Eller sträcker fram sin fasta hand efter operationen och säger: *"Tack Maria för bra jobb!"*. En så omtänksam enkel respektfull mening och att någon minns ens namn. Gesten att få ta emot en annan yrkesmänniskas hand i sin egen för det arbete man utfört, ger verkligen kraft.

Så jag fortsätter en dag i taget att dedikerat sträva på, lyssnar mer än jag pratar och möter varje människa som jag själv vill bli bemött. Något jag ser fram emot lite extra nästa vecka, är att få kontakt med en operationssjuksköterskestuderande som varit på avdelningen. Det gör mig så himla glad att vi får nya kollegor till vår profession. Så om jag på minsta vis kan bidra till hennes fortsatta resa framåt så vill jag göra det.

Håll tummarna för att det går fortsatt bra för mig, och att de vill att jag ska stanna. För detta är ett av det bästa jag gjort på tio år!

Vi hörs! ●

Nya medlemmar

Vi Välkomnar 29 nya medlemmar till föreningen. Vi hoppas att ni kommer att få mycket glädje av ert medlemskap. Vår medlemstidning Uppdukat som utkommer 4ggr/år. Hygienforum och Höstkongress som du kan delta på med reducerat deltagaravgift. Olika konceptutbildningar som redan finns och nya som är på gång. Dom annonseras i tidningen och på hemsidan www.rfop.se.

Jag vill också påminna alla medlemmar att ni måste själva meddela adressändringar. Vi behöver också komplettera medlemsregistret med era mejladresser.

Mejla till: annemarie.nilsson@rfop.se

Jag önskar er alla en fortsatt skön vår och sommar!

AnneMarie Nilsson
medlemsansvarig i RFOP



Anna Barrhök, Varberg
Majny Bohman, Själevad
Jeanita Eriksson, Skellefteå
Sofia Forsell, Johanneshov
Birgitta Freyholtz, Vänersborg
Sofie Hoskins, Linköping
Sanna Johansson, Huskvarna
Fanny Karlsén, Borlänge
Barbro Käller, Tyresö
Liselott Lejon, Vadstena
Sofie Lennerlund, Hägersten
Jessica Lundblad, Almunge
Margaretha Myntti, Boden
Malin Mårtensson, Frösön
Marielle Nordström, Östersund
Birgitta Olsson, Hudiksvall
Henrik Olsson, Brunflo
Hanna Petersson, Dyltabruk
Heidi Pöykkö, Stockholm
Helena Rådström, Solna
Angelina Sjölund, Sandviken
Ida Sundqvist, Tormestorp
Annicka Svedberg, Vallentuna
Ann-Charlotte Wahlström, Växjö
Jeanette Wesström, Kristianstad
Hanna Widegren Åhlvik, Vallentuna
Amanda Windh, Göteborg
Anna Wästholt, Gävle
Marika Österplan, Skara

HÖSTKONGRESS CHEFKONFERENS

STOCKHOLM WATERFRONT



1 - 2 DECEMBER 2022

ANMÄL ER PÅ RFOP.SE

VINGMED

Effektiva hemostatikum och vävnadslim direkt i handen.



Upptäck våra uppskattade komplement inom kirurgin. Beprövade hemostatikum, vävnadslim och sealant klara att använda direkt!

Vi har ett brett utbud av CE-märkta och godkända produkter för användning inom både öppen och laparoskopisk kirurgi. Ingen förberedelse, upptining eller blandning krävs. Till exempel Gelita® TUFT-IT®. Marknadens första fibrillar av gelatin som består av flera skikt och kan läggas hel eller delas i lager. Medan CryoLifes produkt BioGlue® är ett tvåkomponentslim och sealant i ett, med många användningsområden inom primärt avancerad hjärt- och kärlkirurgi.

Kontakta oss på Vingmed för mer information.



Titel: Övergångar i hälso- och sjukvård – ett livsloppsperspektiv och organisatoriska aspekter

Författare: Sparud Lundin Carina & Bratt Eva-Lena (Red)

Förlag: Studentlitteratur

Utgiven: 2021

ISBN: 9789144138855

Antal sidor: 327

Antal kapitelförfattare: 12



En ny bok har utgivits gällande *Övergångar i hälso- och sjukvård – ett livsloppsperspektiv och organisatoriska aspekter* vilken har till ändamål att öka

förståelsen för olika situationer som kan uppkomma i hälso- och sjukvårdens verksamheter. En övergång ses som en process och där personen får ny kunskap och kanske förändrar sitt liv. Utgångspunkten i boken är vårdpersonal och innehållet har ett personcentrerat förhållningssätt där personalen ska

lyssna på personers berättelser och låta personen bli delaktig i sin vård.

En person genomgår i livet olika livsförändringar eller övergångar. Det kan t.ex. vara övergång mellan olika skolformer, att gå i pension eller som patient flytta mellan olika vårdformer. Det kan också vara den förändring i livet som kan vara att bli förälder. Det kan också handla om den övergång som kan vara då barn lämnar barnstadiet för att gå över till vuxenlivet eller ett sjukt barn som passerar olika vårdformer. Det finns också att läsa om hur övergång och olika sätt att åldras kan upplevas samt övergång i livets slutskede.

Boken är en antologi i två delar. I bokens del ett grundläggs ett psykosocialt perspektiv där människors levnadsförlopp knyts till olika sociala sammanhang. Läsaren får också en beskrivning av olika strategier hos en person att kunna förhålla sig till för att hantera olika livsförändringar. Olika författare har belyst ett livsloppsperspektiv på övergångar i livet och bl.a. strategier vid

övergångar mellan olika livssituationer.

I något avsett finns också text om hälsa och ohälsa mitt i livet samt hur olika funktioner inom hälso- och sjukvård och i övriga samhället kan medverka till en positiv övergång.

I bokens del två ges redogörelse för några övergångar och beskrivning finns av kritiska moment som kan innebära olika utmaningar. Sådana utmaningar kan bl.a. vara övergångar och samverkan mellan olika vårdgivare och vårdnivåer. Tankar om övergång i framtidens vård gällande omställning god vård till nära vård finns också beskrivet.

Författarna anger att boken vänder sig främst till studenter eller de som redan arbetar inom en profession som vårdar människor men den kan också vara relevant för den som tex studerar till socionom eller kurator. Jag ser boken som intressant läsning för all vårdpersonal men också som privatperson då innehållet kan öka kunskapen om hur en övergång kan upplevas. ●



Post Graduate-kurs för Specialistsjuksköterskor inom Operationssjukvård



Kursen bygger på operationssjuksköterskans profession och syftar till ökad kunskap och fördjupning inom generella, men även specifika temaoområden. Föreläsare är disputerade och/eller specialister med kompetens inom det aktuella området. Krav innan kurstillfällena är förstudier inom aktuellt ämne. Instruktioner distribueras i god tid före utbildningstillfället.

Kursen hålls i Linköping (enstaka kurstillfällen sker på annan ort). Kurstillfällena förläggs som heldagar på fredagar (fyra under höstterminen och fyra under vårterminen).

Preliminär kursstart är i september 2022. Detaljerat program och information skickas innan kursstart.

Kursavgiften är 15 000 kr per deltagare (kaffe och lunch ingår). Resor och ev. litteratur ingår ej.

Välkommen med din anmälan via e-post till: postgraduateop@regionostergotland.se

Anmälan är öppen!

Sista anmälningsdag: 31 maj 2022

Kursansvariga:

Ida Markström ida.markstrom@regionostergotland.se

Tove Nyqvist tove.nyqvist@regionostergotland.se

Specialistsjuksköterskor inom operationssjukvård



RFop kalendarium

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

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

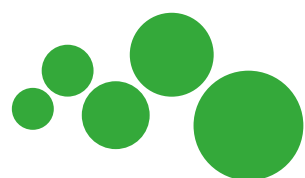
Vidare så genomför vi nätverksträffar, konceptutbildningar och kunskapsseminarier om bl.a. Trauma, Levnadsvanor, SPOR och planerar även för fler kunskapsstödjande evenemang. Alla utbildningar och evenemang genomförs i Stockholm.

För mer information, innehåll och priser se: rfop.se

2022 21-22 April Hygienforum 2022	2022 6 Maj Digital Nät- verksträff för SPOR-frågor	2022 18 Maj Digital Nätverksträff för chefer	2022 31 Maj Årsmöte	2022 1-2 September Nätverksträff för chefer	2022 14 Oktober MDR och Upphandling
2022 19 Oktober Digital Nätverksträff för chefer	2022 28 Oktober Trauma utbildning Nivå 1	2022 28 Oktober Infektions- prevention	2022 1-2 December Höstkongress 2022	2022 2 December Chefkonferens 2022	2023 16-17 Mars Nätverksträff för chefer
2023 25-26 Maj Hygienforum 2023	2023 14-15 September Nätverksträff för chefer	2023 30-1 Nov/Dec Höstkongress 2023	2023 1 December Chefkonferens 2023	Håll utkik på rfop.se vi kommer under året att presentera flera nya konceptutbildningar som t.ex. • Infektionsprevention - att jobba med bundels • Att jobba i Hybridrum • Smärta - före, under och efter operation	

POSTTIDNING B

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



Mölnlycke®

 **Instrumenta**



BD

MEDI PLAST



Medtronic
Further Together

CRC
medical

B | BRAUN
SHARING EXPERTISE

KEBCOMED

Johnson & Johnson MEDICAL
DEVICES
COMPANIES