

Uppdakat

Nr 3 september 2018 årgång 30



I Sverige har vi goda
hygienrutiner vid kirurgi.
Ändå drabbas patienter av
postoperativa sårinfektioner.

Det går att göra mer.

Med Ethicons antibakteriella
Plus-suturer, kan antalet
infektioner minskas med 26-28%.

Triklosan-behandlade suturer finns
med i WHO's behandlingsriktlinjer:*

**Ethicons antibakteriella Plus-suturer är de enda triklosan-
behandlade suturerna på den svenska marknaden.*

Referenser

Wang ZX, Jiang CP, Cao Y, Ding YT. Systematic review and meta-analysis of triclosan-coated sutures for prevention of surgical-site infection. 2013; 100:465-474.

Edmiston CE, Daoud FC, Leaper D. Is there an evidence-based argument for embracing an antimicrobial (triclosan)-coated suture technology to reduce the risk for surgical-site infections? A meta-analysis. 2013; 154: 89-100

de Jonge SW, Aterna JJ, Solomkin JS, Boermeester MA. Meta-analysis and trial sequential analysis of triclosan-coated sutures for the prevention of surgical-site infection. Br J Surg. 2017 Jan;104(2):e118-e133.

ETHICON

PART OF THE *Johnson & Johnson* FAMILY OF COMPANIES

Shaping
the future
of surgery

WWW.ETHICON.COM

Utgivare

Riksföreningen för operations-
sjukvård ISSN 1101-5624.

Upplaga

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

Prenumeration

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

Prenumeration via agentur
450 kr per kalenderår

Omslagsbild

Anna-Lena Norrgård

Foto: Privat

Annonser

annonsansvarig@rfop.se

Redaktion

*Kristina Lockner
Inger Andersson
Yvonne Törnqvist
Malin Wahlström*

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

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

Innehåll

Uppdukat nr 3 2018 årgång 30

Redaktionens ord...sid 4

Synergonomi på
operationssalar...sid 6

Hygienfrågan...sid 7

Porträttet...sid 8

När sterilitet är
ett måste...sid 10

Städa kan väl vem
som helst göra!...sid 14

10-års jubileum för
Regional Studiedag...sid 16

Presentation av TORS...sid 19

EAES kongress...sid 20

Preoperativ förberedelse
– att tänka utanför boxen...sid 22

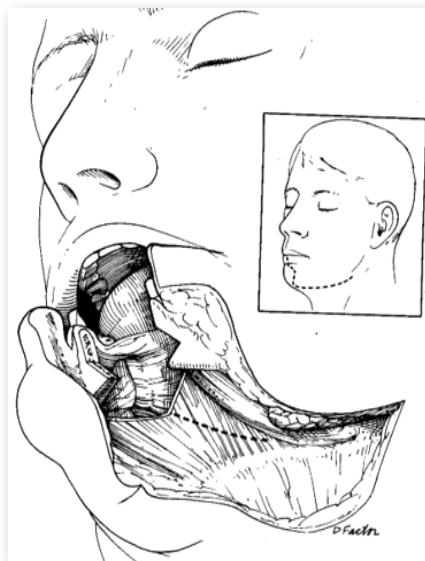
Min operationsavdelning...sid 26

Föreningsnytt...sid 28

sid 16



sid 19



Välkommen att skicka in din artikel eller insändare till Uppdukat!

Några tips när du skriver:

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

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

Layout: MittKompetens AB, Nattviksgatan 6, 871 45 Härnösand **Tel:** 0611-243 46 **Tryckeri:** Hemströms Tryckeri, Härnösand

Foto: Pco Sjöberg



Vilken sommar! Värmerekord, rekord för alla glassförsäljare, bra badtemperatur, är vi verkligen i Sverige är vi nog många som funderat. En ovanligt bra sommar helt enkelt eller? Klimatförändringen gör sig påmind, skogsbränder, äldreboende utan air-condition, affärer vars kyldiskar slutar fungera, arbetsplatser, ute som inne, där man börjar fundera har vi någon övre gräns för när vi ej längre kan arbeta? Och operationsavdelningar där luftfuktigheten blev så hög att man fick ifrågasätta om steriliteten kunde behållas. På vissa håll har luftfuktighetsnivåer på över 90 procent uppmätts, hur var det hos er?

Sen förra numret av Uppdukat har vi, förutom en sommar, även haft Hygienforum. Årets Hygienforum slog deltagarrekor, konceptet som startade för 11 år sedan har vuxit för varje år och behovet av att mötas och sätta hygien i fokus är stort. I år var programmet gjort av vårt nya programråd och de är redan nu i full färd med 2019 års program, 23 – 24 maj är datumen som gäller för er som vill planera i tid.

Att besöka nationella och/eller internationella konferenser/kongresser är en sak man kan göra för att bibe-

hålla och skaffa ny kompetens. Både föreläsningar, utställningar och möten med andra med samma profession ger ett värde såväl för den som deltar som för arbetsgivare, kollegor och för oss som får läsa om det i Uppdukat.

I detta nummer har vi kompetensartiklar från både interna utbildningar som Regional studiedag, samt från internationella kongresser. Att söka något av RFop:s stipendier kan löna sig, Per Carlsson och Britta Grafström som deltog i EAES (European Association for Endoscopic Surgery) kongress, hade sökt och fått supportstipendiet. På sidan 20 delar de med sig av sin nya kunskap. Camilla Bengtsson, Kristina Kaas, Leila Gustafsson och Ksenia Johansson hade alla sökt stipendie för att delta på Hygienforum, läs om vad de tyckte om forumet på sidan 38. Sen har vi de som deltar som föreläsare vid kongresser, Eva-Lena Isaksson föreläste vid SERG's 9:e kongress i Lille, Frankrike. Hur det gick kan du läsa på sidan 19.

Sist vill jag uppmärksamma er på vad som händer i höst/vinter: **Chefnätverket** har sin fjärde träff den 4 oktober, **NORNA tillika Höstkongressen** är den 29 – 30 november och **Chefkonferensen** är den 30 november, läs mer om allt detta på hemsidan rfop.se.

Tidningen är som vanligt fylld med en blandning av arbetsmiljö, populärvetenskap, hygien och föreningsnytt. Jag önskar dig en stund med bra läsning!

Sist men inte minst, har du sett att vi nu finns på **facebook**? Kolla in oss på, riksföreningen för operationssjukvård och följ oss gärna!



Välkomna till chefnätverket för chefer på Sveriges operationsavdelningar, CSO.

Nätverket är öppet för alla chefer och ledare inom operationsverksamheter i Sverige, offentliga och privata. Inget medlemskap i någon riksförening krävs för att delta i nätverkets möten.

Nästa möte är 4 oktober på Waterfront i Stockholm. För mer info och anmälan, se rfop.se.

Välkomna!

Veronica Dahlgren
cso@rfop.se



Vår hedersmedlem Gun-Britt Wård har lämnat oss.

RFop har blivit en hedersmedlem fattigare då Gun-Britt Wård avled på morgonen den 22 juni efter en tids sjukdom. Många är det som genom åren lärt känna Gun-Britt, både i hennes roll som avdelningsföreståndare på Södersjukhuset i Stockholm och/eller som styrelseledamot i Riksföreningen för operationssjukvård. I rollen som hedersmedlem har vi kunnat träffa Gun-Britt på våra Hygienforum samt Höstkongresser. Vi kommer att sakna hennes närvaro.

Gun-Britt Wård utbildades på S:t Eriks sjuksköterskeskola i Stockholm i slutet av 1950-talet och blev färdig operationssjuksköterska i december 1958. Hon var en av de första ledamöterna i RFop och var med och utvecklade föreningen till vad den är idag. Tack för all din tid, engagemang och glädje du spridit!



Den första puderfria
operationshandsken

35
år

Det första dubbel-
handsksystemet med
punktionsindikering

25
år

Syntetisk
polyisopren

15
år

Biogel® – Det pålitliga varumärket

Biogel® – 35 år av skydd

Biogel® känd för sin höga kvalitet och ett tydligt, snabbt och stort punktionsindikeringssystem som ger det skydd du kan lita på ^(1,2), såväl som den rätta känslan, passformen och komforten du behöver under kirurgiska ingrepp varje gång.

Biogel® sortimentet av dubbla handskar med indikatorsystem motsvarar behoven hos kirurger och operationspersonal vid alla kirurgiska ingrepp.



Referenser:

1. Wigmore SJ & Rainey JB. Use of coloured under gloves to detect glove puncture, BJS 1994;81:1480 2. Tanner J, Parkins H. double gloving reduce surgical cross infection. Cochrane Database of Systemic Reviews 2006. Issue 3. Art No.: CD003087. DOI:10.1002/1465858.CD003087, pub 2. Review content assessed as up-to-date: 28 July 2009

Läs mer på www.molnlycke.se

Mölnlycke Health Care AB, Box 13080, Gamlestadsvägen 3 C, 402 52 Göteborg. Telefon 031-722 30 00. info.se@molnlycke.com
Namnen Mölnlycke Health Care, BARRIER® och Biogel® samt deras respektive logotyper är globalt registrerade och tillhör något av företagen inom Mölnlycke Health Care-koncernen. ©2018 Mölnlycke Health Care AB. Alla rättigheter förbehållna. SESU0471804


Mölnlycke®

Synergonomi på operationssalar

Operationspersonal på sjukhusen, kirurger och operationssjuksköterskor, är yrkesgrupper med mycket höga synkrav. För att arbetsmiljön och kvaliteten på operationsarbetet ska bli bra måste den visuella miljön vara optimal. Detta är också avgörande för den medicinska säkerheten. För att skapa denna optimala visuella miljö måste ljuset vara väl anpassat till det arbete som ska utföras och luminansskillnaderna får inte vara för stora inom synfältet.

En av föreläsarna vid Höstkongressen 2017 var Hillevi Hemphälä, som delade med sig av sin forskning kring synergonomi för intresserade deltagare.

De flesta kan nog känna igen sig i hur svårt det är för ögonen att växla mellan det otroligt starkt upplysta operationsområdet och det mindre upplysta instrumentbordet. Tyvärr finns det få rekommendationer att luta sig mot angående belysningsstyrka på en operationssal. För den allmänna belysningen finns rekommendationen 1000 lux, medan operationsområdet brukar ligga på mellan 100 000 – 200 000 lux. Detta ger alltså ett luminansförhållande på 100:1 mellan operationsområde och instrumentbord och en kontrastbländning vilket enligt Hillevi tar ungefär 2 minuter innan ögat överhuvudtaget hunnit återhämta sig ifrån.

Hillevi berättade vidare om en labstudie som genomförts, där tolv olika belysningsstyrkor testades i en operationssal utan dagsljus. Deltagarna fick göra tester i de olika belysningarna, sedan jämfördes resultaten. Deltagarna genomförde testen best när allmänbelysningen var ca tre gånger så hög som det befintliga ljuset. När allmänbelysningen var högre gav också ett något lägre medelvärde från operationsljuset en bibehållen synskärpa i operationsområdet, vilket gör



Hillevi Hemphälä

att skillnaden i luminansförhållandet, och därmed bländningen, minskar. Sammanfattningsvis verkade en allmänbelysning mellan 2000 – 5500 lux, med ett kallt ljus (högre Kelvin) vara den mest optimala belysningen att arbeta med i operationssalen.

Fältstudien

Efter labstudien utfördes en fältstudie under 86 operationer där ett flertal kirurger, operations- och anestesijüksköterskor samt undersköterskor deltog. Två belysningssituationer testades, den befintliga belysningen samt en testbelysning med högre lux och ett kallare ljus. Efter varje operation skattade personalen den visuella kvaliteten, kvaliteten på allmänbelysningen samt sin egen trötthetsnivå. Den visuella kvaliteten skattades bättre i testbelysningen än i den befintliga belysningen av all personal. Trötthetsnivån skattades signifikant lägre av alla personalgrupper förutom kirurgerna.

Lab- och fältstudier utfördes också på minimalinvasiv kirurgi där standard idag är att släcka ner belysningen på

operationssalen för att förbättra synbarheten på skärmar och minska störande blänk. Fyra belysningssituationer testades, befintligt ljus (nedsläckt, med ca 50 lux över anestesiområdet, 100 lux allmänbelysning med färgat ljus, 100 lux allmänbelysning med vitt ljus, samt 300 lux allmänbelysning med vitt ljus. Fältstudien visade att både ljusupplevelsen och synupplevelsen var signifikant bättre med färgat och vitt ljus på 100 lux, men att det inte var någon skillnad mellan det vita och färgade ljuset. Inga skillnader i upplevd trötthet kunde signifikant påvisas, men en viss förbättring rapporterades.

Sammanfattningsvis kan vi enligt Hillevi Hemphälä lära oss att belysningsrekommendationerna för kirurgi behöver revideras. Vid öppen kirurgi tycks 2000 lux allmänt i rummet och 5500 lux runt operationsbordet vara optimalt för upplevd synförmåga och skattningen av belysningen, samt att upplevd trötthet minskar för de flesta yrkesgrupper av dessa åtgärder. Även att en allmänbelysning kring 100 lux i antingen färgat eller vitt ljus förbättrar upplevd synförmåga och ljusupplevelsen under minimalinvasiv kirurgi, samtidigt som det kan finnas viss förbättring av upplevd trötthet. Det går alltså att höja belysningsstyrkan på salen utan att försämra synbarheten på skärmen, särskilt eftersom dagens skärmar blir allt bättre och bättre, vilket kan förbättra arbetsmiljön för personalen på operationssalarna. •

Skriv till: hygien@rfop.se

Fråga: Vad gäller för operationsmössor med dok på op-sal jämfört med korridor?

Svar: Vid infektionskänslig kirurgi eftersträvas en så låg CFU-halt i luft som möjligt. Doket ska vara instoppat innanför halsringningen på arbetsdräkten för att minska mängden hudpartiklar till rumsluften. I korridor räcker det att håret är instoppat i mössa.

Fråga: Vid enklare ingrepp tex. vid ansiktsingrepp i lokalbedövning. (Det blir ju spets-sterilitet.) Detta görs inne på op.sal. Kan vi använda omslagspappret från gallret att duka upp på? Vi har det som är dubbelt, dvs grönt utanpå och vitt innerst. Eller ska vi använda uppdukningslakan. Frågan är intressant både ur miljösynpunkt och ekonomi.

Svar: Det är en bedömning utifrån ingrepp. Används vätskor bör det finnas

ett vätskeavvisande sterilt underlägg att duka upp på.

Fråga: Jag har nyligen bytt arbetsplats. Där jag har arbetat förut hade vi alltid hjälm och munskydd vid implantatkirurgi. Där jag är nu, menar man att det "inte längre behövs". Vad rekommenderar du? Det rör sig visserligen om TVT-band (gyn), men det är ändå ett implantat.

Svar: Vissa ingrepp inom gynekologi utförs vaginalt och penetrerar inte in i mera rena områden och därför anses som ett icke infektionskänsligt ingrepp. Annars gäller principen hjälm och munskydd vid implantatkirurgi. Det är upp till verksamhetschef att utfärda riktlinjer för vilken kategori respektive ingrepp hamnar.

Fråga: Jag vill fråga hur ni ser på städrutiner vad gäller golvrengöring? Visst ska golvet våt-torkas mellan varje operation? En del säger att det

inte skall torkas p g a det "virvlar" upp smuts från golvet, som annars skulle ligga kvar "på plats på golvet" hela dagen. Vad anser ni?

Svar: Golven ska avfläckas mellan operationerna. Moppling av golvet kan övervägas då det ska utföras infektionskänslig kirurgi. Mellan operationerna ska det finnas tid för upprening av luften, ca 8 minuter, då ska det varit mellanstädat och med stängd dörr innan uppdukning påbörjas.

Författarens kommentar: Utgå från Vårdhandbokens riktlinjer när det gäller vårdhygieniska principer för operationssjukvård. Komplettera med Vårdhygiens lokala riktlinjer.

Fakta: Gunnar Hagström, Hygiensjuksköterska, Universitetssjukhuset Örebro.

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

Sista chansen att bli traumagranskare!

Projektet säker Traumavård går nu in i sista etappen då den återstående norra sjukvårdsregionen ska granskas. Projektet drivs av Löf (Landstingens Ömsesidiga Försäkringsbolag) tillsammans med de professionella yrkesorganisationerna däribland RFop som varit med sen projektet startade 2014.

Syftet med "säker traumavård" är att höja kvalitet och säkerhet vid omhändertagande av trauma patienter. Som granskare ingår du i ett tvärprofessionellt team av ca 5 personer med olika erfarenheter och professioner som gemensamt hjälper det aktuella sjukhuset och regionen att hitta möjligheter i förbättringsarbetet kring vården och omhändertagandet av traumapatienter.

Under våren 2019 kommer de sjukhus i norra regionen som tar emot traumapatienter att granskas, så är du intresserad att delta och vara granskare och representera riksforeningen för operationssjukvård anmäl du ditt intresse på rfop.se/nationellt/patientsakerhetsprojekt/granskare-anmalan.

Är du intresserad och vill veta mer?

Kontakta: Lasse Salomonsson, lassesalomonsson@telia.com





Porträttet

Anna-Lena Norrgård

Anna-Lena Norrgård, skulle kunna vara pensionerad på heltid men valt att vara pensionerad operationssjuksköterska på deltid. Med sina 70 år är hon fortfarande nyfiken och tycker att jobbet ger henne mycket.

Anna-Lena blev färdig operations-sjuksköterska 1985 med hade innan dess hunnit med en hel del. Växte upp i Österbotten i Finland, tog realen och gick på folkhögskola och sen blev det jobb på familjens minkfarm tills hon träffade sin man och följde med honom till Sverige 1969. Fick jobb som sjukvårdsbiträde i poolen på Södersjukhuset i Stockholm där det efter 2 dagars introduktionskurs bland annat blev jobb i badet, som vändvak nattetid på vårdavdelningarna samt extravak på avdelning åtta som då var en medicinsk intensivvårdsavdelning.

Efter det blev det flytt till Umeå och jobb på ålderdomshem och långvården som det hette på den tiden. Arbetsförmedlingen betalade då för en 8 veckors sjukvårdsbiträdeskurs. Redan här hade Anna-Lena beslutat sig för att det var sjuksköterska hon ville bli men för att komma in på sjuksköterskeutbildningen behövde hon komplettera med en 32 veckors undersköterskekurs. Under utbildningen ingick praktik på plastikkirurgen och fascinationen för den rekonstruktiva kirurgin fick Anna-Lena att besluta att det här måste jag få vara med om. Där och då togs beslutet att bli operationssjuksköterska.

Utbildning i Boden

Efter det sökte hon och kom in på en reservplats på sjuksköterskeskolan i Boden. Utbildningen var på tre terminer och innebar pendling till Boden i veckorna och hem till Vännäs i helgerna. Med två skolbarn hemma och kringresande man fanns en del problem att lösa, men logistiken gick ihop med hjälp av mor och svärmor. Efter utbildningen gick flyttbilen till Stockholm och arbete på ålderdomshem i Räcksta samt Sundbybergs och Solberga sjukhus för somatisk långtidsvård. Gick samtidigt påbyggnadslinje (VUB) medicin, kirurgi och långvård. Hon jobbade deltid då barnen fortfarande gick i skolan och trivdes bra med jobbet.

1984 blev det äntligen påbyggnadslinjen (VUB) i operationssjukvård 40 poäng på Årstavikens sjuksköterskeskola. Gjorde långa praktiken på Karolinska sjukhuset (KS) och hade önskat sin specialistdel

på neurooperation på Södersjukhuset (SÖS). Under tiden på praktiktiden på KS blev hon upprörd av dåvarande avdelningsföreståndaren på neurooperation och erbjuden jobb innan hon ens gjort praktik där! Hur gick det till? Sånt händer knappast idag.

Två år i Saudiarabien

Sen har det rullat på och blivit en hel del erfarenhet från olika delar inom operationssjukvården. När neurooperation på SÖS lades ner var det svårt att få jobb som operationssköterska. Då fick hon tips om att åka till Saudiarabien. Lönen där var bra och kontraktet gällde ett år med en betald hemresa efter sex månader. Efter ett år hemma ville dottern till USA för att studera och Anna-Lena åkte till Jedda i Saudiarabien igen för ett år för att hjälpa dottern finansiera studierna.

Mot slutet av kontraktperioden invaderades Irak och Kuwait och Saudiarabien tillsammans med USA inledde Operation Desert storm. Flygplatsen i Jedda stängdes under vissa perioder till förmån för militära operationer. För de som arbetade i Jedda på King Fahd Medical Army Hospital (K.F.M.A.H.) innebar det att beredskapen höjdes, förberedelser för krig vidtogs och följdaktligen beviljades inga utresevisum, alla behövdes. Sjukvården måste upprätthållas dels för civila men också för många krigsskadade. Så ett år blev två. Efter åren i Jedda och Giza i Saudiarabien och några resor till grannlandet Norge har det främst varit sjukhusen i Stockholm som hon arbetat på. På Södersjukhuset främst inom – kirurgi, gynekologi och neuro. På Karolinska Huddinge – kirurgi, ortopedi, ÖNH, thorax och transplantation och på Karolinska Solna som sektionsledare på kirurgisektionen.

Drivs av viljan att veta

Under åren har det blivit en hel del kurser bland annat vårdpedagogik på lärarhögskolan med en uppsats på C-nivå. Ledarskap och Medical Management på högskolan med en uppsats på D-nivå. Även Krigs och katastrofmedicin, Traumateam i Philadelphia, TNCC, Instrumentvård för att nämna några. Anna-Lena har alltid drivits av viljan att veta och få svar på frågan varför. Hon har sökt kunskap på olika sätt. Att ta reda på saker, vara aktiv på jobbet och gärna hoppa på olika uppdrag har varit och är oerhört stimulerande. Det bästa med jobbet är möjligheterna och tillfällena till omväxling. Att jobba på olika sjukhus och speciali-

teter tycker Anna-Lena är utvecklande och oerhört spännande. Likheter och skillnaderna ger möjlighet att utvärdera det egna jobbet. *Man kan fråga sig jobbar vi alltid efter vetenskap och beprövad erfarenhet eller gör vi bara som vi alltid har gjort.* Hon vill även gärna väcka nyfikenheten för det som finns utanför den egna sfären. Rekommendationer till yngre kollegor; försök se helheten kring patienten. Kommunika med andra professioner och avdelningar. Vad händer före och efter vårt jobb på operation för våra patienter? Gå kurser och gör studiebesök när tillfälle ges. Var nyfiken!

En nackdel

En nackdel med jobbet är att det kan vara fysiskt tungt, ibland även psykiskt och Anna-Lena tycker att vi måste bli bättre på att hjälpa varandra att hitta och använda de hjälpmedel som finns.

Innan pensioneringen

De sista åren innan pensioneringen arbetade Anna Lena som AKA o utbildningsansvarig på Kirurgoperation på SÖS. Plastikkirurgi blev det först efter pensioneringen 2013 även om det var det som startade det hela och jobb 1–2 dagar/veckan på en klinik för rekonstruktivkirurgi i Stockholm. Hon jobbar även som timanställd på sina tidigare arbetsplatser på Södersjukhuset och Karolinska Huddinge blandat natt och dag.

Varför fortsätter du att jobba efter pension?

Det är ett bra sätt att vara med i samhällsutvecklingen, att möta andra, framförallt unga. De är en ständig källa till inspiration och input. Med ungdomar i närheten händer det alltid något. Det blir aldrig tråkigt. En annan aspekt är att känna sig behövd och uppskattad och det är bra för självkänslan. Att "hålla igång" gör att man inte känner sig gammal utan åldern blir bara en siffra. Det är också ett så himla roligt jobb. Jag kan själv välja när och hur mycket jag vill jobba, det finns inga måsten.

Anna-Lena väljer att jobba blandat dag och natt men undviker gärna passen som börjar klockan sju. Hon har tid till resor, egna intressen och att umgås med barnbarn och inkomsten gör att hon har råd med det lilla extra. Om man vill och känner att man orkar så är det bara att fortsätta så länge man har möjlighet anser hon. •

När sterilitet är ett måste

Från det vi lärde oss om mikroorganismer har vi också förstått att mikroorganismer kan vara nyttiga men också farliga. Mikroorganismer på fel plats kan vara förödande. Rengöring, desinfektion och sterilisation är alla metoder som har utvecklats för att jaga och döda mikroorganismer. Men det hjälper inte enbart med sterila instrument, allt runt om kring med hantering, transport, material mm har stor betydelse för att hålla mikroorganismerna under kontroll.

Redan under antikens dagar användes och rengjordes instrument, Hippokratess hällde kokande vatten över instrumenten i syfte att rengöra, då var det ingen som tänkte på mikroorganismer. Utan man rengjorde helt enkelt för att det var trevligare att använda instrumenten, på samma sätt som vi alltid har rengjort vår tallrik och bestick.

När London härjades av pesten 1665 tog den slut i samband med den stora branden 1666. Det fanns de som trodde att det hade ett samband men de kunde inte riktigt räkna ut hur. I dag vet vi, värme dödar. På 1800-talet kunde det göras en koppling mellan mikroorganismer och infektioner. År 1876 utvecklade Chamberland och Tyndall den första ångautoklaven. Allt eftersom utvecklades nya metoder och maskiner, idag har vi flera metoder för olika instrument och material. Vi har också insett att det räcker inte enbart att säkra autoklaven för att få sterila instrument, det är en betydligt större kedja än så. Vi har varit på det klara med att rengöring är av betydelse ändå så har inte fokus legat där utan det har varit på sterilisering. Det har varit den uppfattningen att lite orent gjorde inget eftersom det blev ju sterilt. Idag vet vi att så är inte fallet. 2006 kom den första standarden som handlade om diskdesinfektorer, redan 1994 kom standard för ångautoklaver.

Det hjälper inte att det är ett toppen team runt patienten vid en operation

ifall instrumenten inte är sterila, lika lite som ett toppen team på steriltekniska enheten som steriliserar om teamet runt patienten inte gör rätt. För att inte sprida smitta måste alla fungera i kedjan. Vi har insett betydelsen av att förvara, transportera och hantera det sterila godset för att säkerställa sterilitet fram till dess att vi ska använda det sterila materialet.

Så vad är det vi behöver veta?

För att vi ska kunna följa de regler och rekommendationer som finns för produkter som används sterila och som kan återanvändas krävs information om metoder för rengöring, desinfektion och sterilisering inklusive eventuella begränsningar i antalet gånger en produkt kan återanvändas. Det finns engångs, mergångs eller flergångs. Engångs – ja det hörs på ordet vad det är. Mergångs innebär att det är ett begränsat antal gånger som vi kan återanvända instrumentet, t.ex. 50 ggr eller 500 ggr. Flergångs då är det obegränsat antal gånger. Informationen får vi från tillverkaren/säljaren av instrumentet. Alla som säljer kirurgiska instrument i Europa måste följa SS EN ISO 17664: 2017, Rengöring, desinfektion samt sterilisering av medicintekniska produkter - Information som ska tillhandahållas av tillverkaren för återanvändning av medicintekniska produkter. Det är en standard som talar om vilken information som tillverkare/säljare måste tala om för oss, för att vi ska kunna rengöra, desinfektera, förpacka, sterilisera, förvara och transportera. Här håller vi på och tar fram del 2, ska gälla för allt som inte är instrument t.ex. diatermistapel, stetoskop mm. Dessa behöver vi inte sterilisera men vi måste veta att vi desinfekterar på rätt sätt och vilka desinfektionsmedel som är lämpliga.

Det har varit en kraftig utveckling av de maskiner och metoder vi har att tillgå för rengöring, desinfektion och sterilisering. Rengöring i dag sker i högteknologiska maskiner där



spoldesinfektorer INTE är ett alternativ. En spoldesinfektor spolar godset, den diskar inte. Om jag raljerar lite så kan det likställas med att du tar bestickskorgen till din diskmaskin där hemma, sätta ner den i toaletten, spolar och säger "nu är det rent"

Diska direkt!

Dagens instrument är komplexa både i uppbyggnad och material. Oftast måste de delas där koppling för genomspolning blir viktigt för att uppnå rengöring och desinfektion, då är det under förutsättning att kopplingen suttit på under hela processen. Precis som i diskmaskinen där hemma måste silen rensas, om det är smuts i den så kommer det att virvla runt när instrumenten diskas. Dessa orenheter kan lätt kila sig fast i ett boxlås eller annat ledat ställe på ett instrument.

Det finns många saker som inte är bra för instrumenten, blod är bland det sämsta. Blod innehåller salter precis som vatten. Viktigt att instrumenten diskas så fort det är möjligt efter användning. Då vi inte vill att salter ska få en chans och fräta på materialet använder vi avsaltat vatten i våra diskdesinfektorer. Ett vanligt material i våra instrument är rostfritt stål, men



Birte Nielsen Oskarsson

även rostfritt stål kan börja rosta. Har instrumentet fått en skada i legeringen så kan det rosta. Rostiga instrument sprider rost, både till maskinen och andra instrument. En skada i legeringen betyder också att det kan gömma sig bakterier i skadan, bakterier som vi inte kommer åt vare sig med rengöring eller sterilisering. Fukt är också något som påverkar våra instrument negativt, därför är det ett måste att torkningen fungerar. Instrumenten ska vara torra när processen är slut. Har du inte torra instrument så har du inte rena och desinfekterade instrument. Det gäller att ha bra rutiner så att säkerheten för smittspridning säkerställs för personalen mellan steriliseringsarna. Standarder för diskdesinfektorer är SS EN ISO 15883-1: 2009/ A1:2014 Disk- och spoldesinfektorer - Del 1: Allmänna krav, definitioner och provningsmetoder, standarden finns i flera delar beroende på typ av rengöring och ändamålet med rengöringen.

Sterilisering kan idag ske med flera olika metoder. Det äldsta sättet att försöka sterilisera instrument var att koka instrumenten. Ångautoklaven är en metod använden en del av det konceptet. Vi har kemiska metoder (formalin och väteperoxid) för att sterilisera värmekänsligt gods. Men oavsett metod så är allt en sterilisering på ytor. Det innebär att om instrumenten inte är rena så kan vi inte garantera att det blir sterilt. Sitter det en blodfläck eller andra orenheter kvar kan bakterier gömma sig under fläcken och klara sig igenom en steriliseringsprocess. För att en partikel ska kunna bära eller gömma en bakterie räcker det att den är 0,5 µm. Så det gäller att syna instrumenten noga innan de steriliseras. Standard för ångautoklav är SS-EN ISO 17665-1:2006.



Foto: Chatarina Aneman

Alla maskiner måste kontrolleras

Alla maskiner måste kontrolleras. Vi kör bilen till bilprovning en gång per år, även om det kan vara med blandade känslor som vi åker dit, så är vi nog alla överens om att det är bra att viktiga delar blir kontrollerade. Bra om bromsen tar när vi behöver den. Lika viktigt är det att kontrollera diskdesinfektorn och autoklaven att den gör det den ska göra. Det behövs ett underhåll varje år och en test på rengöringsförmågan. Här säger standarden att vi ska smutsa ner med blod från en frisk ko blandat med lite smält och gott, men det är så kladdigt. Sen tycker jag lite synd om kon. Finns hel-

ler ingen anledning att riskera smitta som kan finnas i djurblod. Tur det finns syntet att köpa.

Lokalen där rengöring och desinfektion sker ska vara rätt utformad dels för vår arbetsmiljö men också för förhindrande av smittspridning. Det måste finnas tillräckligt med yta för att kunna hantera godset, kunna skilja mellan rent och orent. Det gör man lämpligen med en genomräkningsmaskin. Alltså ett orent rum och ett rent rum där ni också förpackar och stoppar in i autoklaven. Vet inte hur vanligt det är på en operationsavdelning att ha genomräkningsmaskiner, men vid en nybyggnation eller ombyggnad så vore det bra om det blev så.

Förvaring och transport

Att det sterila godset måste förvaras och transporteras så att sterilitet bibehålls fram tills det ska användas är alla överens om, men hur många tänker på hur hanteringen sker? Bara en sådan sak som att sprita händerna innan vi går in i sterilförrådet, att hantera förpackningarna med varsamhet, inte dra ut från hylla. Godset ska lyftas ut från hylla. Det gäller containrar också, blir en hel del aluminiumsläpp ifall den dras ut. Partiklar med andra ord som kan bära en bakterie. Du kan inte packa påsar för trångt i en korg. Inga vassa kanter på korgar, hyllor, vagnar etc. Du bör, både för din och förpackningarnas skull alltid transportera dem i en vagn eller på ett rullbord. Absolut inte stoppa något i fickan eller ta det under armen. Förpackningen är till för att skydda godset så att sterilitet bibehålls, men det tål inte vad som helst. Ett packsken är ganska lätt att punktera även inifrån av ett vasst instrument om vi är ovarsamma. Påsens pappers sida är ömtålig, kan lätt gå sönder. Även en container måste hanteras varsamt. Är du oförsiktig så kan locket bli skevt och då sluter det inte tätt och därmed ingen sterilitet. Containerns filter tål inte vassa saker. Instrument är dyra och ska inte "åka runt" i förpackningen.

Det ska vara rent i ett sterilförråd, ren yta där du lägger förpackningarna – hylla, vagn, korg mm. Låter vi partiklar samlas på förpackningarna så kan dessa orsaka osterila instrument vid uppdukning. De kommer att virvla upp när förpackningen öppnas för att sen dala ner igen - på ett instrument. Det ska vara rutiner i ett sterilförråd som talar om hur förpackningar ska hanteras. Bra om det finns utsedda personer som har ett övergripande ansvar och som kan fatta beslut om förpackningar ser tveksamma ut för användning. Dialog och utbildning för de som städar.

Den allra första regeln i en rutin för sterilförråd ska vara: "pilla inte i onödan" våra händer är som vanligt den största boven.

Här kommer standarden SS 8760015:2017 Grundläggande krav för transport, lagerhållning och hantering av sterila medicintekniska produkter avsedda för användning inom vård och omsorg, till nytta.

Det är sällan vi kan påverka hur transportvägen ser ut, vår enda möjlighet är att förpacka på ett säkert sätt, att använda vagnar som är anpassade efter den transportväg som används. Sterilt gods transporteras över hela världen, det finns regler hur det måste vara förpackat. De reglerna ska vi också följa: tre lagers regel.

– *Ytterförpackning* är det första lagret och den vars yta möter det smutsiga golvet i en container eller lastbilsflak. Den får aldrig komma in i ett sterilförråd. Det är inte ovanligt att hitta både mögel och svampsporer på utsidan. Här får man tänka till så att inte kontaminering sker av innehållet när den ska packas upp. Det allra bästa är om man är två. Nr 1, som har skyddsklädsel, som öppnar, vänder upp och ner och håller ut innehållet. Nr 2, med spritade händer, som tar emot och lägger in i förrådet.

– *Avdelningsförpackning* är det andra lagret. Den kallas detta för att mindre förpackning än så ska inte förekomma på en avd./mott. Om behovet är litet så kan olika varor men med samma renhetsgrad samsas i samma avdelningsförpackning.

– *Produktförpackning* är det tredje lagret, t.ex. den enskilda kanylen, gallret, styckförpackade instrument. Tänk på att även en container är en produktförpackning.

Så vid transport ska godset förpackas så att alla lager säkras. Produktförpackningen är papper/plastpåsen, packskenet eller containern. Runt den kan det läggas en ren plastpåse som då bildar det andra lagret, därefter ner i en ren engångskartong, ren låda med tätslutande lock eller på vagn med tätslutande dörrar. Detta blir det tredje lagret. Ska transport ske inom mikrobiologisk kontrollerad miljö så behöver du inte skydda godset. T.ex. från sterilförrådet på op till salen eller genomräckningsskåpet.

Gör alltid en riskanalys

Riskanalys behöver göras om det är ok att lägga tillbaka godset in i sterilförrådet om jag inte använt det. Det måste då säkras så att det är ok att användas till nästa operation. Hållbarhetstider är något som kan se olika ut beroende på hur det förvaras, transporteras och hanteras. Vi får följa de rekommendationer som finns, dels av tillverkare av förpackningsmaterial dels av våra egna

riskanalyser. Vi måste kontrollera att det datum vi sätter håller så som just vi förvarar, transporterar och hanterar godset. Det är oftast inte tiden som är avgörande utan det är vår hantering som avgör hur länge något får kallas sterilt.

Jag pratat gärna partiklar, hur viktigt det är att ha dessa under kontroll. Det betyder också att det förpackningsmaterial som används för att förpacka godset innan sterilisering ska också förvaras rent, i lokaler med kontrollerad CFU, partikelmätning och kontroll på luftfuktigheten. Kommer det med partiklar in i autoklaven så kan bakterier gömma sig och överleva processen. Är det något vi har lärt oss under åren så är det att bakterier är smarta och kan det här med att överleva. Allt detta gör att basala hygienrutiner måste sitta i ryggmärgen, städning ska utföra av utbildad personal som vet hur och varför och vad konsekvenserna kan bli ifall det inte utförs korrekt. Kontroll av CFU, partiklar och luftfuktighet i sterilförråd måste mätas kontinuerligt. Handlingsplan ska finnas när avvikelser upptäcks.

Det mesta jag har skrivit om här finns att läsa om i olika standarder. Nu är inte de så lätta att läsa alla gånger, men en som alla SKA läsa när man i sitt arbete hanterar sterilt material är: **SS TR 46: 2014 Processer för rengöring, desinfektion och sterilisering - Validering och rutinkontroll inom svensk vård och omsorg.**

Använd den som ett uppslagsverk, gå en rond efter varje kapitel och se om det är något som behöver rättas till. Du hittar den på följande länk: <https://enav.sis.se/Login.aspx?ReturnUrl=%2fsv%2f> Mig veterligen så har alla inom Landsting/region/kommuner avtal med SIS som gör att personal kan ladda ner standarder kostnadsfritt. Så in och sök och läs. För er som arbetar privat så kan alla standarder köpas via SIS hemsida. www.sis.se

Har du frågor är du varmt välkommen att skicka dem till mig, Birte Oskarsson, samordnare sterilteknik, Skånes universitetssjukhus. Ordförande i TK 349 rengöring, desinfektion och sterilisering SIS, birte.oskarsson@skane.se

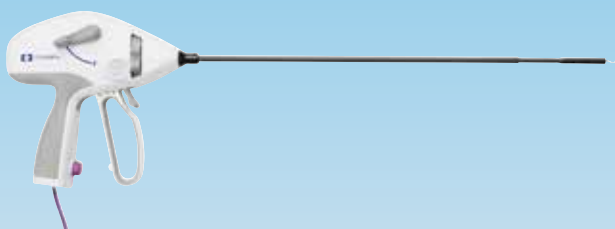
Hoppas vi ses i en steril hörna någonstans. •

TOGETHER WE CAN IMPROVE PATIENT OUTCOMES



LigaSure™ L-Hook Vessel-sealing Technology

- Precise Valleylab™ monopolar dissection.
- Atraumatic grasping.
- Cold cutting.
- Maryland-style blunt dissection.



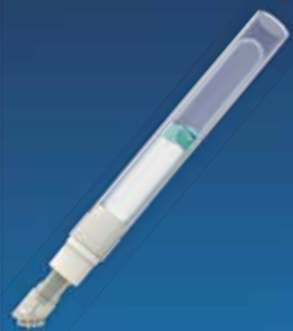
Tri-Staple™ technology is coming to the EEA™ circular stapler

Tri-Staple™ technology generates less stress on tissue during compression and clamping and may allow greater perfusion into the staple line.¹



INDERMIL® flexifuze™*

Topical tissue adhesive is a sterile, liquid topical tissue adhesive designed for your patient's comfort.



ProGrip™ self-gripping polyester mesh:

Specifically designed and approved for prophylactic placement.



1. EEA™ circular stapler with Tri-Staple™ technology [instructions for use]. North Haven, CT: Medtronic; 2017.

*Property of Conexicon Medical Ltd.

Städa kan väl vem som helst göra!

Presentation av ny standard för rengöring och städning inom hälso- och sjukvården

Behövs det verkligen en standard för städning inom hälso- och sjukvården? I hälso- och sjukvårdslagen och tandvårdslagen finns ett uttalat krav på att vården ska vara av god hygienisk standard. God hygienisk standard innebär att lokaler, utrustning, organisering och planering av verksamheten utformas så att risken för infektioner och smittspridning blir så liten som möjligt. I en rapport från Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) 2014 lyfts städning som en framgångsfaktor, en viktig del i kampen mot vårdrelaterade infektioner.

Det står klart att mer och bättre riktad rengöring minskar risken för förvärv av olika sjukhusorganismer. Mikrober blir alltmer resistent på grund av olämplig, otillräcklig och okontrollerad användning av antibiotika, därtill finns det färre nya antibiotika i utvecklingsledningen. (J Hosp Infect. 2009 Dec;73(4):378-85).

Utifrån det perspektivet behövs en standard för städning inom hälso- och sjukvården.

Bakgrund

Vårdrelaterade infektioner är ett stort problemområde när det gäller patientsäkerhet. Flera av de vanligaste mikroorganismerna som orsakar vårdrelaterade infektioner kan överleva lång tid på ytor i vårdmiljön. Väststädade vårdlokaler är därför inte bara en trivselsfråga för patienter och personal. Evidens talar för att städning, med effektiv rengöring och punktdesinfektion vid stänk och spill av kroppsvätskor, minskar risken för smittspridning och infektioner.

Städningen kan ses som en del av det totala smittförebyggande arbetet inom sjukvården. Ytor behöver, även om de ser rena ut, regelbundet rengöras och/eller desinfekteras enligt de städrutiner som tillämpas. Lämpliga städmetoder med fastställda rutiner samverkar med god handhygien för

att bryta så många smittspridningsvägar som möjligt. Lokalers utformning och inredning påverkar naturligtvis möjligheten att uppnå gott städresultat.

Vårdhygieniska riktlinjer och rekommendationer gällande städning har tidigare bl a hänvisat till Vårdhandboken, Svensk Förening för Vårdhygien (SFVH) "Städning i vårdlokaler (SIV)", Nordisk standard Inst 800 och Dansk hygienstandard.

Vad är en standard?

En standard är en gemensam lösning på ett återkommande problem. Syftet med standarder är att skapa enhetliga och transparenta rutiner som vi kan enas kring. Det ligger ju i allas intresse att höja kvaliteten, undvika missförstånd och slippa uppfinna hjulet på nytt varje gång.

Huvudprincipen är att experter från företag, organisationer, myndigheter och andra intressenter tar fram standarder tillsammans med ett standardiseringsorgan. I Sverige finns tre erkända standardiseringsorgan. Där bland Swedish Standards Institute (SIS), vilka har lett arbetet med att ta fram en standard för rengöring och städning inom hälso- och sjukvården.

En standard är tillämpbar vid:

- Upphandlingar
- Vid verksamhetsutveckling
- Uppföljning, oavsett om rengöring och städning sker i egen regi eller är upphandlad
- Tillsyn
- Jämförelser mellan olika leverantörer

Ny svensk standard för städning – SS 8760014:2017

Arbetet med den nya svenska standarden, SS 8760014:2017 "Rengöring och städning för minskad smittspridning inom hälso- och sjukvården",

tog närmare 4 år. Representanter från 16 olika organisationer deltog i arbetet. Det var från början många olika ämnesområden inom städning som diskuterades. Gruppen enades till slut om 8 huvudrubriker som tillsammans med bilagor A-F kom att utgöra den nya standarden:

1. Omfattning
2. Termer och definitioner
3. Krav på organisation
4. Krav på städsatser
5. Krav på städrum och städutrustning
6. Lokal städinstruktion för regelmässig städning och slutstädning
7. Hygienklasser och ytor med hög smittrisk
8. Metoder för bestämning av städ-kvalitet

Krav på organisationen

SS 8760014–2017 ställer krav på samtliga aktörer. Det är viktigt att alla tar sitt ansvar, inte minst gällande kommunikation. Ett bristfälligt avtal ökar risken för en bristfällig städning. Det finns flera aktörer som är involverade i ett städuppdrag:

- beställaren, som upphandlar städuppdraget av leverantören,
- vårdgivaren, som städuppdraget utförs åt,
- leverantören, vars personal utför städuppdraget,
- vårdgivarens egen personal som är antingen städ- och/eller vårdpersonal.

Personal – utbildning och kompetens

Enligt SS 8760014–2017 har både leverantören och beställaren av städuppdraget ansvar för att utföra och ansvarig personal har rätt kompetens, vad detta innebär finns angivet i standarden. Rätt kompetens är viktigt, men personalen måste även ta ansvar för att städningen blir rätt utförd. Nyanställd personal ska hand-

ledas och genomgå praktiska prov innan självständigt arbete i vårdlokaler tillåts. Vikarier eller timanställd ska jämföras med nyanställd personal. Personalen ska förstå svenska i tal och skrift för att förstå bl.a. varningstexter och bruksanvisningar samt att kunna tillgodogöra sig rutiner och utbildningar.

En ren miljö - varje patients rättighet

Följsamhet till basala hygienrutiner och klädregler (BHK), är en förutsättning för en ren miljö. En personal som brister i följsamhet till BHK riskerar alltid att sprida smitta. Om denna person därtill ska utföra en städning kan det rena städmaterialet vara kontaminerat av en smutsig hand, handske eller arbetsdräkt redan innan städningen har börjats. En rengjord och desinficerad yta kan lätt åter kontamineras av en smutsig hand. När till exempel ett rengjort bord eller annan utrustning ska flyttas till annan plats i rummet måste detta ske med rena händer. *"Rena händer på rent material och rena ytor"*, hur ska vi annars kunna erbjuda patienten en ren miljö?

En ren miljö - varje verksamhets skyldighet

"Städa kan väl vem som helst göra!" Nej, det är nog inte så enkelt. Dagens högteknologiska vård och ökning av resistenta bakterier innebär att städning aldrig har varit viktigare. Städmomentet är komplext och kräver kunskap om flera delar. Ingen kan kunna allt, vi har våra specialiteter. Städning är ett område som kräver samarbete mellan flera aktörer. I Region Västmanland bygger städkvalitet på ett samarbete mellan vårdverksamheten, städenheten och vårdhygien. Tillsammans skapar vi goda förutsättningar för en ren miljö för våra patienter. Dagens hälso- och sjukvård måste utgå ifrån ett systematiskt kvalitets- och patientsäkerhetsarbete där lagstiftning, standarder, instruktioner och riktlinjer är till en god hjälp. Kommande arbete för oss är nu att implementera SS 8760014:2017 "Rengöring och städning för minskad smittspridning inom hälso- och sjukvården". •

Fakta: Eva Edberg, hygiensjuksköterska, enheten för Smittskydd och Vårdhygien Region Västmanland



Foto: Eva Edberg, hygiensjuksköterska

Marita Larsson, Enhetschef Operationskliniken Västmanlands sjukhus Västerås - I vår verksamhet är städningen högt prioriterad.



Foto: Jeanette Lundin, Operationskliniken

Eva Edberg, hygiensjuksköterska och Marita Larsson, Enhetschef Operationskliniken, Västmanlands sjukhus Västerås, - Vi ser ett nära samarbete som en självklarhet.

10-års jubileum för Regional Studiedag

Den 13 april 2018 hade vi studiedag för operationssjuksköterskor i Stockholms län och det var det 10:e året i rad som detta anordnades. Förra året avslutades abrupt pga terrorattentatet på Drottninggatan. I år fick vi förmånen att lyssna och skapa dialog med varandra under hela dagen ända till avslutningen, med utdelning av litteratur.

Vi träffades som vanligt på Scandic Ariadne i Värtahamnen. Lokalen är bra stor och rymmer cirka 250 deltagare och det var nästan fullsatt. Det är en härlig känsla att se så många operationssjuksköterskor tillsammans! Personalen som arbetar på Scandic Ariadne är mycket tillmötesgående och vi har ett fint samarbete kring vårt evenemang. Vi började med kaffe och smörgås vid 08.00 då vi också öppnade registreringen. Kl. 08.30 körde vi igång programmet och det var Veronica Ramirez Johansson, operationssjuksköterska och utbild-

ningsledare på Karolinska universitetssjukhuset, som var moderator.

Vi började dagen med att Yvonne Törnqvist gjorde en resumé av de 10 åren som regional studiedag har arrangerats. Yvonne har arbetat som lärare och operationssjuksköterska på Karolinska universitetssjukhuset i Solna och arbetar efter sin pensionering fortfarande tidvis kliniskt på Centraloperation. Det är Yvonne som vi har att tacka för att regional studiedag startades. Hon grundade studiedagen för operationssjuksköterskor 2008 och Yvonne berättade om hur flera sjukhus i Stockholm därefter turades om att arrangera denna dag fram till 2016 då vi fick en sjukhusöverskridande arrangörsgrupp istället.

Regional studiedag har blivit en otroligt uppskattad och kompetenshöjande dag i Stockholm fylld av intressanta och trevliga föreläsningar och flera av sjukhusen har nerdragen

verksamhet så att så många medarbetare som möjligt kan delta. Genom åren har vi lyssnat till rektalcancer, obesitaskirurgi, stick- och skärska-dor, diatermirök, esophaguskirurgi, instrumenthantering, senaste nytt inom hygien och många, många flera intressanta ämnen. Yvonne avslutade sin resumé med ett citat av Charles Darwin; *"It is not the strongest of the species that survives, nor the most intelligent, but the one most responsive to change"*. Ett tankvärt budskap som även går att relatera till hur vi måste anpassa och förhålla oss till framtidens operationssjukvård och nya kirurgiska metoder.

Terrorattacken

Vi gick ganska raskt vidare till Staffan Olhedens presentation om terrorattacken på Drottninggatan 7 april 2017. Staffan är anestesilog och biträdande överläkare på Akut- och traumaenheten Karolinska Univer-





Staffan Olheden

sitetssjukhuset. Han berättade att det sammanlagt kom in 257 larm till SOS Alarm den första minuten efter attacken. De frågor som personal på SOS Alarm frågade sig var - Hur såg läget ut, var fanns resurserna? Akutbilen var 2 mil bort. Efter sex minuter var 8 ambulansenheter på väg till skadeplatsen. Samtliga sjukhus i Stockholmsområdet blev larmade och informerade om vad som hade skett. Sjukhusen kunde gå upp i beredskap tidigt och operationslag fanns klara för vård väldigt snabbt!

Nu finns även två rapporter att läsa för den som är intresserad, den ena har Myndigheten för samhällsskydd och beredskap, MSB, www.msb.se färdigställt april 2018 <https://www.msb.se/RibData/Filer/pdf/28471.pdf> den andra rapporten har Stockholms Läns Landsting www.sll.se sammanställt, som är en utvärdering om landstingets samlade insatser, den skrevs redan i september 2017; <https://www.sll.se/globalassets/bilagor-till-nyheter/2017/rapport-utvardering-landstingets-insatser7april.pdf>. Staffan Olheden avslutade sin föreläsning med att förmedla att träning och övning är det som gäller för att skapa "Awareness och Prepareness" inför nästa och/eller andra katastrofala situationer.

Vårdhygien vid kirurgiska ingrepp

Ann Tammelin, överläkare och docent i vårdhygien, arbetar som hygienläkare i Stockholms läns landsting. Titeln på hennes föredrag var "Vårdhygien vid kirurgiska ingrepp – vad krävs?"



Ann började med att rekommendera att läsa "Global guidelines on the prevention of surgical site infection" av WHO, den kom 2016, men är fortfarande aktuell. Andra källor som är relevanta är PRISS rapporterna som kom efter projektet "ProtesRelaterade Infektioner Ska Stoppas" och vissa av rapporterna är också uppdaterade med nya rön. Här kan man söka via LÖFs hemsida för att läsa dessa. <https://lof.se/patientsakerhet/vara-projekt/priss/> Ann Tammelin menar att basnivå i hygien kan uppnås överallt, det innebär att basala hygienrutiner och aseptiskt arbetssätt och bevarande av renhetsgrad kan uppnås överallt. Det som är viktigt är också att antibiotikaprofylax ges i tid, preoperativ hudförberedelse med desinfekterande tvål ska ske minst 2 ggr (helst 3) för att få 95 % bakteriereduktion på huden.

Ann tog även upp användande av munskydd och att det ska vara klassad som IIR för att det är vätskresistent och har en hög bakteriefiltreringsförmåga. Vi ska tänka på att alla som pratar spottar - så munskydd ska användas om man står lutad över steril område och pratar. Ett annat område som kom upp handlade om

kirurgiska ingrepp som flyttas från operationsavdelningar till mottagningar så försvinner kunskaper om mikroorganismer i relation till luft- och ventilationsflöden eftersom operationssjuksköterskor (som har den kunskapen på operationsavdelningar) inte följer med till mottagningarna. →



Ann Tammelin

Joakim Pålstedt överläkare, kirurg och Åsa Hillenborg operationssjuksköterska Ersta sjukhus presenterade om bariatrisk kirurgi som bedrivs på Ersta sjukhus. De bedriver flest operationer i norra Europa, de opererar cirka 1000 patienter/år. De talade om förutsättningar för patienten, förutsättningar för kirurgen. Patienter med BMI 35 och över blir uppsatta på operationslistan för att genomgå kirurgi på Ersta sjukhus, här är det annorlunda i Sverige i vissa landsting finns en gräns på BMI 40 och uppåt där man blir uppsatt för operation. För att bli opererad måste patienten bland annat ha försökt göra en seriös viktminskning, ingen ätstörning, samt att patienten ska vara välinformerad och välmotiverad eftersom det är en stor riskfylld operation och postoperativ vård med risker för komplikationer.

Fler föreläsare

Preoperativa hudförberedelser – en del i kampen mot vårdrelaterade infektioner föreläste Ida Markström om. Ida är operationssjuksköterska i Norrköping, Vrinnevisjukhuset och doktorand från Linköpings universitet. Hon forskar om perioperativa hudförberedelser. En vetenskaplig artikel som Ida har författat har titeln *Diversities in Perceived Knowledge and Practice of Preoperative Skin Preparation in Swedish Orthopaedic*

edic Surgery den är publicerad 2015 i *Journal of Perioperative Practice* 25(5):101. Ida föreläste om hudförberedelser och hon menar att dubbelusch ska genomföras minst 2 ggr och Klorhexidinsprit 5 mg/ml ska användas vid hudinfektion under 2 min, 120 sekunder. Följs alltid rekommendationerna från tillverkare, var en fråga som diskuterades.

Sist ut idag var Matthias Lidin, specialistsjuksköterska i hjärt-kärlsjukdomar och doktorand vid Karolinska Institutet. Nu fick vi lyssna till *Senaste nytt om livsstil och hälsa – bästa maten och rörelsen för ett långt och friskt liv!* Mathias tog med oss på en intressant och rolig kunskapsresa om livsstil; mat, alkohol, rökning, rörelse och motion i relation till livet i stort och självklart till risken att få en hjärtinfarkt. Sitter vi för mycket idag? S.k. Sittsjukan? Vardagsmotion är mycket viktigt för att förebygga sjukdomar och ohälsa. Mathias tipsade oss om att läsa på hemsidan: www.sundkurs.se Googla gärna på Matthias Lidin det finns flera intressanta filmer att se och lyssna till, men framförallt att lära om sund livsstil.

Även detta år hade vi utställning och det var flera företag som var där. Produktspecialisterna visade många olika nyheter och utställningen var oerhört

Fakta

Kommittén för Regional Studiedag i Stockholm består av *Annika Sandelin*, operationssjuksköterska och utbildningsledare Karolinska universitetssjukhuset och Karolinska Institutet; *Maria Klahr-Wikström*, operationsjuksköterska och adjungerad klinisk adjunkt KK-operation, Danderyds sjukhus, *Marita Söderquist*, operationssjuksköterska Norrtälje sjukhus, *Veronica Ramirez Johansson*, operationssjuksköterska och utbildningsledare Karolinska universitetssjukhuset och Karolinska Institutet, *Åsa Hillenborg*, operationssjuksköterska Ersta sjukhus. Från och med i augusti ingår även *Susanne Koller* från Capio S:t Görans sjukhus.

välbesökt! De företag som var där var OneMed, Kebomed, Mölnlycke Health care Medtronic, Smith & Nephew, Mediplast och Ethicon. Utifrån stämningen i och utanför lokalen samt de utvärderingsformulär som vi fick in konstaterar vi att vi hade en otroligt trevlig och lärorik dag tillsammans. Vad mycket nytt vi fick lära oss! Snart börjar planeringsarbetet inför vår studiedag 2019. •

Kostnadsfritt seminarium om standarder och operationskläder

Att förebygga postoperativa infektioner är viktigt inte bara för patientens hälsa och välmående, utan även av ekonomiska skäl då det annars kan innebära onödig och dyr eftervård. En av de tekniska kommittéer på Swedish Standards Institute, SIS, som skapar förutsättningar för en säker operationssjukvård är SIS/TK 333 Operationstextilier. Kommittén tar fram standarder för material som används i operationsplagg för att förhindra smitta mellan personal och patient under invasiva ingrepp.

Kommittén arbetar med europeiska krav för att säkerställa operationstextiliers medicintekniska funktion och verkar för att kraven leder till hög kvalitet, är anpassade till den svenska sjukvården och bidrar till ökad personal- och patientsäkerhet. Standarderna berör operationsmunskydd, specialarbetsdräkt, draperingsmaterial och operationsrockar.

Den 22 november 2018 hålls ett kostnadsfritt heldagsseminarium kring operationskläder på SIS vid Torsplan i Stockholm. Seminariet hålls med anledning av den nyligen publicerade svenska standarden för specialarbetsdräkt i flergångsutförande och tillhörande tillskärningsmönster (SS 8760164, SIS/TK 332 Sjukvårdstextilier) samt kommande reviderade europastandarder som ställer uppdaterade krav på operationstextilier i både engångs- och flergångsutförande (SS-EN 13795).

Information om SIS/TK 333 Operationstextilier finns att hitta på www.sis.se/TK333.

Är du intresserad av kommittéarbetet eller av att delta på seminariet den 22 november

så är du välkommen att höra av dig till projektledare Sarah Sim, sarah.sim@sis.se, 08-5555 2064.

Presentation av TORS

SERG's 9:e kongress, Lille, Frankrike, 14-16 juni, 2017

För ganska exakt ett år sen hade jag förmånen att få föreläsa vid SERG's 9:e kongress i Lille, Frankrike.

Det här var en konferens med fokus på robotkirurgi kopplat till gynekologi, hur kom det då sig att jag som jobbar med robotkirurgi inom öron, näsa hals blev inbjuden att tala?

SERG's styrelse hade i sin planering för denna kongress i Lille, bestämt att på programmet ha med något från andra specialiteter som också arbetar med robotassisterad kirurgi. Inbjudan som föreläsare kom från en operations-sjuksköterska som var styrelseledamot i SERG's och den kom sent hösten 2016, jag tänkte länge och väl innan jag tackade ja.

Det jag berättade om är svårt att göra kort.... Jag berättade med hjälp av bilder och hade i mina förberedelser tänkt som en resa med olika stopp, så det började med varför vi, ÖNH kliniken, Universitetssjukhuset i Lund gör TORS (trans oral robotic surgery). Vilka är fördelarna, jämfört med annan kirurgi, som t.ex. biopsier i tungbasen, som är svåra att nå men med TORS fås en helt annan åtkomst med instrumenten. För att göra det lite lättare att få en bild av vilka övriga ingrepp som görs visade jag några korta videofilmer av operationer. Idag gör vi följande operationer- Radikal



tonsillektomi- ger bättre marginal med robotassisterad kirurgi, reduktion av tungbashyperplasi, biopsi från tungbas- med robotassisterad kirurgi får man bättre åtkomst för biopsin, exisioner av tumör i tungbas samt supraglottisk laryngektomi. Jag berättade kort om fördelarna med TORS, t.ex. kortare vårdtid, mindre smärta för patienten och det kan också vara så att patienten slipper strålbehandling. I vissa fall kan man med detta ingrepp undvika att göra mandibelswing/mandibelsplit. "Resan" fortsatte med hur vi som operationssjuksköterskor planerar och förbereder arbetet inför dessa operationer. Den robot ÖNH kliniken använde då vid sina operationer är placerad på KK op.avd. så det är en del förberedelser och transport av all utrustning som behövs, även av den utrustning som ev. behövs ska tas med, inget lämnas åt slumpan. Operationssjuksköterskor är intresserade av vilka instrument och övrig teknisk utrustning som används så jag visade bilder på uppdukningar och en del instrument som inte används på alla specialiteter, t.ex. olika munspärrar. Var portar och instrument tillsammans med optik placeras, skiljer sig från andras verksamhet kan man säga, vi placerar alla

instrument via patientens munhåla. Detta betyder att anestesi och operation arbetar i samma område. Inte bara operationstekniskt skiljer det sig, det gäller även anestesi så jag hade förberett mig lite också med tanke på om det blev frågor efteråt. I stora drag berättade jag om hur patienten sövs, vad som är specifikt, t.ex. att vi suturerar tuben i kinden (insida). Några bilder visade positionering av patient och var medicin teknisk utrustning placeras i operationssalen. Omvårdnad av patient som är specifikt vid dessa operationer. Det är lättare att beskriva med hjälp av bilder så även här visades bilder på hur det ser ut. Tills sist berättade jag om de komplikationer vi haft och vilka egna erfarenheter jag fått.

Varför gjorde jag detta? Ja det kan man undra, mitt svar blir man ska ta de utmaningar och chanser man får, man lär sig och får ta reda på så mycket på vägen. Jag har ett arbete som jag tycker så mycket om, och ÖNH specialiteten ligger mig varmt om hjärtat, på något vis är det denna glädje och inspiration jag vill dela med mig av till andra. Jag hade inte fixat detta utan god hjälp från kollegor, ÖNH läkare och anestesiläkare som jag arbetar med.

Min man Nenne var med på resan och den dagen jag var på föreläsningar så var han och rekognoserade på stan, så vi tillsammans kunde ta "godbitarna" av Lille tillsammans. Jag fick goda råd inför resan och presentationen, tur var det, för bagaget var försvunnet på flygplatsen när vi landade i Paris. Tänk om USB minnet och allt det andra arbetet hade legat där. Nåja det ordnade sig precis i tid till tåget till Lille skulle gå! •

Fakta: Eva-Lena Isaksson, Anestesikliniken, intensiv och perioperativ vård, Centraloperation/ÖNH op, Universitetssjukhuset i Lund

EAES kongress, 29 maj – 1 juni 2018

Morgonen den 29 maj bar det äntligen iväg till London och EAES (European Association for Endoscopic Surgery). Kongressen hölls i jättearenan ExCel som ligger strax utanför stadskärnan. Första dagen registrerade vi oss och hämtade ut vår badge. På kvällen hölls invigningen där bland annat Professor George Hanna, Congress President 2018 höll tal. Därefter följde mingel med tilltugg och god dryck bland utställande företag.

Under den första dagen hann vi träffa Dr Peter Loogna som gick på en ultraljudskurs på närliggande hotell. Ultraljudsproben var liten och lättarbetad och hade den fördelen att man kunde koppla den till en bärbar device såsom en iPad eller iPhone. Man skulle kunna klä in proben i en steril påse och därmed lätt kunna arbeta med den i sterilt fält.

Dag 2

Andra dagen besökte vi mässan och posterutställningen. Vi besökte olika montrar och träffade företagsrepresentanter som berättade om sina produkter. Flera av utställarna var positiva till att vi var operations-sjuksköterskor, vilket vi tror att vi var ensamma om där. Vi fick bland annat prova att operera i 3D-teknik, titta

på självrengörande optikhållare för laparoskop, samt olika produkter för att rena giftig diatermirök.

Redan innan vi åkte till London fick vi en inbjudan att delta på ett lunchseminarium i robotkirurgi. Den robot som presenterades är ny framtagen och ser lite annorlunda ut än den vi har på Sophiahemmet. Kameran styrs av operatörens ögonrörelser och har en haptisk funktion, häftigt! Bland annat kan den som opererar då känna motståndet i vävnaden vid suturering.

Vi hann även med lite turistande och besökte de vanligaste turistområdena som Tower Bridge, Tower och Buckingham Palace, där vi lyckades pricka in det årliga Garden Tea Party som Drottning Elizabeth II höll. Detta är ett tillfälle då allmänheten får besöka slottet och dess trädgårdar samt träffa sin regent, pampigt värre. Köerna för att närvara var gigantiska. Tyvärr hade vi för lite fjädrar för att få gå.

Vi tackar Riksföreningen för Operationssjukvård för det bidrag vi fick för att kunna åka på denna kongress. Det har varit lärorikt, spännande och roligt. Nästa år går kongressen i Sevilla i Spanien. •

FAKTA

Vill du söka Riksföreningens supportstipendium?

Syftet med Riksföreningens supportstipendium är att bidra till ett nationellt eller internationellt erfarenhetsutbyte. En möjlighet för föreningens medlemmar till ny kunskap, nya tankar och idéer som kan stimulera till utvecklingsarbete inom ditt arbetsfält eller till personlig utveckling.

Supportstipendiet är 20 000 kr och Riksföreningen för operationssjukvård kommer att dela ut ett antal supportstipendier på ett maxbelopp på 2 000 kr vardera. Ansökningarna behandlas i kronologisk ordning av Riksföreningen för operationssjukvårds styrelse vid nästkommande styrelsemöte.

OBS! Under perioden 1 juni - 1 september behandlas inga stipendieansökningar.





NYTT HOS
B. BRAUN MEDICAL

QUILL™

KNYTFRIA HULLINGSUTURER

Preoperativ förberedelse

– att tänka utanför boxen

Bakgrund, vid ortopediska operation är postoperativa sårinfektioner oftast orsakad av endogen smitta. En strategi för att minska antalet bakterier på huden är att patienten förbereder sig hemma och tvättar sig med klorhexidintvål. Postoperativa sårinfektioner orsakade av *Propionibacterium acnes* (*P. acnes*) har blivit ett allt mer väldokumenterat och uppmärksammat infektionsproblem världen över vid axeloperationer. Tidigare studier har visat att klorhexidinsprit inte eradikerar de på huden förekommande bakterierna. Syftet med den här studien var att se om förekomsten av *P. acnes* minskar på huden efter preoperativ förberedelse med benzoylperoxidgel (BPO) jämfört med klorhexidintvål (CHS). Vi ville även ta reda på hur huden rekoloniserats 120 min efter steriltvätt och drapering. Metod: En enkelblindad icke-kirurgisk studie med fyrtio frivilliga (24 män och 16 kvinnor) randomiserades till preoperativ behandling hemma med antingen 5% BPO eller 4% CHS på vänster axel. Fyra hudodlingar från området togs på ett standardiserat sätt vid olika tidpunkter. Före behandling, efter behandling, efter steriltvätt samt 120 minuter efter steriltvätt och sterildrapering. Resultat: Behandling med BPO reducerade avsevärt förekomsten av *P. acnes* mätt som Colony forming units (CFU) på huden efter preoperativ steriltvätt. *P. acnes* hittades hos 1/20 patienter i BPO-gruppen och 7/20 i CHS-gruppen ($p < 0.044$). Resultaten kvarstår efter två timmar ($p < 0.048$). Slutsats: reoperativ behandling med BPO före axelkirurgi kan vara effektiv för att minska *P. acnes* på huden och förhindra rekolonisation.

P. acnes är en grampositiv fakultativ anaerob bakterie (dvs. den kan även överleva aerobt) som tillhör hudens normalflora och finns framför allt i talgkörtlarna och hårsäckarna. Posto-

perativa infektioner efter axelkirurgi orsakade av *P. acnes* ökar över hela världen, likaså dess utveckling av antibiotikaresistens^{1,5,9}. *P. acnes* förmåga att bilda biofilm orsakar svåra infektioner som leder till reoperationer och långtidsanvändning av antibiotika. För att minska bakterierna på huden före operation är en strategi att patienten förbereder sig hemma med klorhexidintvål (CHS). Trots noggranna förberedelser med klorhexidin i 70% alkohol, har tidigare studier visat att klorhexidin inte tar bort *P. acnes* från huden. Från 7% upp till 50% av *P. acnes* finns fortfarande kvar på huden^{2,4,10}. Benzoylperoxid (BPO) är ett väldokumenterat preparat vid behandling av acnes vulgaris och har använts i mer än 50 år. Den baktericida effekten av BPO på *P. acnes* är väldokumenterad och har heller inte associerats med utvecklingen av *P. acnes* resistens^{3,6}. Syftet med den här studien var att undersöka om insmörjning med BPO kan minska förekomsten av *P. acnes* på den behandlade huden och jämföra det med dagens standard vid användning av CHS. Vi undersökte och jämförde även rekolonisationen av huden efter steriltvätt och drapering mellan BPO- och CHS- behandlade grupperna.

Material och metod

I den här enkelblindade studien deltog fyrtio stycken frivilliga, 24 män och 16 kvinnor i åldrarna 20 – 66 år. Om personen hade behandlats med antibiotika 10 dagar före studietillfället, hade diabetes, lokala hudbesvär eller stod på kontinuerlig kortisonbehandling blev de exkluderade från studien. Fyra stycken per tillfälle blev lottade till förberedelse med CHS eller BPO behandling. Studien var enkelblindad, dvs. de som gjorde studien samt odlade och läste av svaren visste inte vilken behandling deltagarna hade fått. En vecka före studietillfället fick deltagarna muntlig och skriftlig

information. Vid samma tillfälle togs även den första hudodlingen på den vänstra axeln (sample A).

De förberedelser som gjordes i respektive grupp var:

I BPO gruppen tog vi fram en behandlingsstrategi i samråd med hudläkare vad gällde koncentration på verksamt substans samt hur många gånger insmörjningen skulle ske för att minska risken för biverkningar som utslag, uttorkning och fjällning. Det ledde till att BPO gruppen fick påbörja sin procedur 48 timmar före studietillfället. Efter att de hade duschat smörjde de in sin vänstra axel med en 5 cm lång sträng av 5% BPO på torr hud, morgon och kväll. De upprepade proceduren följande dag, och den femte och sista insmörjningen gjordes på morgonen på studiedagen.

Enligt gällande PM för ortopediskt ingrepp förberedde sig CHS-gruppen med att dagen före studietillfället duscha vid 2 tillfällen med ett minimum av två timmar emellan med 4% klorhexidintvål på deras vänstra axel, vid varje dusch används 2 klorhexidinsvampar. På studiedagen genomfördes en dusch med ytterligare 2 klorhexidinsvampar. Det studieprotokoll som varje deltagare fyllde i för att konfirmera att det gjort varje insmörjning eller varje dusch, visade 100 % följsamhet. Vid varje studietillfälle placerades 4 stycken deltagare på var sitt bord i samma operationssal med laminärt flödestak (LAF) med överkroppen innanför LAF-cirkeln. Före den preoperativa steriltvätten togs nästa hudodling från den behandlade axeln (sample B). Vid samma tillfälle togs även en odling från den andra axeln som fick utgöra en egen kontrollgrupp. Efter steriltvätt i 2 minuter på den behandlade vänsteraxeln med 0.5% klorhexidinlösning i 70% sprit samt sterildrapering togs ytterligare en hudodling (sample C). Den sista

odlingen togs 120 minuter efter steril-
tvätt och sterildrapering (sample D)
(Tabell 1).

Hudodlingarna togs genom att
gnugga en E-swab pinne 15 gånger
över ett 10 cm deltopektoralt snitt.
E-swabpinnen sattes omedelbart ned
i sitt medium och inom 30 minu-
ter transporterades odlingarna till
mikrobiologen där de vortexades i
10 sekunder för att sedan odlas ut på
anaeroba blodagar plattor utan anti-
biotika, och blev sedan placerade i en
anaerobisk inkubator. Efter 5 dagar i
inkubatorn räknade vi antalet colony
forming units (CFU) och delade in
dessa data i 5 grupper.
(Tabell 2).

Bakteriekolonierna identifierades
utefter karaktäristiskt utseende, men
för att säkerställa *P. acnes* användes
MALDI-TOF som är en mikrobiolo-
gisk metod där du med masspektro-
metri gör en artbestämning, en form
av fingeravtryck av bakterien som
jämförs mot en databas med kända
bakteriers fingeravtryck. Analyserna
var blindade och genomfördes av för-

ste författaren. Koden bröts efter det
att analyserna var genomförda.

Resultat

Före behandling (sample A), kunde vi
identifiera *P. acnes* i 38 av 40 fall, det
var ingen signifikant skillnad i antalet
CFU mellan grupperna. Förekomsten

av *P. acnes* minskade efter behand-
ling i BPO-gruppen (Figur 1 A), men
inte i CHS-gruppen (Figur 1B). Efter
steriltvätt (sample C) kunde vi endast
finna CFU av *P. acnes* i 1 av 20 i
BPO-gruppen, jämfört med 7 av 20 i
CHS-gruppen vilket gav en signifikant
skillnad ($p=0.044$, Fig 2).

Tabell 1 Flödesschema över odlingarna

Sample	Tillfälle	
A	Före behandling, en vecka innan studie	
B	Studiedag, efter förberedelse hemma	Kontroll: Höger axel, obehandlad
C	Efter steriltvätt och sterildrapering	
D	120 min efter steriltvätt och sterildrapering	

Tabell 2. Gruppering av colony formingunits (CFU).

Grupp	0	1	2	3	4
CFU	0	1-15	16-100	>100<1000	>1000

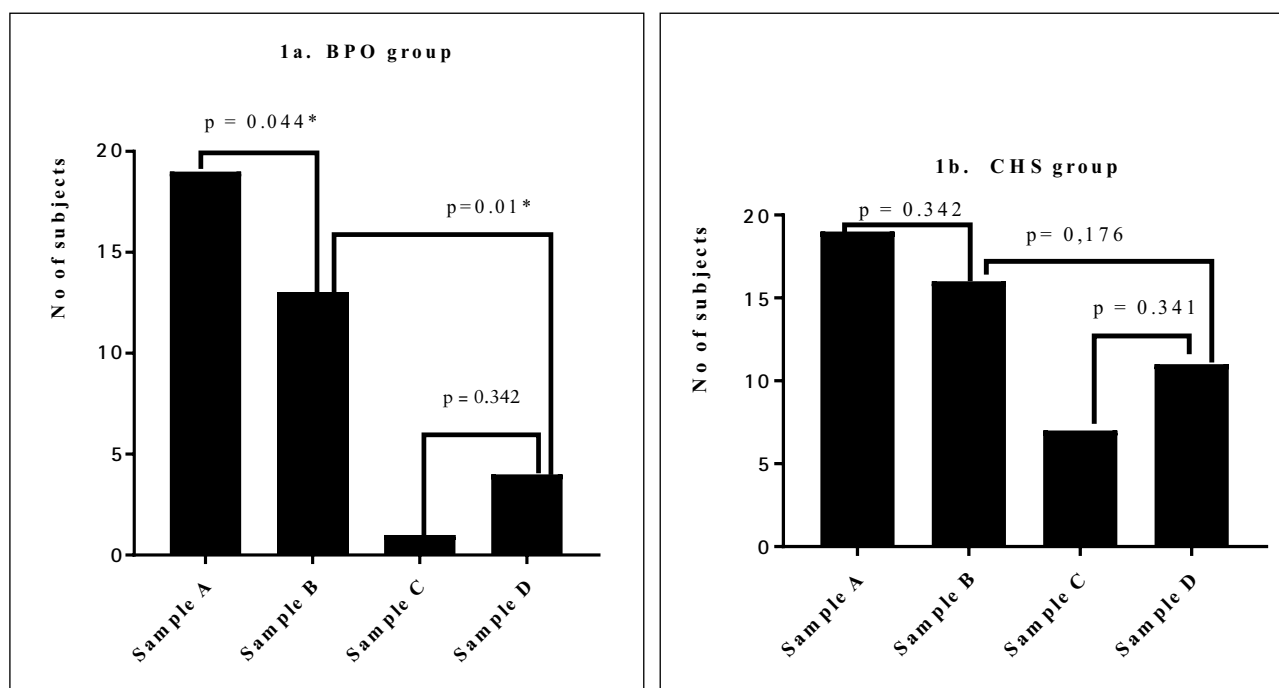
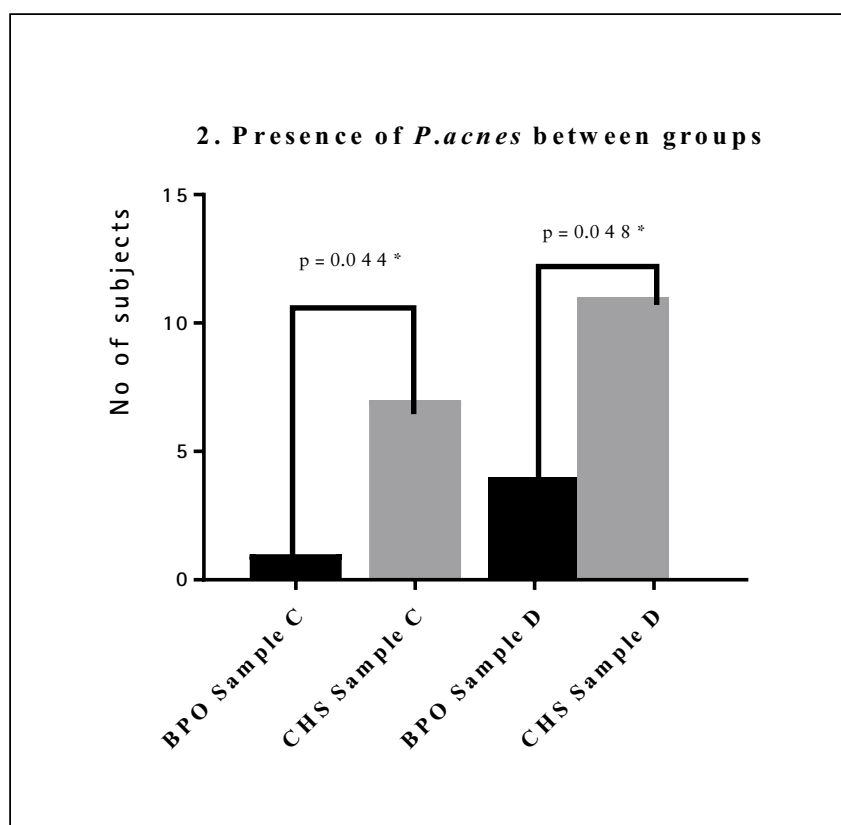


Figure 1 Hudodlingarna var analyserade från den behandlade vänsteraxeln och förekomst av *P. acnes* (ja eller nej) presenteras i benzoylperoxid (BPO) - gruppen ($n=20$) (A) och i klorhexidintvåls (CHS)-gruppen ($n=20$) (B). Odlingsschema, se Tabell 1.
*statistiskt signifikant.



Figur 2 Hudodlingarna från den vänstra behandlade axeln var analyserade, och reduceringen av *P.acnes* i den benzoylperoxidbehandlade (BPO)-gruppen (n=20) jämfördes med de i den klorhexidintvåls (CHS)-behandlade gruppen (n=20). Tiden för odlingarna beskrivs i tabell 1.

*statistiskt significant.

Även två timmar efter steriltvätt och drapering var det en signifikant lägre förekomst av *P.acnes* i BPO-gruppen jämfört med CHS-gruppen ($p=0.048$ fig 2). Det var ingen skillnad i förekomst av *P.acnes* före steriltvätt (sample B) och efter två timmar (sample D) i CHS-gruppen (Fig. 1,B) i kontrast till BPO-gruppen (Fig 1 A). Det totala antalet CFU, som kan innehålla andra bakterier än *P.acnes*, minskade efter BPO-behandling ($p = 0.035$), men inte efter CHS behandling ($p = 0.284$).

Diskussion

Vi har visat att vid behandling med BPO minskar förekomsten av *P.acnes* signifikant efter preoperativ behandling och att resultatet står sig även 2 timmar senare. Vi kunde detektera *P.acnes*, både på den behandlade axeln (92,5%) och på kontrollaxeln (95%). I andra studier varierar det mellan 42% - 76%^{7,10}. Att vi odlade på friska frivilliga individer är troligen inte förklaringen till att vi kunnat odla fram *P.acnes* i så hög grad. Inte heller könsfördelningen eller ålder har skilt sig åt i vår studie jämfört med tidigare studier. En mer trolig

förklaring är metoden vi använt för att odla på huden. Faktorer som kan påverka resultatet av en hudodling är området som blir odlad, trycket på odlingspinnen, duration samt frekvens, vilket kan göra att jämförelser mellan studier kan bli svårt.

Det kan vara besvärligt att odla fram *P.acnes* från huden – behandlad eller obehandlad – då bakterien finns nere i talgfolliklarna. Därför gjorde vi innan den här studien en pilotstudie där vi jämförde olika metoder och tekniker för att odla på huden. Den pilotstudien resulterade i metoden vi har använt i den här studien.

I en del studier är *P.acnes* mer förekommande hos män, något som vi inte fick fram i vår studie. Det kan vara ett resultat av en indirekt observation då postoperativa infektioner med *P.acnes* är mer förekommande hos män, medan andra studier som använt hudodlingar inte har fått fram någon skillnad mellan könen. Dermatologiska studier har indikerat att den snabba effekten av BPO gör att 2 dagars förberedelse med BPO kan vara tillräckligt, detta för att

minska risken för biverkningar som utslag, uttorkning och fjällande hud. Biverkningar är vanligast i början av behandlingen och kan vara en riskfaktor vid generell behandling av BPO i samband med axeloperationer. Ingen av de 40 deltagarna i vår studie fick några biverkningar.

Ett intressant fynd var att CHS-gruppen inte visade någon skillnad i förekomst av *P.acnes* före steriltvätt, jämfört med odlingen tagen 2 timmar efter steriltvätt och drapering (Fig. 1,B), BPO-gruppen visade en signifikant minskning (Fig. 1,A). Då längden på operationen är en riskfaktor för postoperativ sårinfektion är det bekymmersamt att det steriltvättade och sterildraperade området efter 2 timmar har lika mycket förekomst av *P.acnes* som en obehandlad axel i CHS-gruppen. Det finns brister i vår studie, att använda sig av friska frivilliga kanske inte speglar den förväntade effekten hos axelpatienter som vanligtvis är äldre och har flera grundsjukdomar. De kan ha en annan bakterieflora och reagera annorlunda på BPO. En större studiepopulation kunde ha visat skillnad även i CHS-gruppen, men våra fynd stämmer väl överens med tidigare studier^{4, 8, 10, 11}. Kvantifiering av bakterier som finns på huden har ofta använts som ett mått på risk för postoperativ sårinfektion, men hur väl det verkligen överensstämmer med verklig risk för infektion är inte särskilt väl studerat.

Sammanfattning

Den här studien visade att det var en signifikant skillnad mellan BPO-gruppen och CHS-gruppen efter steriltvätt och sterildrapering, och att resultatet var det samma efter två timmar. Hudodlingarna ger oss en bild av bakterierna på huden - om det har någon korrelation med postoperativ sårinfektion vet vi inte. Den mest troliga förklaringen till vårt resultat är att BPO påverkar *P.acnes* i dermis och därmed minskar rekoloniseringen av huden. Utifrån detta resultat kan preoperativ förberedelse med BPO-kräm inför axelkirurgi vara ett effektivt sätt att minska risken för postoperativ sårinfektion orsakade av *P.acnes*. •

Fakta: Vendela Scheer Operationssjuksköterska vid Ortoped/Ryggoperation, Universitetssjukhuset i Linköping, Doktorand vid IKE (institutionen för klinisk och empirisk forskning Hälsouniversitetet i Linköping).

Vill du läsa artikeln i sitt original:
Scheer VM, Bergman Jungstrom M, Lerm M, Serrander L, Kalen A. Topical benzoyl peroxide application on the shoulder reduces Propionibacterium acnes: a randomized study. J Shoulder Elbow Surg 2018; 10.1016/j.jse.2018.02.038

Referenser:

1. Achermann Y, Goldstein EJ, Coenye T, Shirliff ME. Propionibacterium acnes: from commensal to opportunistic biofilm-associated implant pathogen. Clin Microbiol Rev 2014;27:419-440. 10.1128/CMR.00092-13
2. Falk-Brynhildsen K, Soderquist B, Friberg O, Nilsson UG. Bacterial recolonization of the skin and wound contamination during cardiac surgery: a randomized controlled trial of the use of plastic adhesive drape compared with bare skin. The Journal of hospital infection 2013;84:151-158. 10.1016/j.jhin.2013.02.011
3. Kircik LH. The role of benzoyl peroxide in the new treatment paradigm for acne. Journal of drugs in dermatology : JDD 2013;12:s73-76.
4. Lee MJ, Pottinger PS, Butler-Wu S, Bumgarner RE, Russ SM, Matsen FA. Propionibacterium Persists in the Skin Despite Standard Surgical Preparation. The Journal of Bone & Joint Surgery 2014;96:1447-1450. 10.2106/jbjs.m.01474
5. Leyden J, Levy S. The development of antibiotic resistance in Propionibacterium acnes. Cutis 2001;67:21-24.
6. Leyden JJ, Del Rosso JQ, Webster GF. Clinical considerations in the treatment of acne vulgaris and other inflammatory skin disorders: focus on antibiotic resistance. Cutis 2007;79:9-25.
7. Matsen FA, 3rd, Butler-Wu S, Carofino BC, Jette JL, Bertelsen A, Bumgarner R. Origin of propionibacterium in surgical wounds and evidence-based approach for culturing propionibacterium from surgical sites. The Journal of bone and joint surgery American volume 2013;95:e1811-1817. 10.2106/JBJS.L.01733
8. Murray MR, Saltzman MD, Gryzlo SM, Terry MA, Woodward CC, Nuber GW. Efficacy of preoperative home use of 2% chlorhexidine gluconate cloth before shoulder surgery. J Shoulder Elbow Surg 2011;20:928-933. 10.1016/j.jse.2011.02.018
9. Patel A, Calfee RP, Plante M, Fischer SA, Green A. Propionibacterium acnes colonization of the human shoulder. J Shoulder Elbow Surg 2009;18:897-902. 10.1016/j.jse.2009.01.023
10. Phadnis J, Gordon D, Krishnan J, Bain GI. Frequent isolation of Propionibacterium acnes from the shoulder dermis despite skin preparation and prophylactic antibiotics. J Shoulder Elbow Surg 2016;25:304-310. 10.1016/j.jse.2015.08.002
11. Saltzman MD, Nuber GW, Gryzlo SM, Marecek GS, Koh JL. Efficacy of surgical preparation solutions in shoulder surgery. The Journal of bone and joint surgery American volume 2009;91:1949-1953. 10.2106/jbjs.h.00768

Kunskap in, bakterier ut.

CRC
medical

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

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

www.crcmed.com





Ortopedoperation, US i Örebro

Vad heter du? Marie Malmström.

Vilken operationsavdelning jobbar du på? Ortopedoperation, Universitets-sjukhuset i Örebro (USÖ).

Hur länge har du jobbat på avdelningen? 38 år.

Hur länge har operationsavdelningen funnits till? Nuvarande operationsavdelning har funnits sedan 1997.

Hur många operationssjuksköterskor jobbar på din arbetsplats? Vi är 12 operationssjuksköterskor.

Vilka yrkeskategorier har ni på din operationsavdelning? Operationssjuk-

sköterskor, operationsundersköterskor och vårdnära service.

Hur många operationssalar har ni på avdelningen? Vi har 4 operationssalar på operationsavdelningen (två med laminärt luftflöde och två med deplacerande luftflöde) och 1 på ortopedmottagningen.

Vilka opererande kliniker är representerade på operationsavdelningen? På USÖ finns 10 opererande kliniker.

Använder ni WHO:s checklista för säker kirurgi? Ja.

Praktiserar ni fika- och lunchavlösning under pågående operation? Vi

försöker undvika det, men avlöser varandra på långa operationer.

Har ni nedskrivna rutiner för nedräkning av framtaget material? Ja.

Brukar ni som rutin följa med och rapportera patienten till postoperativa avdelningen? Nej, men planer på detta har funnits.

Vad är det bästa med din operationsavdelning?

Bra kamratskap, spännande utveckling, bra ledarskap. •



Karin Åhlén, Ingrid Hidman och Sofia Pettersson

Säkerhet i arbetet - Kirurgisk rökevakuerig blir lagstadgat

Kirurgisk rökevakuering blir ett måste i operationsrummen! Kan detta vara sant? Ja, i USA och i staten Rhode Island. Guvernör Gina Raimondo har skrivit under ett lagförslag som träder i kraft 1 januari 2019. AORN har varit en aktiv part som har hjälpt till att driva igenom att varje operationsrum i Rhode Island ska inneha rökevakueringsystem för att förbättra arbetsmiljön för operationssjuksköterskor och medarbetare.

AORN skriver: *"Surgical smoke is a dangerous and unnecessary occupational hazard. Perioperative nurses deserve a safe workplace, and AORN will continue to lead nationwide efforts to protect patient and health care worker safety by ensuring operating rooms are smoke free."* (Författarens översättning, "Kirurgisk rök är en farlig och onödig risk att utsättas för i arbetet. Perioperativa sjuksköterskor förtjänar en säker arbetsplats, och AORN kommer fortsätta att leda rikstäckande ansträngningar för att skydda patient- och sjukvårdspersonalens säkerhet genom att säkerställa att operationsrum är rökfria").

Ett viktigt beslut är taget i Rhode Island USA. Där kan operationssjuksköterskor se framemot en rökfri arbetsmiljö efter årsskiftet. Tänk vilka fina hälsosamma arbetsplatser det kommer att bli! När kommer vi i Sverige att få helt rökfria arbetsmiljöer? På många operationsavdelningar finns rökevakueringsystem men inte alla och inte till alla medicintekniska apparater därför är det viktigt att vi fortsätter med arbetet att få helt rökfria arbetsmiljöer!

Annika Sandelin, RFop, kvalitetsråd



Effektiva barriärer mot smittspridning och säker infektionskontroll. Halyard draperingar, operationsrockar, uppdukningssat, munskydd och packskynken bidrar aktivt till att förhindra spridning av smittämnen.

Halyard har tidigare varit en del av Kimberly-Clark, men är sedan 2014 ett separat bolag och idag marknadsledande inom olika produktområden för infektionsprevention.

För att säkerställa leveranser i rätt tid lagerhåller vi på Vingmed produkter i vårt egna lager i Järfälla utanför Stockholm. Och flera år i rad har vi fått toppbetyg vad gäller service och leveranssäkerhet i våra årliga kundundersökningar.

Kontakta oss för mer information.

Infektionsprevention
alltid nära dig.



Vårens styrelsemöte i Gent

EORNA hade styrelsemöte i Gent, Belgien den 4 - 5 maj, 2018. Under detta möte var det många val bl.a. till posterna som President och Vice-President. Kongressen i Haag diskuterades, liksom hemsidan som ska förnyas och den perioperativa sjuksköterskans dag 2019.

Vi träffade de norska EORNA-representanterna på flygplatsen i Bryssel och vi tog tillsammans tåg, i 60 minuter, till Gent, som ligger i Flandern. Gent grundades år 631 och Karl den store anlade en flottstation, för att skydda området från vikingarna. Gent har en hamn med förbindelse via kanaler till Atlanten, Staden är en

mycket vacker medeltida stad med en stor borg från 1180. De gamla husen står utmed kanalen, där vi fick en fin sightseeing-tur med båt. Gent har också ett universitet från 1816 och det är många studenter i staden. Cirka 250 000 människor bor i Gent.

Styrelsemötet startade med att Maria Loureiro och Peter de Gang, från VVOV, den flamländska operations-sjuksköterskeföreningen, hälsade alla hjärtligt välkomna till Flandern och till det kommande mötet. Belgien har två föreningar: den ena från den flamländska delen och den andra, AFISO, är från den fransktalande delen i Belgien. Därefter hälsade President May

Karam, Frankrike, oss välkomna till styrelsemötet. Det var 17 länder som var representerade vid mötet, det var flera som tyvärr inte kunde närvara denna gång bland annat pga. kongresser i det egna landet.

Mötet startade med val av de tidigare gjorda nomineringarna för president och vice-president. Omröstningen avgjorde att May Karam fick fortsatt förtroende som president de närmaste tre åren, det betyder att hon kommer att vara president i sammanlagt sex år. Vice presidenten kan inte väljas om, utan efter 3 år måste den personen stiga åt sidan till förmån för en annan vald vice-president. Det



EORNA:s styrelse



Annika Sandelin och Marie Afzelius

fanns två nominerade kandidater till vice president, Marija Juric, Kroatien och Dimitris Poulis, Grekland. Det blev Dimitris Poulis som med knapp majoritet valdes till ny vice president. Jana Wichsova från Prag, Tjeckien, kommer att lämna över och rapportera till Dimitris under höstens möte i november. Därefter diskuterades var kommande styrelsemöten kommer att hållas från hösten 2019. Under året har tre föreningar lämnat EORNA, dessa är Irland, Storbritannien och Tyskland.

Vi diskuterade "On the Move" den 9:e EORNA kongressen i World Forum, Haag den 16-19 maj, 2019 <https://eorna-congress.eu/congress/> och det kommer att bli spännande och intressant att få ta del av den. Kongresshallarna ligger några kvarter från Atlanten och det är mycket välorganiserat. Henk Folkertsma och Jeanine Stuart från Nederländerna arbetar intensivt med kongressen. Jaana

Perttunen från Finland är ordförande för kommittén som arbetar med det vetenskapliga programmet. Sänd gärna in abstrakt, som posters eller som muntligt föredrag!

EORNA kommer att konstruera en ny websida och den kommer att presenteras under hösten eller under vinterhalvåret.

Tema för Perioperativa sjuksköterskans dag 2019 (European Perioperative Nursing Day) har beslutats och det blev: "Perioperative nursing: We make the difference in O.R." Poster kommer att presenteras under hösten och kommer att finnas både på rfop.se och eorna.eu

Vi röstade också för var EORNA-kongressen 2021 ska arrangeras och det blev Stavanger i Norge som valdes. Den kongressen går av stapeln den 27 - 30 maj. Vi valde också kongressort för 2023 och det blev Sevilla i Spanien som vann det valet. Datum har vi inte ännu, men det kommer.

Rapport från IFPN, International Federation of Perioperative Nurses, meddelar att Mona Guckian Fisher, f.d. EORNA styrelsemedlem från Storbritannien, har blivit vald till IFPNs nästa President! Gratulerar Mona!

Planer finns att starta ett "exchange programme" med operationssjuksköterskor inom Europa via EDAC Committee, vi får hoppas att det blir så.

Det har också framkommit att i många europeiska länder råder stor brist på operationssjuksköterskor. Flera länder har påbörjat specialisering av sjuksköterskor till operations-sjuksköterskor t ex Belgien, Kroatien, Frankrike och Portugal. Israel har ingen brist på operationssjuksköterskor och de har i huvudsak manliga operationssjuksköterskor med hög lön.

Det var allt för denna gång, nästa EORNA styrelsemöte är i Haag i november, för att vi ska bekanta oss med kongresslokalerna inför den 9:e EORNA-kongressen! Tänk på att snart är det våren 2019 – så håll ögonen öppna för anmälningdatum på www.eorna.eu och sök de stipendium som finns att söka. ●



PNC

Fakta: Annika Sandelin och Marie Afzelius, EORNA-representanter för Riksföreningen för operationssjuksvård



Nya kollegor

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

Karolinska Institutet, VT 2018

Kursansvarig: Esmat Esmacil Zadeh

Lärare: Susann Edvinsson Larsson
och Annika Sandelin

Examinator: Veronica Lindström

Från vänster, första rad: Erzsebet Balogh, Natali Olausson, Elin Lindholm, Carina Eriksson, Nina Hjälms, Ida Anttila, Therese Evstedt, Shima Ghorbani, Solveiga Öberg, Anna Hoffert.
Från Vänster, andra rad: Lina Carlen, Ola Håkansson, Matilda Johansson, Adam Cederberg, Miguel Revuelta Ekström, Loise Bäckström, Anna Jansson och Robin Engström.

Saknas: Kristin Derland, Mari Edqvist, Linda Elm, Agneta Ericson, Gustav Rosman, Helena Sundström och Jenny Sunnman.



Karolinska Institutet



Linnéuniversitetet Växjö

**Linnéuniversitetet Växjö,
juni 2018**

Kursansvarig: Maria Qvistgaard

Från vänster, Amanda Mattisson, Hanna Drott, Titti Eriksson, Malin Schill, Madeleine Svensson, Anna Garmefelt, Susanne Tegeskog, Emelie Helmersson, Ida Sandin, Johan Klovhall och Maria Qvistgaard (kursansvarig).

Saknas: Ingrid Sundqvist och Madeleine Rydin.

Karlstads universitet, juni 2018

Kursansvariga: Ann-Catrin Blomberg och Cecilia Teledahl

Klinisk lektor: Catrine Björn

Övriga lärare: Elisabeth Edström, Jönköping och Ida Markström, Linköping

Beatrice Hammarin och Emma Hedlund, Gävle, Iryna Andersson, Sophia Arvidsson, Isabell Karlsson, Izabella Magyarovari, Pauline Oskarsson och Frida Stark, Jönköping, Hanna Carlsson, Madeleine Jansson, Frida Nordgren, Cecilia Tomsa, Sabina Wige och Matilda Kristoffersson,

Västerås, Anna Andersson, Edith Engvall, Thina Pettersson och Madeleine Skibniewski, Linköping, Robert Dagvall, Pernilla Lindqvist, Falun, Laylan Alipour och Kristoffer Larsson, Karlstad.



Karlstads universitet

Lunds Universitet, juni 2018

Kursansvarig: Sofia Hemle Jerntorp
Examinator: Birgitta Å Gustafsson

Bakre raden från vänster, Pernilla Nilsson, Rungravee Blixt, Anette Kühme, Anna Ottosson, Jasmin Ginsburg, Isabelle Hasselnäs, Matilda Bengtsson, Stefanie Baومت, Angela Mikkelsen. Andra raden från vänster, Charlotta Skoog, Lydia Funck, Camilla Larsson, Caroline Lindberg, Jenny Wikander, Petra Gellerhorn Andersson, Sofia Nilsson. Främre raden från vänster, Tsogzolmaa Daram, Pernilla Lidén, Sara Dittlau, Emil Oskarsson, Aleksandra Ivchenkova och Camelia Costache.

Saknas: Hanna Holmgren.



Lunds Universitet



Distriktsamordnarträff

23 maj i Stockholm

Närvarande: Lotta Olsson Värmland, Mi Sundberg Gävleborg, Karin Klarin Västerbotten, Inger Karlsson Jönköping, Eva-Lena Isaksson och Anette Brkic Skåne, Åsa Eneqvist Gotland, Andreas Tullsson Jämtland, Susanne Reuterberg Göteborg, Carina Wallin och Veronica Ramirez Johansson, Stockholm.

Mötet öppnas med att vi hälsas välkomna av Lotta Olsson och vi har därefter en liten presentationsrunda för Susanne Reuterberg som är ny distriktsamordnare för Göteborg. Varmt välkommen Susanne!

Yvonne Törnqvist (redaktör för Uppdukat) får ordet och informerar om behovet av både nya redaktörer och hjälp med uppslag till tidningen. Två redaktörer har inom kort hoppat av sitt uppdrag och vi ombeds att fråga runt bland kollegorna om det är någon som är intresserad. Vi får frågan - *Vad vill vi läsa om i Uppdukat?* Alla i gruppen önskar gärna läsa mer om alla ombyggnationer av operationsavdelningarna på våra sjukhus i landet. Flera uppger intresse av att läsa om förkortad arbetstid såsom sextimmars arbetsdag. Vilka operationsavdelningar har infört det och hur fungerar det? Fler magisteruppsatser från våra nyexaminerade kollegor är trevligt att läsa om också.

Arbetsväxling

Ett ämne som är i ropet just nu är arbetsväxling (ex. undersköterskor utför arbetsuppgifter som vanligtvis operationssjuksköterskor gör) och detta vill vi veta mer om. *Var utförs detta? Vad säger cheferna och kollegorna om det?* Diskussionen fortsätter om arbetsväxling, och det förekommer på flera håll. RFop har med hjälp av bland annat Ann-Christin von Vogelsang och Birgitta Å Gustafsson skrivit dokumentet "Riksföreningen anser



Veronica Ramirez Johansson

Foto: Peo Sjöberg

och rekommenderar – om operationssjuksköterskans specialistkompetens för patientsäker vård i operationsrummet". Dokumentet finns på RFop:s hemsida. Att ersätta en specialist-sjuksköterska i operationssjukvård som har fyra års högskolestudier med personal som formellt sett endast har gymnasial utbildning tycker vi känns väldigt patientsäkert och obegripligt att det kan förekomma. Om diskussion skulle uppstå på era respektive arbetsplatser, stick då fram dokumentet under näsan på era chefer!

Vi kommer därefter in på hur vi ska kunna bli fler operationssjuksköterskor, är det många som slutar i yrket och börjar att arbeta med något annat? Varför? Är det på grund av låg lön eller dålig arbetsmiljö? Hur ska vi synas mer och kunna locka allmän-sjuksköterskor att specialisera sig inom operationssjukvård? Åsa berättar att hon har skickat ut information till allmänsjuksköterskorna på Visby lasarett om yrket och Inger informerar om traineeprogram. På många

håll får sjuksköterskorna nu betald specialistutbildning, bland annat inom Stockholms läns landsting, som nu storsatsar under två års tid att locka fler sjuksköterskor att specialisera sig inom framför allt anestesi- operations- och intensivvård.

Hygieniska rutiner

Sedan lämnar vi det ämnet och kommer in på hygieniska rutiner på våra respektive operationsavdelningar. Andreas undrar över hur vi gör vid robotkirurgi som är minimalinvasiv kirurgi- "dukar" vi upp innan patienten anländer till operationssalen eller samtidigt? Vad finns det för evidens att man bör göra det i förväg? Vi diskuterar även användning av hjälm/dok? Var finns evidensen? Oavsett evidens så ska de lokala rutinerna följas, och vi är alla överens om att det brister i mycket och mycket när det gäller följsamhet till hygienrutiner.

Det är också svårt att göra sin röst hörd som operationssjuksköterska, trots att det är vi som besitter spe-

cialistkunskaper i hygien. Många av oss har chefer som inte är operations-sjuksköterskor, varav våra intresseområden inte bevakas. Det innebär att exempelvis hygienfrågor eller operationssjuksköterskans arbetsmiljö hamnar i skymundan. Vi kan också konstatera att som operationssjuksköterska genomför vi sista momentet innan operationsstart (huddesinfektion och sterildrapering) och detta kan upplevas stressande för många kollegor. Det känns ibland som att vi inte ges tid till dessa moment. Trots att anestesiförberedelseiden har varit väldigt lång upplever flera utav oss att vi känner oss stressade att arbeta snabbare med våra moment. Vi skulle vilja ha en mätning av operationsförberedelseiden i vårt operationsprogram, där vi kan påvisa hur lång/kort tid våra arbetsmoment verkligen tar.

Veronica visar ett fiskbensdiagram (Edminston, 2014) som Ida Markström hade med i sin presentation på Regional studiedag för operations-sjuksköterskor i Stockholmsregionen. I det diagrammet fanns många faktorer (pre- intra- och postoperativa) som kunde bidra till förekomst av post-

perativa sårinfektioner. Däribland fanns både dörröppningar och klädsel med, som svar på Andreas fråga om uppdukning och dok. Evidensen finns inte för de enskilda faktorerna, men det finns evidens för att exempelvis dörröppningar leder till ökat antal CFU/m³ som i sin tur kan leda till postoperativ sårinfektion.

Vi spinner vidare på våra rutiner och kan konstatera att vi faktiskt gör väldigt olika när det gäller många saker, exempelvis förbandsläggning. Rengör vi såret innan förbandet appliceras? En förbandssort kallad Pico omnämns (engångssystem för sårbehandling med undertryck) som exempelvis används efter kirurgi i ljumskar. Flera har upplevt att patienterna tenderar att få blåsor vid användning av Tegaderm. Merpillex border är också ett förband som omnämns som välfungerande, vilket är ett antimikrobiellt skumförband.

Ordförande gästar

Därefter gästar Kristina Lockner (ordförande) mötet och uppdaterar oss vad som är på gång i riksföre-

ningen just nu. Vi återupptar diskussionen om arbetsväxling och frågar Kristina hur det går nationellt med denna fråga. Hon berättar vidare att detta har tagits upp ibland annat SFAI (Svensk förening för anestesi- och intensivvård) och Spesak (specialistsakkunniga inom olika ämnesområden i SLL) för att tydliggöra rollbeskrivningen för de arbetsuppgifter som utförs på en operationssal och för att dessa ska utföras av medarbetare med rätt kompetens för uppgiften. Vi uppmanas att höra av oss till RFop om arbetsväxling skulle komma på tal i våra respektive distrikt, för att kunna få stöd av riksföreningen.

Tiden går fort när man har roligt, och vi har diskuterat mycket under dagen. Vi konstaterar att vi gärna önskar träffas två gånger per år- vår och höst. Vi önskar också mer kontakt med styrelsen när det gäller kärnfrågor. Vi funderar också på om vi bör strukturerar upp våra möten med några standardfrågor som alltid ska tas upp såsom kvalitetsarbete på operationsavdelningen, personalvård, bemanning och utbildning? •



QuickSuite
– skyddar och håller torrt

MEDI PLAST

Mediplast erbjuder QuickSuite
Ett allt-i-ett bäddset som skyddar operationsbordet och har en unik, behaglig och högabsorberande yta som alltid känns torr.

Kunskap gör skillnad – kontakta oss för mer information!
Mediplast AB | Tel 020 - 78 80 35 | mediplast.info@mediplast.com



Nätverksträff

Örebro,
18 april 2018

Text: Inger Andersson, distriktsamordnare Örebro

I april träffades 35 operationssjuksköterskor vid operationsavdelningen på Karlskoga Lasarett. Det är så roligt är att vi är så många som är engagerade och ser fram emot våra träffar. Förväntningarna från oss som inte har Karlskoga som arbetsplats var höga då det endast var ett halvår sedan den nya operation- och steriltekniska enheten invigdes.

Kvällens program var "Gammalt blir nytt" – vi lyssnade på Lena Jangentorp, avd. chef på operationsavdelningen och såg bilder från planering av ny operationsavdelning, byggnation parallellt med operationer i tillfälliga lokaler och nyinvigd operationsavdelning. Ett stort projekt som nu äntligen var i hamn! Ämnet "Non Latex eller Latex" – vi fick Information av Annette Wählin från Berner Medical om handskar och vad vi behöver tänka på i vårt arbete på operation.

Information från Riksföreningen med bl.a. engagemanget för Levnadsvanor i samband med kirurgi som nu

kompletterats med en patientbroshyr. Samtalen var många och det finns alltid mycket att prata om och diskutera. Många av samtalen var om attraktiva arbetsplatser och hur vi ska göra "reklam" för vår profession.

Avslutningsvis delades vi i tre grupper för att gå på en uppskattad rundtur i de nya moderna lokalerna. Vi konstaterade att vi alla önskade att få arbeta i stora, anpassade operationslokaler!

Tack till våra kollegor i Karlskoga för en trevlig kväll. Vi ser fram emot att träffa alla operationssjuksköterskor i Örebro om ett år. •





Foto: Peo Sjöberg

Kalmar, 9 maj 2018

Text: Marie Cervin Göransson, distriktssamordnare

Det här var första nätverksträffen i vårt distrikt på över 10 år. Inbjudan gick ut redan i slutet av februari till samtliga tre sjukhus i länet och till alla operationssjuksköterskor via mail och telefonsamtal med avdelningscheferna. Påminnelse skickades ut i april. Mötet anordnades på Kalmar läns-sjukhus och vi träffades i centraloperations lunchrum Café Operation, där vi åt en lätt middag, pratade, umgicks och fortsatte sedan in i konferensrummet.

Jag hade bjudit in två veteraner från föreningen, Catarina Augustsson och Anette Ernstson, som berättade om sitt engagemang i RFop och om föreningen i allmänhet. Vi fick höra hur föreningen bildades och att hela verksamheten drivs av engagerade eldsjälar som brinner för operationssjukvårdens utveckling. De berättade också om ett givande samarbete med sponsorer. RFop har t.ex. tillsammans med Swedish Medtech, tagit fram en certifieringsutbildning



Marie Cervin Göransson

för produktspecialister i "industrin" för att säkra deras arbete på operationsavdelningarna.

Kvalitetsrådet - tar fram rekommendationer och riktlinjer. Finns i skriften "Riksföreningen rekommenderar". **Vetenskapliga rådet** arbetar för och stöttar operationssjuksköterskornas forskning och för att säkerställa vår professions ansvarsområde och värde. I vissa verksamheter försöker man ersätta oss med någon utan specialistkompetens pga av att det saknas operationssjuksköterskor.

Man jobbar också tillsammans med andra yrkesorganisationer i projekt som t.ex. "Stark för livet, stark för

kirurgi", "Säker bukkirurgi", "Säker traumavård" etc. Projekt som bl.a. sponsras av Socialstyrelsen och LÖF. Andra ämnen vi berörde var arbetstider och utbildningar för just operationssjuksköterskor. **Stipendier** går att söka från RFop. Det kan vara allt från studier till mindre studiebesök. Finns mer information på hemsidan. **Höstkongressen** och **Hygienforum** på våren är de stora konventen som anordnas varje år. Nu till hösten har den svenska föreningen fått i uppdrag att anordna kongressen för hela Norden. Det kommer att vara ett riktigt bra program och alla uppmanades att gå.

Anette berättade om sitt arbete som sektionsansvarig på Karlskronas operationsavdelning och vad hon brinner och arbetar för. Vi fick också bra tips inför nästa nätverksträff på bra föreläsare och att bjuda in industrin som gärna vill vara med och föreläser. Det var fantastiskt roligt och givande att få träffas och nu bygger vi på en framtid där vi stärker oss som yrkesgrupp och lyfter vår värdefulla profession. Tanken är att nästa nätverksmöte blir till hösten och då förläggas till operationsavdelningen på Västerviks sjukhus i norra delen av länet. Varmt välkomna då! •

marie.goransson2@ltkalmars.se



Hygienforum 2018

Slutet av maj = Hygienforum på Hotell Sheraton i Stockholm!

Intresset för de vårdhygieniska frågorna ökar och det är så fantastiskt roligt att se och träffa alla deltagarna på 2018 års forum! Blandningen av yrkeskategorier operationssjuksköterskor, undersköterskor, hygiensjuksköterskor, hygienombud, anestesijuksköterskor, våra leverantörer m.fl. är det som gör forumet så unikt. Vi träffas, diskuterar och delar med oss av ny och beprövad erfarenhet.

I år fick vi uppdatera oss på nya aktuella standarder för rengöring och städ samt krav för transport, lagerhållning och hantering av sterila medicintekniska produkter. Mycket intressanta

ämnen som är aktuella oavsett vilken arbetsplats vi är på.

För oss på operation fick vi ta del av rutiner för kontinuerliga mätningar på våra operationssalar, frågan är; *kan vi i framtiden få nationella riktlinjer vad som gäller för olika ventilationstyper?* Föredrag om, patientsäkerhet och om att minska riskerna för postoperativa infektioner – hur förebygger vi? Det är så intressant att vi i Sverige har så många engagerade i förebyggande arbete!

Under pauser och lunchuppehåll träffade vi våra leverantörer och ta del av

information om aktuellt material och produkter.

Många och tankvärda funderingar och frågor kom upp under dessa två givande dagar som naturligtvis avslutades med Hygienforums paneldiskussion.

Första Hygienforum för vårt nya programråd

2018 års Hygienforum var premiär för vårt nya programråd som programansvariga och moderatorer, vi tackar för ett bra genomfört program och ser fram mot 2019!



Programrådet, Lotta Olsson, Ann-Sofi Mattsson och Anette Nyberg



Utställare

Att vara utställare på Hygienforum är bra. Det är många besökare i monterarna som alla visar ett stort intresse. De produktspecialisterna vi pratade med tycker att operationssjuksköt-

skor visar att de är intresserade av sitt jobb och ställer relevanta frågor.

De tycker också att Hygienforumet är välorganiserat och hålls i bra lokaler med bra placering av fika och mat.

Flera av dem passar även på att lyssna på föreläsningarna och tyckte att det var bra klass på det de lyssnat på.

Alla var rörande överens om att det varit ett lyckat möte. •





Stipendiater

Som medlem i Riksföreningen för operationssjukvård kan du söka vårt eget stipendium. Stipendiet erbjuder en möjlighet till ny kunskap, erfarenhetsutbyte, nya tankar och idéer som kan stimulera till utvecklingsarbete och personlig utveckling.

Till Hygienforum 2018 så delade vi ut tre stipendier till medlemmar och ett stipendium till en studerandemedlem. Se vad som drivit dem att söka och vad de tyckte om Hygienforumet.

Camilla Bengtsson

Hallands sjukhus, Varberg

Varför sökte du stipendiet: Programmet kändes spännande och intressant.

Vad tycker du om Hygienforum i år: Mycket bra föreläsare. Får med mig bra lärdomar hem.

Kristina Kaas

C-op, Danderyds sjukhus

Varför sökte du stipendiet: För att få en chans att gå på ett evenemang som detta, det ges inte så många möjligheter.

Vad tycker du om Hygienforum i år: Intressanta och givande ämnen och diskussioner.

Leila Gustafsson

Ortopedoperation, Mälarsjukhuset Eskilstuna

Varför sökte du stipendiet: Hygienfrågor är alltid aktuella och jag är intresserad av ämnet och att få ta del av nya rön

Vad tycker du om årets Hygienforum: Mötesdagarna har varit bra med olika perspektiv.

Ksenia Johansson

Student på specialistsjuksköterskeprogrammet inom operation på Sahlgrenska universitetssjukhuset. Ska börja arbeta på Östra sjukhuset.

Varför sökte du stipendiet: Jag vill utveckla mig vidare att arbeta systematiskt, evidensbaserat och med patienten i fokus samt kontinuerligt utveckla mig professionellt och leda andra människor i att förbättra sin verksamhet. Jag har stort intresse om operationssjukvård och sterilitet, är nyfiken och vill lära mig mer.

Vad tycker du om Hygienforum i år: Hygienforum hjälpte mig att öka mina kunskaper genom givande diskussioner med blivande kollegor. Ny kunskap, nya tankar och idéer stimulerar mig till personlig utveckling. •



Kristina, Leila, Ksenia och Camilla

NORNA



Photo: Erik.G.Svensson/mediabank.se/stockholm.com

Come together – Building Bridges in Perioperative Nursing

5th Norna congress 29 – 30 november 2018 in Stockholm, SWEDEN

Sedan starten 1964 har Riksföreningen för operationssjukvård arrangerat Höstkongress varje år och i år blir det för 54:e gången. I år är Höstkongressen tillika den 5:e Nordiska kongressen, Come together – building bridges. Kongressen inleds med ett välkomstmöte onsdagen den 28 november kl. 17.00 – 19.00 på Stockholm Waterfront Congress Center.

Kongressen kommer att innehålla intressanta föreläsningar med delvis parallella seminarium på svenska och engelska. Du får möjlighet att ta del av nya produkter på en stor medicinsk teknisk utställning och nätverka med kollegor från hela Norden under två hela dagar.

Tid och plats

29 – 30 november, torsdag och fredag, på Stockholm Waterfront Congress Center.

Anmälan

Anmälan görs på www.rfop.se under Höstkongress.

Deltagaravgifter:

Två dagar, 4 975 kr, exkl. moms

En dag, 2 975 kr, exkl. moms

Studerande, 2 550 kr, inkl. moms

Pensionärer, 1 500 kr, inkl. moms

Congress President

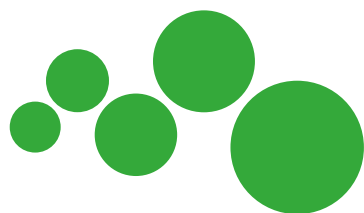
AnneMarie Nilsson, annemarie.nilsson@rfop.se

HÖSTKONGRESSEN
tillika den 5:e Nordiska kongressen

NORNA

POSTTIDNING B

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



Mölnlycke®



Johnson & Johnson

MEDICAL
DEVICES
COMPANIES



MEDI PLAST®

KEBOMED

Medtronic
Further. Together

CRC
medical

VINGMED

B | BRAUN
SHARING EXPERTISE

BERNER
Medical