

Uppdukat

Nr 3 september 2015 årgång 27



Spara pengar Med originalet.



Med hjälp av Aesculaps® högkvalitativa sterilcontainrar sparar du pengar. Även på kort sikt blir kostnaden för ditt nya containersystem lägre. Förvånad? Ta gärna kontakt med oss. Vi erbjuder ekonomiskt gångbara lösningar för sterilt gods.

Aesculap®. Originalet. Sterila containrar sedan 1971.

B | BRAUN
SHARING EXPERTISE

B.Braun Medical AB
Post: Box 110, 182 12 Danderyd, Sverige | Besök: Svärdvägen 21, Danderyd
Telefon +46 8 634 34 00 | Fax +46 8634 34 34 | www.bbraun.se

Utgivare

Riksföreningen för operations-
sjukvård ISSN 1101-5624.

Upplaga

2 200 exemplar. Tidningen
utkommer med fyra nummer
per år, till alla medlemmar
i riksföreningen och övriga
prenumeranter.

Prenumeration

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

Prenumeration via agentur
450 kr per kalenderår

Omslagsbild

*Taina Määttä, operation,
Helsingborgs lasarett*

Foto:

Ingrid Andersson

Annonser

annonsansvarig@rfop.se

Redaktion

*Kristina Lockner
Inger Andersson
Marie Afzelius
Ingrid Andersson*

**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 2015 årgång 27

Redaktionens ord...**sid 4**

Porträttet.....**sid 6**

Redaktionen tipsar...**sid 8**

Rengöring av huden
efter förslutning..**sid 10**

Operationssjuksköterskans
hantering av vassa instrument...**sid 13**

Förekomst av bakterier på
sugmunstycket under operation...**sid 16**

Hygienfrågan...**sid 18**

PRISS fortsätter!....**sid 20**

Stark för kirurgi, stark för livet...**sid 24**

Så här gjorde vi!
För att förbättra arbetsmiljön.....**sid 26**

Unik certifieringskurs för
medtechpersonal vid operation....**sid 28**

Föreningsnytt....**sid 30**



sid 30



sid 6

sid 13



sid 32



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



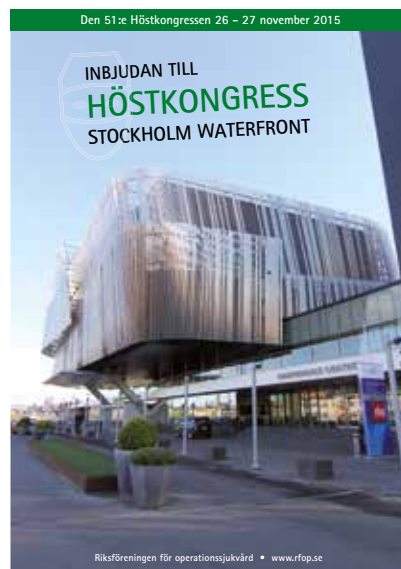
Jag hoppas ni alla haft några veckors semester med möjlighet att fylla på energi genom att göra det du gillar. Annars är sommaren den tid då sjukvården i allmänhet och operationssjukvård i synnerhet får mycket uppmärksamhet i media, dock sällan positiv sådan. Hur har sommaren varit på jobbet? Vill du skriva och berätta hur ni haft på er operationsavdelning, hör av dig till oss i redaktionen.

Nu startar andra halvlek på 2015 och ur föreningsperspektiv är det en spännande halvlek. Föreningen har under våren, tillsammans med Swedish Medtech, planerat en certifieringsutbildning för medicinteknikrepresentanter i operationsrum och på operationsavdelningar. Under utbildningen kommer bland annat skrivna och oskrivna regler som finns när man som medicinteknikrepresentant arbetar i anslutning till operations- och labbverksamhet. Från vår förening medverkar Annika Sandelin och Birgitta Å Gustafsson som utbildare och Veronica Dahlgren i sin roll som chefsjuksköterska och Kristina Lockner i sin roll som ordförande. Du kan läsa mer om denna utbildning i tidningen samt höra om den på Höstkongressen.

En annat viktigt projekt vi som föreningen går in i är, Stark för kirurgi, stark för livet. Regeringen beslutade i januari 2011 om ett uppdrag till Socialstyrelsen att stödja införandet av myndighetens nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder för tobaksbruk, riskbruk av alkohol, otillräcklig fysisk aktivitet och ohälsosamma matvanor. Svensk sjuksköterskeförening har fått medel av Socialstyrelsen för några aktiviteter under hösten 2015 och en av dessa är en workshop som genomförs av vår förening i samverkan med Riksföreningen för anestesi och intensivvård och Svenska Läkaresällskapets kirurgisektioner. Workshopen kommer att hållas den 16 oktober.

Som vanligt är en av årstidens höjdpunkt för föreningen, Höstkongressen och den är i år 26 – 27 november på Waterfront i Stockholm, kolla in programmet på hemsidan, det är många intressanta och aktuella föreläsningar och en stor utställning. Samma dagar arrangeras även den tredje chefskonferensen för chefer och ledare vid Sveriges operationsavdelningar.

I detta nummer kan du läsa flera olika artiklar som speglar EORNA kongressen som var i Rom i maj. Se bilder från vårt eget Hygienforum och läsa flera populärvetenskapliga artiklar. Vi har även en artikel från operationsenheten i Helsingborg som skrivit hur det jobbat med att förbättra sin arbetsmiljö i patientbytena, "så här gjorde vi". Vill du skriva hur ni har gjort eller gör hos er? Hör av dig till oss i redaktionen! Vad saknar du i tidningen? Hör av dig om det med så skapar vi tillsammans en attraktiv tidning. Nu önskar jag er en god läsning.



Den 51:a Höstkongressen

26 – 27 november 2015
Stockholm Waterfront

Vi har i år valt att hålla parallella seminarier på torsdagen. Inga förval behövs, dock är det begränsat antal platser i föreläsningssalarna så först på plats gäller.

Kom och lyssna på:

Operationssjuksköterskans patientsäkerhetsarbete

Professionens utvecklingsmöjligheter

Transplantation- och proteskirurgi

MOD – Mer organdonation

Nationella projekt för en ökad patientsäkerhet

.....och mycket mer.

Välkomna!



Nyhet!



Nu lanserar vi Operio sterilzonsaggregat!

- skapar en steril zon kring sårområde och instrument

Operio är ett mobilt sterilzonsaggregat med integrerat och fällbart assistansbord, avsett för användning i den sterila operationszonen. Med ett riktat ultrarent* luftflöde skyddar Operio både sårområde och sårnära sterila instrument mot luftburen smitta och bakteriebärande partiklar.



Operio kan användas i alla typer av operationssalar och vid alla typer av kirurgiska ingrepp.



Operio ersätter assistansbordet i operationszonen och tar ingen ytterligare plats.

* <5 cfu/m³ luft

Vid större kirurgiska ingrepp, komplettera med sterilbordet **SteriStay** för ett komplett skydd för all steril utrustning.

SteriStay
- säkra ditt beslut



Se filmen om luftburen smitta i operationssalen - och hur du skyddar din sterildukning:



www.toulmeditech.com



Toul Meditech AB · Tunbytorpsgratan 31 · 721 37 Västerås
Tel: 021-13 50 00 · info@toulmeditech.com · www.toulmeditech.com

toul
meditech



Porträttet

Anna-Pia Wennerholm

Anna-Pia Wennerholm får gestalta porträttet i Uppdukat nr. 3. Anna-Pia är en mjuk, glad, lugn och ödmjuk person som står med båda fötterna på jorden. Hon har koll på läget och är en utmärkt operationssjuksköterska. Fortbildning av klinisk verksamhet samt utbildning av nya operations-sjuksköterskor är frågor som engagerar.

Utbildning

Det var en ren slump att Anna-Pia utbildade sig till operationssjuksköterska, men det är det praktiska i yrket, tekniken och att det ständigt utvecklas som gör att hon fortfarande trivs med sitt yrkesval. Anna-Pia var klar med sin utbildning 1984. På den tiden hette utbildningen Hälso- och sjukvårdslinjen med inriktning mot operation, varade i två år och utbildningsorten var Gävle. Genom utbildningen fick man legitimation som sjuksköterska, men fick endast arbeta på operationsavdelningar, kirurgisk mottagning eller som det då hette långvården. Under åren har det sedan blivit några andra utbildningar, Handledarutbildning, Medicinsk teknik och olika vetenskapliga kurser i omvårdnad 90 hp med en kandidat- och en magisteruppsats. Lärandet finns med för Anna-Pia hela tiden oavsett om det handlar om högskole-utbildning eller enstaka kurser.

Arbete

På den tiden fanns det gott om operationssjuksköterskor men ont om arbete. Anna-Pia ville arbeta i Uppsala men fick inte något arbete på operation direkt, utan började arbeta på sterilcentralen några månader istället. Det var inte det hon ville utan det var ett sätt att ta sig in på arbetsmarknaden. Nu i efterhand kan Anna-Pia se nyttan med att ha arbetat på en sterilcentral och har fortfarande nytta av den erfarenheten idag.

Efter några år bar det iväg söderut och arbete i Helsingborg, Ängelholm samt kortare perioder i Lund. Sedan sju år tillbaka arbetar Anna-Pia på Operationsenheten på Helsingborgs Lasarett. Det är en centraloperationsavdelning med specialiteterna ortopedi, kirurgi, kärl, gynekologi, urologi och öron. Just nu är Anna-Pia mest intresserad av ortopedi och är placerad i den sektionen, men behåller samtliga specialiteter. Tidigare var alla operationssjuksköterskor runt på alla specialiteter och det har gjort att hennes kompetens blivit bred, nu har

det blivit mer spetskompetens inom respektive specialitet och det är kul.

Skillnaden på att vara operations-sjuksköterska nu och tidigare är att det har skett en enorm utveckling inom allt. Tidigare var organisationen som den var, nu ändras organisationerna ofta, i alla fall i Region Skåne är upplevelsen så. Nu finns det universitetssjukhus, akutsjukhus och närsjukhus i regionen, tidigare var det universitetssjukhus och sjukhus. Inom yrket är det mycket mer som en operationssjuksköterska måste hålla sig à jour med och sätta sig in i. Som till exempel att den medicinsk-tekniska utrustningen har "exploderat" i antalet apparater och varje specialitet har sin apparatur. Ett sätt för Anna-Pia att hålla sig uppdaterad och utvecklas inom yrket är att arbeta kliniskt. Hon tycker att det är bra att ha en bredd och kunna arbeta inom många specialiteter, men också tillfredsställelse att ha spetskompetens inom något område. Bredden kan skapa förutsättningar i oväntade situationer. Ett annat sätt är att fråga kollegor, reflektera över sitt arbete, att lära av varandra i arbetsgruppen, det finns mycket kunskap både hos erfarna och nya kolleger. Det viktiga är att inte luta sig tillbaka och tro att man kan allt, utan att vara nyfiken, lyssna och ställa frågor.

Anna-Pia är miljöansvarig på sin arbetsplats. För henne är det är viktigt att arbeta miljövänligt och att skapa förutsättning för återvinning. Det finns massor att göra och förbättra och vi måste vara rädda om vår miljö. Ett annat uppdrag är att arbeta med kompetensutveckling bland kollegerna. Det gör hon tillsammans med Annika

Jolfsson, som är anestesijuksköterska, genom att ta upp patientfall eller hän-delser i grupp. Ett aktuellt ämne tas upp och gruppen diskuterar vad som har hänt, hur det kunde ha gjorts istället och vad som är viktigt att tänka på. Vid dessa tillfälle leder Anna-Pia och Annika mötet genom att ställa nyfikna frågor och leda gruppen till reflektion. Målet på enheten är att 10 fall/år tas upp och diskuteras.

Engagemang

Anna-Pia brinner för lärande, fortbildning av kliniskt verksamhetsoperationssjuksköterskor samt utbildning av nya. Operationssjuksköterskeyrket är krävande och under ständig utveckling, det finns alltid ett behov av utbildning. En operationssjuksköterska blir aldrig fullärd och kan alltid utveckla och fördjupa sitt kunnande. I vårt samtal märks det mycket tydligt att Anna-Pia är intresserad av hur andra tänker och hon tar till sig nya saker genom att ställa nyfikna frågor och kan säga: ja, så har jag inte tänkt men det har du rätt i, så kan man också göra och det är rätt smart.

Om yrket

Anna-Pia tycker att det bästa med yrket är att det är ett mycket omväxlande och krävande arbete, där det alltid finns något att lära. Vid frågan om det finns några nackdelar svarar Anna-Pia att det nog är samma som i övriga vårderna, för mycket fokus på organisatoriska förändringar som är mycket energikrävande.

Hela vårt samtal genomsyras av Anna-Pias engagemang och humor. Skratret och leendet finns där hela tiden och hon verkar trivas jättebra med sitt yrkesval. •

Välkommen till den 3:e konferensen för chefer och ledare vid Sveriges operationsavdelningar.

Konferensen har föredrag med stor spännvidd inom ledarskap och patientsäkerhet. Du kommer bland annat att ta del av, Chefers förutsättningar för implementering av evidensbaserad praktik på operation, Vad säger den aktuella forskningen om den "goda arbetsplatsen"? och Utmaningar i operationsmiljö.

För hela programmet se rfop.se



Nyligen publicerad studie

Hand hygiene and aseptic techniques during routine anesthetic care - observations in the operating room.

Stora brister i handhygienen i operationssalarna, observationsstudie av handdesinfektion och aseptisk teknik.

Redaktionen vill tipsa om en publicerad studie där två av författarna är operationssjuksköterskor, doktor respektive doktorand och verksamma i Göteborg. Studien från Sahlgrenska akademien, Göteborgs universitet är nyligen publicerad och har fått stor uppmärksamhet inom vård- och forskarvärlden. Studien visar att användningen av handdesinfektion och aseptisk teknik vid känsliga vårdmoment i operationsmiljön är mycket låg.

Inger Andersson, redaktionen

Sammanfattning av studien

Text: Veronika Megeus, operations-sjuksköterska och doktorand vid Institutionen för vårdvetenskap och hälsa, Sahlgrenska akademien, Göteborgs universitet.

Observationsstudien är utförd på ett större sjukhus i Sverige och resultatet bygger på 2 393 observerade vårdmoment som kräver handdesinfektion och aseptisk teknik. Observationerna genomfördes i samband med invasiva procedurer såsom intubering, lokalbedövning och andra högriskmoment såsom inläggning av perifer venkateter och kateterisering av urinblåsa. Resultaten visar att den observerade personalen missade att sprita händerna i över 90 procent av tillfällena och att det är vanligare att spritvätta händerna efter ett vårdmoment än före. Lägst följsamhet var innan intubation av luftvägar (2.2%) och innan



Foto: Lisbeth Sjögren

Veronika Megeus

regional anestesi samt lokalbedövning (2.4%). Högst följsamhet återfanns efter insättning av kateter i urinbana (54.4%).

En överanvändning av handskar observerades också i studien där samma par handskar användes till flera vårdmoment. Av de vårdmoment som observerades användes rena handskar i 34 % av fallen. Studien beskriver också svårigheten att utföra handhygien enligt rutin eftersom vårdmoment kom tätt och många gånger överlappade varandra, speciellt under perioden från att patienten kommer in på sal till dess initialfasen av narkosen var avslutad. Under denna period var också följsamheten som lägst till handhygien rutiner. Det är dock viktigt att förtydliga att den låga följsamheten inte handlar om att

personalen är slarvig. Det handlar om att arbetsbelastningen är hög, det vill säga att många arbetsmoment ska ske under kort tid, men också om att personalen inte blivit tränade och utbildade på ett sätt så att spritning blir ett automatiserats beteende. Det "sitter inte i ryggraden" att personalen ska sprita sig innan man till exempel tar i en patient. Ibland kan det även handla om okunskap om vilka handlingar som bidrar till kontamination, till exempel att inte använda en sprittuss vid insättning av perifer venkateter om den tidigare tappats på golvet. Följsamheten skulle kunna förbättras med mer kunskap och träning, både i utbildningarna och i klinisk verksamhet. Vi tror på att strukturera arbetet i teamet på operationssalen på ett sådant sätt som minskar risken för onödig handkontamination. Det krävs ett interprofessionellt lärande i teamet på salen, och mer forskning krävs för att få kunskap om optimala förutsättningar för säker och aseptisk vård anpassad till operationsmiljön. •

Författare

Megeus V, Nilsson K, Karlsson J, Eriksson B, Erichsen Andersson A. *Hand hygiene and aseptic techniques during routine anesthetic care - observations in the operating room* Antimicrobial Resistance and Infection Control 2015; 4(1): 5.

Länk till artikeln: <http://www.aric-journal.com/content/4/1/5>



Oavsett dina prioriteringar BARRIER® operationsrockar täcker alla dina behov

Att välja rätt operationsrock är en balans mellan skydd och komfort.

Alla våra operationsrockar följer EN 13795: 2011, så du är garanterad rätt skydd.

Mölnlycke Health Care har införlivat ergonomiska faktorer i flera* av våra BARRIER® operationsrockar, inklusive:

ERGONOMISK



Axelveck



Ärmar som är riktade framåt



Långa ärmar

*Ultimate, FPP och Classic

Vill du veta mer om hur man väljer en operationsrock som täcker dina behov, kontakta din lokala Produktspecialist eller läs mer på www.molnlycke.se

Mölnlycke Health Care AB, Box 13080, 402 52 Göteborg.
Tel. 031-722 30 00. info.se@molnlycke.com

Namnet Mölnlycke Health Care och logotypen och BARRIER® är registrerade globalt och tillhör något av företagen inom Mölnlycke Health Care-koncernen. Copyright (2015).

BARRIER®

**MÖLNLYCKE
HEALTH CARE**

Rengöring av huden efter förslutning

- lämnas mikroorganismer kvar efter rengöring med natriumkloridlösning respektive klorhexidinglukonat?



*Maria Hansson, Maria Svensson,
och Per-Arne Svensson*

Fakta: Maria Hansson, Operationssjuk-sköterska, Centraloperation NÄL Trollhät-tan och Maria Svensson, Operationssjuk-sköterska, Centraloperation CLV Växjö.

Handledare: Per-Arne Svensson, Docent, Institutionen för Medicin, Göteborgs Universitet, Sahlgrenska Akademin och Monica Kelvered, Universitetsadjunkt, Göteborgs Universitet, Sahlgrenska Akademin.

Inledning

Ett av operationssjuksköterskans huvudansvar är att arbeta med infektionsprevention. En viktig åtgärd är att lämna operationssåret i så optimalt skick som möjligt och undvika att lämna kvar några mikroorganismer under det postoperativa förbandet. Efter avslutad operation rengör operations-sjuksköterskan huden omkring det kirurgiska snittet innan förbandsläggning och vid denna rengöring används olika preparat. Aktuell forskning beskriver inte vad som rekommenderas.

Bakgrund

Postoperativ sårinfektion är en av de tre vanligaste vårdrelaterade infektionerna (VRI) och kan orsaka patienterna mycket lidande. Ett aseptiskt förhållningssätt är grunden i operationssjuksköterskans infektionspreventiva arbete (Socialstyrelsen, 2006; Spry, 2015). När det kirurgiska ingreppet är avslutat och såret förslutet behöver huden kring det kirurgiska snittet rengöras från eventuella blod och vävnadsrester. Detta för att huden ska vara ren och torr, så att förbandet kan fästa bra samt för att skapa en optimal sår läkningsmiljö (Eide & Brekken, 2012). Det finns forskning som styrker positiva bakteriereducerande effekter vid användande av klorhexidinglukonat i samband med preoperativ hudinfektion (Adamina, Gié, Demartines, & Ris, 2013; Garcia, 2010). Det saknas dock forskning om vilket medel operationssjuksköterskan ska använda vid rengöring av huden kring det kirurgiska snittet, efter förslutning och innan förbandsläggning. Under utbildningstiden på Göteborgs Universitet, Sahlgrenska Akademien, har vi uppmärksammat att operationssjuksköterskor vid olika sjukhus och operationsavdelningar utförde rengöringen på olika sätt och med olika medel.

Vi har i samband med vår magisteruppsats genomfört en mindre studie, vars syfte var att jämföra vilken av två vanligt förekommande rengöringsmetoder (natriumkloridlösning 9mg/ml eller klorhexidinglukonat) som lämnade minst mängd mikroorganismer kvar på huden kring det kirurgiska snittet innan förbandsläggning. Två olika rengöringsmetoder utfördes på tio patienter varpå bakterieodlingar utfördes och antalet colony forming units (CFU) räknades.

Till studien valdes en experimentell design. Studien inkluderade tio patienter som skulle genomgå planerade laparotomier av kirurgisk karaktär.

Operationstiden skulle vara minst 60 minuter. Huden på ena sidan av operationssnittet rengjordes med natriumkloridlösning 9 mg/ml (NaCl) och huden på den andra sidan operations-snittet rengjordes med Descutan® 4 %, vars verksamma substans är klorhexidinglukonat (Fresenius Kabi, 2011). Därefter togs bakterieodlingarna med en steril odlingspinne. Utstryk gjordes på blodagarplattor som därefter förvarades i värmeskåp på bakteri-elaboratorium. Efter 24 timmar lästes resultatet av genom att räkna antalet CFU manuellt. Alla inblandade forskningspersoner hade fått muntlig och skriftlig information om studien och gett sitt samtycke till deltagande. Verksamhets- och avdelningschef gav sitt medgivande. Studien föll under ramen för högskoleutbildning på avancerad nivå och därmed krävdes inte något tillstånd av etikprövningsnämnden (Etikprövningsnämnden, 2015).

Signifikant skillnad mellan de två rengöringsmetoderna

Samtliga odlingar utförda efter rengöring med Descutan® 4 % resulterade i noll antal CFU. Odlingar efter rengöring med NaCl resulterade i ett större antal CFU (genomsnitt 6,2 CFU). Det fanns en statistiskt signifikant skillnad mellan de två rengöringsmetoderna ($p=0,007$, Wilcoxon signed rank test).

I studien användes parade observationer, vilket innebär att båda rengöringsmetoderna och odlingarna utfördes på samma patient. Detta gav en styrka till såväl metoden som resultatet då förutsättningarna var liknande. En begränsning i studien kan vara att vi

enbart valde att mäta antalet CFU. Det hade varit intressant att typbestämma CFU-kolonierna för att om möjligt analysera dess ursprung och vilken betydelse de har i infektionspreventivt syfte. Vår studie styrker hypotesen att rengöring med Descutan® 4 % reducerar antalet CFU avsevärt. Det är inte gott nog att enbart rengöra huden med NaCl, om syftet är att reducera antalet CFU kring det kirurgiska snittet innan förbandsläggning.

En begränsning med studiens resultat är att vi inte kan säga om reduceringen av antalet CFU innan förbandsläggning resulterar i mindre risk att en VRI uppstår. Skulle en framtida studie visa på ett sådant samband, skulle en enkel ändring i rengöringsrutinerna kunna innebära en vinst för såväl individ som samhälle. Samhällets kostnader för VRI uppskattades nyligen till runt 6,5 miljarder kronor per år. Andelen patienter inom den slutna vården som drabbades av VRI uppskattades till 9 % (Sveriges Kommuner och Landsting, 2014).

I en nyligen publicerad fallrapport från Turkiet styrks vikten av rengöring och desinfektion kring ett kirurgiskt snitt. Ett för tidigt fött barn drabbades av en antibiotikaresistent infektion i ett kirurgiskt snitt. Först rengjordes med povidon-jodid postoperativt men det hade dålig effekt. Då byttes till omläggningar två gånger dagligen med NaCl i det öppna såret och klorhexidinglukonat på den intakta huden omkring. Detta resulterade i att infektionen tämligen omgående läkte ut. I denna fallrapport noteras också att det finns ett behov av ytterligare

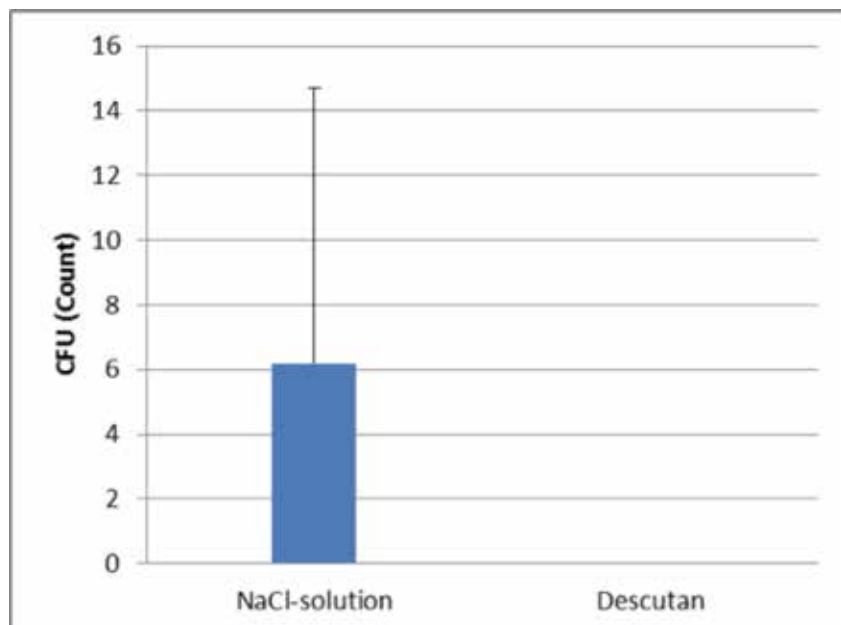


Figure 1. Antal CFU efter rengöring med NaCl respektive Descutan® 4%.

forskning för att utvärdera effekterna av klorhexidinglukonat i samband med sårvård (Sveriges Kommuner och Landsting, 2014; Tekgündüz, Kepenekli, Demirelli, Caner, & Kara, 2014). Klorhexidinglukonat har även visat sig ha effekt på vissa multiresistenta bakterier (DeBaun, 2008).

En del operationssjuksköterskor upplever att operationsförbandet fäster sämre efter att man rengjort med Descutan® 4 %. Hur stort detta problem är i verkligheten är svårt att utvärdera och skulle också kunna vara en fråga för framtida forskning.

Trots att klorhexidinglukonat använts länge, finns hittills inga tecken på resistensutveckling (Fresenius Kabi, 2011). Kan det vara något som ändå ska finnas med i åtanke? Kan en resistensutveckling hos mikroorganismer visa sig framöver? Finns det någon anledning att inte överanvända klorhexidinglukonat? Finns det någon risk för att upprepade rengöring skadar hudens naturliga barriär och orsakar mer skada än nytta för patienten? •

Slutsats

Studiens resultat visade en statistiskt signifikant skillnad mellan de två olika

rengöringsmetoderna (Figur 1). Rengöring med Descutan® 4 % efter förslutning av det kirurgiska snittet reducerade antalet CFU fullständigt jämfört med rengöring med NaCl där det lämnades kvar växt av CFU. Om reduceringen av CFU resulterar i mindre risk för patienten att drabbas av VRI kan vi inte veta. Framöver vore det önskvärt med en liknande fast fullskalig randomiserad interventionsstudie med uppföljning av hur många som drabbas av VRI. •

Referenser

Adamina, M., Gié, O., Demartines, N., & Ris, F. (2013). Contemporary perioperative care strategies. *The British journal of surgery*, 100(1), 38-54. doi: 10.1002/bjs.8990

DeBaun, B. (2008). Evaluation of the Antimicrobial Properties of an Alcohol-free 2% Chlorhexidine Gluconate Solution. *AORN Journal*, 87(5), 925-933. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.aorn.2008.02.001>

Eide, P. H., & Brekken, R. S. (2012). Akuta sår, förband och gips. In G. A. M. Dävøy, I. Hansen, M. Midenstrand & L. Törnqvist (Eds.), *Operationssjukvård: operationssjuksköterskans perioperativa omvårdnad* (pp. 267-280). Lund: Studentlitteratur.

Etikprövningsnämnden. (2015). *Vägledning till forskningspersonsinformation*. Retrieved 13 jan, 2015, from <http://www.epn.se>

Fresenius Kabi. (2011). *Klorhexidin desinfektionsmedel- egenskaper och användning*. Retrieved 6 jan, 2015, from <http://www.fresenius-kabi.se>

Garcia, R. (2010). Surgical Skin Antisepsis. In G. Allen (Ed.), *Infection prevention in the perioperative setting: zero tolerance for infections* (Vol. 5(2010):4, pp. 457-477). Philadelphia, Pa: Saunders.

Socialstyrelsen. (2006). *Att förebygga vårdrelaterade infektioner: ett kunskapsunderlag [Elektronisk resurs]*. Stockholm: Socialstyrelsen.

Spry, C. (2015). Infection Prevention and Control. In J. C. Rothrock & D. R. McEwen (Eds.), *Alexander's care of the patient in surgery* (15th edition ed., pp. 69-123). St. Louis, Missouri: Mosby/Elsevier.

Sveriges Kommuner och Landsting. (2014). *Vårdrelaterade infektioner- framgångsfaktorer som förebygger*. Retrieved 5 jan, 2015, from <http://webbutik.skl.se/sv/artiklar/vardrelaterade-infektioner-framgangsfaktorer-som-forebygger.html>

Tekgündüz, K. Ş., Kepenekli, E., Demirelli, Y., Caner, İ., & Kara, M. (2014). Combined treatment with chlorhexidine and 0.9% saline in a newborn infant with an infected surgical wound. *International Wound Journal*, n/a-n/a. doi: 10.1111/iwj.12381.



Välkommen att söka till post graduate-utbildningen för specialistsjuksköterskor inom operationssjukvård

Kursen bygger på operationssjuksköterskans kunskaper och kompetens. Utbildningen syftar till en ökad kunskap och fördjupning inom generella, men även specifika temaområden. Föreläsare är disputerade och/eller specialister med kompetens inom de aktuella områdena. Ämnesområden: arbetsledning, hygien, suturteknik, sårsläkning, instrumentvård, anatomi, forskning, teamarbete. Utbildningen anordnas av Anestesi- och operationskliniken, Universitetssjukhuset i Linköping. Kurstillfälle kan eventuellt ske på annan ort.

Kursansvariga: Anna Myhrman, anna.myhrman@regionostergotland.se, Anna Wårdell, anna.wardell@regionostergotland.se, Louise Almström, louise.almstrom@regionostergotland.se

För mer information och anmälan: www.vardgivarwebb.lio.se



Operationssjuksköterskans hantering av vassa instrument

AJ! Kniven går igenom de dubbla handskena och når huden utan större motstånd. Nej, nej, nej, inte just denna patient med blodsmitta! Jag vill ju under operationer hantera allt vasst med största försiktighet men... Jag såg aldrig kniven som kom rakt in i handen...

Operationspersonal är den yrkesgrupp inom vården som är mest utsatt för risk för blodsmitta. Under operation sker kontinuerligt hantering av vassa instrument vilket innebär stora risker för stick- och skärskador och således blodsmitta för personal.

Bland operationssjuksköterskor finns en önskan att arbeta så säkert som möjligt för att minska risken för smittöverföring och det finns metoder och hjälpmedel för att förhindra stick- och skärskador. Enligt direktiv från EU (2010), som trädde i kraft den 21 juni 2010, ska medlemsstaterna ha genomfört åtgärder senast 11 maj 2013 för säker hantering av vassa instrument.

För att förstå hur ett säkrare arbetssätt ska utvecklas var det relevant att undersöka hur operationspersonalen arbetar praktiskt i operationssalarna. Under specialistutbildningen till operationssjuksköterska genomförde vi en studie där vi observerade hur operationssjuksköterskor faktiskt arbetar under operation med stickande och skärande instrument. En strukturerad observationsstudie utfördes på Södersjukhuset i Stockholm. 18 operationssjuksköterskor observerades under 50 operationer.

Befintliga föreskrifter beskriver tydligt att stick- och skärskador ska undvikas samt att skriftliga instruktioner för hur detta ska gå till ska finnas på arbetsplatsen. Flertalet akutsjukhus i Stockholms län saknade vid tiden för studien skriftliga rutiner och riktlinjer för hantering av vassa instrument.



Suzanne Korsner Borg och Frida Runnqvist Larsson

Eftersom följsamheten till föreskrifterna är låg resulterar det i att operationspersonalen utsätts för onödiga risker. Bristen på riktlinjer resulterar i ett självstyrt säkerhetsarbete i operationssalen där säkerhetsnivån avgörs av den person som arbetar på sal och den personens riskbedömning av arbetet.

Bakgrund

Det inträffade mellan 5 000 och 10 000 stick- och skärskador under 2002 bland vårdanställda i Sverige och den genomsnittliga kostnaden för uppföljning och profylaktisk behandling efter en inträffad skada uppgår till 16,3 miljoner kronor per år. Den verkliga kostnaden är sannolikt mycket högre då kostnad för förlorad arbetstid och eventuellt minskad effektivitet på grund av psykisk belastning och oro inte är inkluderad i beloppet. Av de rapporterade skadorna som inträffade i Sverige 2002 involverar ungefär

60 procent kanyler. Övriga skador är primärt stick- och skärskador på suturnålar och skalpeller (Glenngård & Persson, 2009). Studier utförda i Sverige visar på en 40-procentig underrapportering (Carlsson & Lundberg, 2005). En av anledningarna till underrapportering enligt en rapport från Svenska Miljöinstitutet, IVL, är att det är omständligt och tidskrävande att göra rapporten. En annan orsak är att patienten inte bedöms som "högrisk" (Schmidt, Östlund & Antonsson, 2012).

Blodsmitta hos patienten kan vara okänd och därför ska det intraoperativa arbetet alltid utföras utan risk för överföring av smitta från personal till patient, från patient till personal eller mellan patienter (Gustafsson, Kolvered & Sandersen, 2012). Risk för blodsmitta vid en stick- eller skärskada när nålen varit i kontakt med infekterad patient är för Hepatit B 33 procent,

för Hepatit C 3 procent och för HIV är motsvarande siffra 0,3 procent (Smittskyddsinstitutet, 2010). Förutom Hepatit B, Hepatit C och HIV utsätts personalen i en operationssal även för andra virus och en mängd olika former av biologisk agens, som bakterier, parasiter och svampar (Thomas-Copeland, 2009; Jörbeck & Samuelson, 2006).

I en studie framkom att flertalet sjuksköterskor underskattade risken för blodsmitta i sitt yrke och därför inte beaktade säkerhetsåtgärder. Sjuksköterskorna ansåg även att risken för blodsmitta var mer teoretisk än verklig. I studien framkom attityder som handlade om att för operationspersonalen var kontaminering med blod en daglig händelse och något man får räkna med. Den här inställningen utgör en liten eller ingen risk om blodet vore ofarligt men faktum är att det finns risk att smittas av ett dödligt virus (Leliopoulou, Waterman & Chakrabarty, 1999).

Det huvudsakliga ansvaret för arbetsmiljön ligger hos arbetsgivaren enligt Arbetsmiljölagen (SFS 1977:1160), men arbetstagaren har också ett ansvar att följa lagen och aktivt medverka till att arbetsmiljön blir bra. Arbetsmiljöverkets föreskrifter (AFS 2005:1) tillsammans med Arbetarskyddsstyrelsens kungörelse (AFS 1986:23) beskriver tydligt att stick- och skärskador ska undvikas och att skriftliga instruktioner för hur detta ska gå till ska finnas på arbetsplatsen.

För att minska antalet stick- och skärskador i Sverige och övriga Europa antog Europeiska Unionens Råd ett direktiv benämnt ”Rådets direktiv 2010/32/EU. Kraven i direktivet är redan uppfyllda i svensk lagstiftning men fullsamheten har inte varit tillräckligt god (Skoglund, 2012). Arbetsmiljöverket förtydligar och preciserar därför vilka krav som gäller i ett tillägg till AFS 2005:1. Tillägget AFS 2012:7 beskriver arbetsgivarens och arbetstagarens ansvar att ha ett säkert arbetssätt, skriftliga riktlinjer samt utbildning och uppföljning. Tillägget formulerar tydligare än tidigare hur en kanyl med hylsa ska hanteras och enligt lagen ska hälso- och sjukvårdspersonal ”- aldrig sätta tillbaka hylsan på en kanyl eller annat vasst föremål som använts på människor eller djur...” (AFS 2012:7, 22 §).

Riskområden

De riskområden som AORN (2011), lyfter fram handlar främst om de olika momenten vid suturering, överräkning, hantering och förvaring av vassa instrument under operation. Enligt AORN's (2011) rekommendationer bör magnetlåda, trubbiga nålar, neutral zon och säkerhetskniv användas vid operation.

Metoder och hjälpmedel

Neutral zon och no-touch teknik

Neutral zon är en utsedd plats som utgörs av exempelvis ett assistansbord, en gummiduk på instrumentbordet, en rondskål eller annan plats utsedd av operationssjuksköterskan. Detta speciella utrymme är ämnat för skarpa instrument, skalpell och andra liknande föremål som placeras på denna yta istället för att överräckas hand till hand. Genom att placera instrumentet på området vidrör operatör, eller assisterande operatör, och operations-sjuksköterska inte ett skarpt föremål samtidigt och ska inte befinna sig i området samtidigt. Innan operationen startas är teamets medlemmar överens om utsedd plats och införstådda med konceptet neutral zon (Folin, 1998). Med no-touch teknik överlämnas instrument utan att personalens händer vidrör ett skarpt föremål samtidigt. Överlämning av instrument kan ske med hjälp av neutral zon, exempelvis en rondskål. Montering av knivblad med hjälp av peang och manipulering av suturnål med hjälp av instrument är en no-touch teknik. Det vassa föremålet vidrörs inte med handen och risk för stick- och skärskada är mindre (Folin, 1998).

Magnetlåda

Använda nålar samt knivblad bör förvaras i en för detta ändamål utsedd steril magnetlåda (AORN, 2011; Drönen & Sletten Helgesen, 2012). Magnetlådan ska vara av material som inte kan penetreras av stickande föremål samt ska kunna slängas i soporna efter säker förslutning. Det finns också magnetlådor med demonteringsmöjlighet för knivblad. De-

monteringen av knivbladet sker i en behållare i magnetlådan utan att vare sig peang eller fingrar behövs (Jagger, Perry, Gomaa & Phillips, 2008).

Trubbiga nålar

Kirurgiska nålar varierar i form, storlek, diameter samt spetsens utformning. Lämplig nål väljs efter vilken typ av vävnad som ska sutureras och lokalisation. Trubbiga nålar, tillräckligt vassa för att användas i inre vävnad har tagits fram och rekommenderas som ett alternativ till vassa nålar för suturering i muskler och fascia.

Säkerhetskniv

Det finns skalpeller på marknaden som ska underlätta ett säkert arbetssätt, så kallade säkerhetsknivar. Det handlar om engångsmaterial, för att utesluta monterings- och demonteringsmoment. Det finns även knivskaft där bladet kan dras in i skaftet vid överräkning och efter användande för att tillgodose en säkrare hantering (Jagger et al., 2011).

Resultat

Resultatet visar att förekomst av beskrivna metoder och hjälpmedel för att förhindra stick- och skärskador var mycket liten. Trots detta utfördes viss hantering av vassa instrument på ett säkert sätt.

Vår studie visar att magnetlåda fanns på enheterna, men inte i operationssalen eller i det kundanpassade operationssetet. Plocklistorna på enheterna saknar magnetlåda i förteckningen. Om hjälpmedel såsom magnetlåda hade funnits i operationssetet skulle den troligen använts eftersom tillgängligheten då inte varit beroende av tidspress eller personliga preferenser. Resonemanget gäller även för extra rondskål som trots att behov uppstod under operation inte efterfrågades. Att samla suturnålar och förbrukade knivblad i en liten skål är exempel på detta, men då den lilla skålen behövdes för ett annat syfte, tömdes innehållet på instrumentbordet. Fingrar användes sedan för att lägga tillbaka materialet.

Tabell 1. Förvaring under operation.

	Rondskål	Dedikerad plats	Ej specificerad	Magnetlåda
Suturnålar	27	16	3	0
Skalpell	26	32	0	0
Knivblad	17	5	0	0
Injektionsnål	8	25	0	0

Gummimatta fanns inte att tillgå på operationsenheterna och var därför inte ett alternativ som märkor vid neutral zon. För att användning av gummimatta vid neutral zon ska vara aktuellt krävs tillgänglighet i kombination med utbildning. När det gäller hantering/förvaring av skalpell, injektionsnål och nålförare med suturnål märktes en önskan om att vilja avsätta ett område för dessa instrument. En definierad och verbalt kommunicerad neutral zon användes enbart en gång

Recapping är den enda enskilda aktivitet som hälso- och sjukvårdspersonal tydligt förbjuds att utföra enligt AFS 2005:1 tillägget AFS 2012:7 skärper ytterligare formuleringen kring detta. Studien visar att recapping var vanligt förekommande under operation. Troligen kan detta bero på att lagen inte är känd vilket i sin tur kan bero på att skriftliga riktlinjer saknas på arbetsplatsen.

Montering av knivblad utfördes i huvudsak med hjälp av fingrarna, men alla demonteringar utom en under operation utfördes med hjälp av peang.



Figur 1. Montering av knivblad på skalpell innan operation n=62



Figur 2. Montering av knivblad på skalpell under operation n=18



Inför operation, under sterila förhållanden, monterades knivbladet nästan alla gånger med fingrarna. Vid montering under operation, med sterilt knivblad men med rena handskar, skedde majoriteten av monteringen med fingrarna trots att ett säkert arbetssätt med instrument var möjligt. Möjligen är orsakerna till detta att knivbladet upplevdes som ofarligt när det var oanvänt, trots att handskarna var rena, och/eller att användandet av peang upplevdes som omständligt. En annan orsak kan vara att det inte var en inarbetad arbetsmetod. Under operation, med använt material, skedde demontering med peang alla gånger utom en. När risken var uppenbar, kniven var använd, valdes ett säkert arbetssätt i stor utsträckning. En annan möjlig orsak till att välja instrument i detta moment är att det kan vara besvärligt att demontera skalpellerna med fingrarna. Efter operation däremot användes fingrarna fler gånger än under operation vilket tyder på ett divergerat arbetssätt.

Det noterades att operationssjuksköterskan hanterade de riskabla momenten med vassa instrument på ett eget utarbetat sätt. Ett arbetssätt reglerat med riktlinjer resulterar i enhetligt

och tydlig struktur och självstyrt arbete minimeras. Säkerhetsnivån blir då inte lika beroende av individens omdöme, kompetens och erfarenhet vilket också bekräftas i studien av Blackwood et al (2009).

Slutsats

Studien visar att beskrivna hjälpmedel och metoder för hantering av stickande och skärande instrument finns men användes i väldigt liten utsträckning vilket resulterar i ett självstyrt säkerhetsarbete i operationssalen. Tydliga rutiner och skriftliga riktlinjer för hantering av stickande och skärande instrument behövs. Hjälpmedel behöver göras mer tillgängliga, utbildning kring risker samt uppföljning kring hantering av stickande och skärande instrument bör ske regelbundet för att operationspersonalen inte ska utsättas för onödiga risker. Genom att säkerhetsnivån i operationssalen förbättras ökar även patientsäkerheten. •

Fakta: Suzanne Korsner Borg, Frida Runnqvist Larsson, operationssjuksköterskor

För att läsa hela studien samt referenser se:

<http://www.rkh.se/sv/bibliotek/databaser/diva/> och sök på Operationssjuksköterskans hantering av vassa instrument.

Förekomst av bakterier på sugmunstycket under operation

Under vår specialistutbildning fick vi en föreläsning av en operations-sjuksköterska som berättade om sin D-uppsats. Hon hade gjort en pilotstudie med odlingar på de sugmunstycken som används under operation. Resultatet i hennes uppsats väckte vårt intresse och vi tyckte att det lät spännande att i en D-uppsats få möjlighet att ta odlingar och sen sammanställa resultatet av dem. Senare under vår utbildning kom en förfrågan från institutionen om någon ville göra en uppföljning på den tidigare pilotstudien, det var en utmaning vi gärna tog oss an.

Tidigare forskning har visat att de sugmunstycke som används under kirurgiska ingrepp kan bli kontaminerade av bakterier. Vi har gjort en mindre studie på sugmunstycke som användes under klaffkirurgi. I studien inkluderades 25 aortaklaffoperationer. Från varje operation skickades två sugmunstycke för odling till bakteriologiska laboratoriet. Vid 20 av de 25 operationerna (80 %) påvisades växt av bakterier. Bör vi betrakta den kirurgiska sugen som en potentiell källa till bakteriell kontamination av operationssåret?

Patientsäkerhet är grundläggande inom all hälso- och sjukvård. Det är vårdgivarens ansvar att förebygga att patienter inte drabbas av vårdskador samt att om en patient drabbas av vårdskada, vidta åtgärder för att förhindra att händelsen upprepas (1). Vårdrelaterade infektioner har förekommit så länge som sjukvård har bedrivits. För patienter som drabbas av en vårdrelaterad infektion kan detta medföra svåra konsekvenser i form av lidande, förlängd vårdtid, fortsatt ohälsa, invaliditet och i värsta fall död (2). Som operationssjuksköterska ansvarar vi för hygien och sterilitet i samband med ett kirurgiskt ingrepp (3) och på så sett skyddar vi patienten från att bli infekterad av bakterier (4).

Om de instrument som används vid operationen är kontaminerade så innebär detta en risk för postoperativa infektioner. Äldre studier, huvudsakligen från 1980- och 1990-talet och huvudsakligen från ortopedin, har visat att sugmunstycket frekvent är kontaminerat efter en operation (5-11). Vi frågade oss därför om kontaminering av sugmunstycket är ett problem som kvarstår även idag.

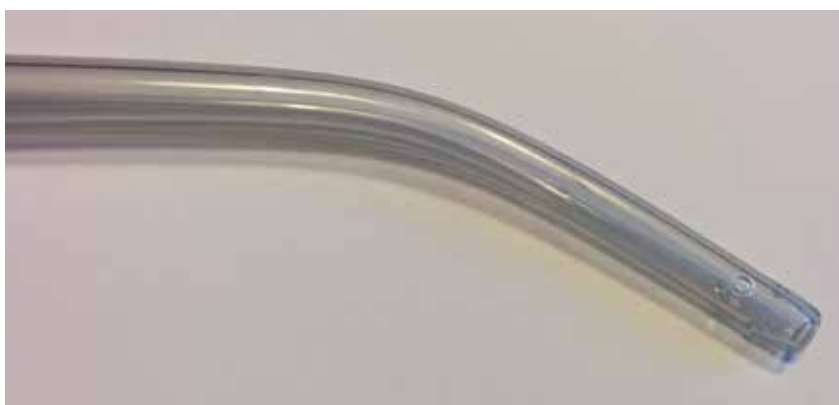
Studien

I studien ingick odlingar på sugmunstycken från 25 aortaklaffoperationer. Patienterna som opererades hade duschat med Descutan 4 % enligt PM (tre dubbelduschar), de var i vuxen ålder och fria från pågående infektioner. Under varje operation användes två sugmunstycken, det första munstycket användes fram till ett förutbestämt moment under operationen. Vid det momentet bytte operationssjuksköterskan ut sugmunstycket mot ett nytt som användes resterande operationstid. Tiderna för operationsstart, byte av sugmunstycke samt operationsslut dokumenterades. Tre cm av sugmunstycket klipptes av och skickades för odling (figur 1). Även fem kontrollodlingar gjordes, dessa packades upp

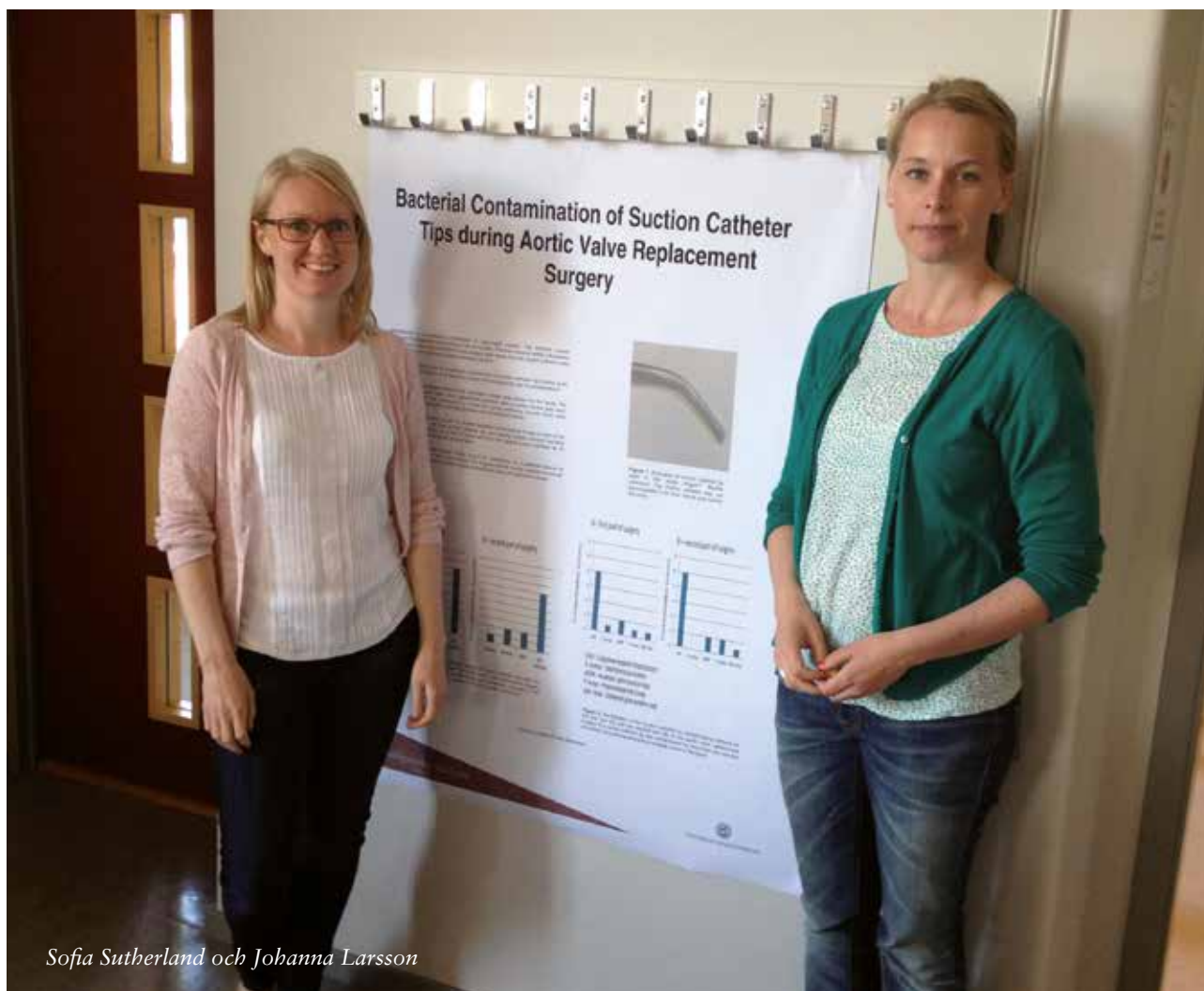
och kopplades till sugen men användes aldrig under operationen utan klipptes av innan operationen började för att sedan skickas för odling. Inga av dessa hade någon växt av bakterier.

Odlingarna visade förekomst av bakterier på ett eller båda sugmunstyckena från 20 av 25 operationer (80 %). Från fem av operationerna var båda sugmunstyckena kontaminerade. Tretton av 25 sugmunstycken som användes före bytet var kontaminerade. Åtta av dessa 13 visade växt av koagulasnegativa stafylokocker (KNS). Av de 25 som användes efter bytet var 12 kontaminerade varav 10 visade växt av KNS. Vilket gjorde KNS till den vanligast förekommande bakterien. Dessa fynd stämmer överens med tidigare forskning, vilket indikerar att även idag bör sugmunstycket ses som en potentiell källa till bakteriell kontamination av operationssåret.

Är då kontamination av sugmunstycket en stor källa till postoperativa infektioner? Vår studie ger inte svar på denna fråga och det finns heller inte någon vetenskaplig litteratur som studerat denna frågeställning. En stor randomiserad studie där man jämför



Figur 1. Foto av sugmunstycket som användes i studien (ArgyleTM flexible yankauer). Sugmunstycket användes under operationen och klipptes av 3 cm från spetsen (just före kröken) och skickades på odling.



Sofia Sutherland och Johanna Larsson

frekventa byten av sugmunstycken med sugmunstycken som används under hela operationen skulle kunna besvara denna fråga. Innan en sådan studie genomförs anser vi att en medvetenhet om sugmunstycken relativt ofta är kontaminerade är en viktig information för operationssjuksköterskor och annan opererande personal. Byten av sugmunstycken är varken en tidskrävande eller dyr åtgärd, även om vi i dagsläget inte har evidens för att detta skulle minska mängden postoperativa infektioner.

Denna studie är publicerad i Patient Safety in Surgery (2015 May 14;9:17). Läs mer om studien på <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4430035/> •

1. Patientsäkerhetslagen (2010:659). Available from: <http://www.riksdagen.se/webbnav/index.aspx?nid=3911&bet=2010:659>

2. Socialstyrelsen. Att förebygga vårdrelaterade infektioner. Ett kunskapsunderlag. 2006. Available from: <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2006/2006-123-12>

3. Alexander EL, Rothrock JC, McEwen DR. Alexander's care of the patient in surgery. St. Louis, Mo.: Mosby/Elsevier; 2011.

4. Lindwall L, Post Iv. Perioperativ vård: att förena teori och praxis. Lund: Studentlitteratur; 2008.

5. Davis N, Curry A, Gambhir AK, Panigrahi H, Walker CR, Wilkins EG, et al. Intraoperative bacterial contamination in operations for joint replacement. J Bone Joint Surg Br.1999;81(5):886–9.

6. Givissis P, Karataglis D, Antonarakos P, Symeonidis PD, Christodoulou A. Suction during orthopaedic surgery. How safe is the suction tip? Acta Orthop Belg. 2008;74(4):531–3.

7. Greenough CG. An investigation into contamination of operative suction. J Bone Joint Surg Br. 1986;68(1):151–3.

8. Meals RA, Knoke L. The surgical suction top—a contaminated instrument. J Bone Joint Surg Am. 1978;60(3):409–10.

9. Mulcahy DM, McCormack D, McElwain JP. Intraoperative suction catheter

tip contamination. J R Coll Surg Edinb. 1994;39(6):371–3.

10. Robinson AH, Drew S, Anderson J, Bentley G, Ridgway GL. Suction tip contamination in the ultraclean-air operating theatre. Ann R Coll Surg Engl. 1993;75(4):254–6.

11. Strange-Vognsen HH, Klareskov B. Bacteriologic contamination of suction tips during hip arthroplasty. Acta Orthop Scand. 1988;59(4):410–1.

Fakta: Johanna Larsson och Sofia Sutherland operationssjuksköterskor, Institutionen för vårdvetenskap och hälsa, Sahlgrenska Akademien, Göteborg samt Per-Arne Svensson Docent, Institutionen för Medicin, Sahlgrenska Akademien, Göteborg

Skriv till: hygien@rfop.se

Fråga: Vilka regler gäller om nagellack samt piercing på operation? Kontraindikationer etc.?

Svar: Socialstyrelsen har uppdaterat föreskriften gällande Basala hygienrutiner. Den uppdaterade versionen börjar gälla den 1 januari 2016 (SOSFS 2015:10). I den 5:e paragrafen står följande "naglarna ska vara korta och fria från konstgjorda material" vilket då innebär att nagellack inte ska användas i arbetet (<http://www.socialstyrelsen.se/smittskydd/vardhygienochantibiotika-resistens/vardhygien>)

Gällande piercing finns inte samma tydlighet. Rekommendationerna kan därför variera mellan landstingen/regionerna och typ av verksamhet. Generellt anses att piercingen kan utgöra en risk för indirekt kontaktsmitta via händerna om hålet är infekterat men att det inte utgör någon påvisad smittrisk om hålet är läkt oavsett var det sitter (Vårdhandboken, Att förebygga vårdrelaterade infektioner- Ett kunskapsunderlag Socialstyrelsen). Det bästa är att höra med den egna arbetsplatsen vad som gäller.

Fråga: Hur gör vi med patienter som har konstgjorda naglar? Detta blir vanligare och vanligare. Vet vi hur detta påverkar postoperativa infektioner exempelvis vid radiuss plattor. Finns nationella riktlinjer?

Svar: Några nationella riktlinjer specifikt om konstgjorda naglar hos patienter känner jag inte till. Det är en riskbedömning som behöver göras inför operationen om patientens naglar

ger en ökad risk för en infektion, vilket inte är omöjligt.

Fråga: Jag undrar om du vet om det finns något skrivet/forskat angående preoperativ hårvaskning? Var görs detta bäst? Vårdaudelning eller på operationsbordet alldeles i anslutning till operationen? Vi gör lite olika men det känns inte bra med allt hår på operationsbordet/operationssalen.

Svar: Känner inte till några studier om var en eventuell hårvaskning ska utföras. Om hårvaskning behöver göras av tekniska skäl kan det, på grund av partikelhalten i luften, vara lämpligare utanför operationsrummet.

Fråga: Får vi ta in patientsäng på operationssal eller inte och också lyftanordning. Hur ser hygiensjuksköterskorna på detta?

Svar: Om sängen rengjord och renbäddad kan den tas in i operationsrummet, men ska inte stå parkerad där under pågående operation. (Referens SIS TS 39, Vårdhandboken).

Fråga: Hygienronder på operation - är det ett krav som finns inom landstingen/regionerna eller är det en rekommendation från Vårdhygien? Finns det några nationella riktlinjer/ rekommendationer?

Svar: Det finns inga nationella rekommendationer som säger att hygienronder ska utföras däremot finns hygienrond nämnt som ett verktyg att använda i det vårdhygieniska arbetet

(Socialstyrelsens rekommendation: Tillgång till vårdhygienisk kompetens). Vissa landsting kan ha beslutat att hygienronder ska utföras som ett led i det systematiska kvalitetsarbetet.

Fråga: En fråga till panelen som var med på hygienforum:

– Riktlinjerna angående kraftigt förorenat/nedblodat avfall och tvätt, oavsett känd smitta eller inte är att det packas som smittförande avfall. Material som är mindre nedblodat slängs som vanligt avfall med undantag för riskklass 3-4-smittor. Nu till min fråga, hur mycket är kraftigt förorenat/nedblodat och mindre nedblodat?

Svar: Det är en bedömningsfråga och jag tycker det är svårt att från nationellt perspektiv ange några ml. Lokalt kan man däremot vilja, av praktiska skäl, ange ml, men det är bättre att ta den diskussionen lokalt eftersom det kan bero på hur avfallet hanteras.

Fakta: Inga Zetterqvist, rikshygienjuksköterska, Smittskyddsinstitutet, ansvarig för Uppdukats hygienfrågespalt, svarar på frågor.

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

9:e Hygienforum

26 – 27 maj 2016, Stockholm Sheraton



Unik bladdesign, överlägsen prestanda



OBS! 3M™ Clipper Professional 9681 kan blötläggas i desinfektionslösning för att säkerställa en god rengöring!



3M™ Clipper Professional 9681 kombinerar en överlägsen design och prestanda för att minska risken för postoperativ infektion

- 160 minuters klipptid
- Endast 3 timmars laddningstid
- Utformningen på bladet förhindrar risken för huden att dras in i bladet
- Avlägsnar alla typer av huvud- och kroppshår – fint eller grovt, vått eller torrt
- Ett blad för alla indikationer
- Gradvis batteriladdningsindikation

PRISS fortsätter!

Arbetet i PRISS fortsätter. Projektets första fas avslutades planenligt i maj 2014. Sedan april 2015 finns en delvis ny styrgrupp med representanter för Riksföreningen för Operationssjukvård (Annette Erichsen Andersson), Svenska Infektionsläkarföreningen (Cecilia Rydén), Svensk Förening för Vårdhygien (Ann Tammelin), Ortopedisjuksköterskor i Sverige (Anna-Lena Brantberg), Fysioterapeuterna (Helena Pepa) samt Svensk Ortopedisk Förening (Anne Garland). Lof fortsätter att administrativt och finansiellt stödja projektet. Projektets hemsida finns på: <http://lof.se/patientsakerhet/vara-projekt/priss/>

Tidiga resultat börjar nu komma. Dessa visar att flera kliniker, mindre såväl som större, som genomfört projektet fullt ut, har lyckats sänka frekvensen av ledprotesrelaterad infektion till under hälften av före PRISS. Styrgruppen tar detta som intäkt för att PRISS som projekt, där det har genomförts, har varit framgångsrikt.

Det fortsatta arbetet kommer att innefatta:

1. Uppdatering av de fyra expertgruppsdokumenten som togs fram efter första fasen. Nya versioner kommer att finnas klara till slutet av november 2015.
2. Arbeta för att öka användningen av Rutinkollen Ledprotesrelaterad infektion (se www.rutinkollen.se). Detta program är ett hjälpmedel för opererande enheter att självvärdera följsamheten till egna rutiner, något som ofta efterfrågades i projektets första fas.
3. Under våren 2016 kommer regionala halvdagsmöten att arrangeras. Vid dessa möten kommer lokala och regionala resultat att presenteras.
4. Vetenskaplig utvärdering av effekten av projektet. Detta kommer att ske i olika former. •



Annette Erichsen Andersson

Fakta: Annette Erichsen Andersson, representant, PRISS

Ett pilotprojekt

Förändrad specialistutbildning i operations- och anestesijukvård vid Umeå universitet höstterminen 2016

Text: Birgitta Å Gustafsson, Sammanställande RFop vetenskapliga råd

Specialistutbildningen inom operations- och anestesijukvård vid Umeå universitet, Institutionen för omvårdnad får ett radikalt förändrat innehåll från och med hösten 2016. Magisterexamen tas bort från utbildningarna och de 10 veckor, dvs. 25 % av utbildningen, som tidigare ägnats åt ett examensarbete för magisterexamen, utnyttjas i stället till ett mindre omfattande examensarbete för yrkesexamen och verksamhetsförlagd utbildning, VFU. Mer omfattande VFU förväntas underlätta starten i det nya yrket för de nyutexaminerade specialistsjuksköterskorna. Utbildningen ger som tidigare en yrkesexamen.

I stället för en magisterexamen erbjuds studenterna under en tvåårsperiod efter avslutad utbildning att antas till ett masterprogram på Institutionen för omvårdnad och genomföra ett masterprojekt som yrkesverksam specialistsjuksköterska. Ett sådant projekt kan ge ny kunskap till den kliniska vårdverksamheten och även ligga till grund för fortsatt forskning. Internationellt är det en masterexamen som gäller vid universiteten och en sådan examen är därför en merit i internationella sammanhang. Vi fortsätter att följa projektet via Uppdukat.

Partnering for meaningful solutions

For more than 80 years, Ethicon has been a trusted partner, committed to address our customers' needs and deliver what is best for the health and welfare of the patients we serve. Our combined efforts and the high ethical standards by which we operate, define the quality and value of the comprehensive set of products and solutions we bring to market.

We offer you a wide range of surgical equipment and a very comprehensive portfolio of healthcare solutions in the Nordic countries.

Contact your local Nordic representative to learn more how our innovative products and services can help you to improve patient care.



HARMONIC ACE[®]+7 Shears with Advanced Hemostasis

The most intelligent and advanced HARMONIC[®] device ever introduced³



ECHELON FLEX™ GST System with Gripping Surface Technology

4x less tissue slippage during firing compared to Endo GIA™ Reloads with TriStaple™ technology for unsurpassed staple formation¹



ECHELON FLEX™ Powered Vascular Stapler with Advanced Placement Tip

Enables precise placement and enhances stability on fragile vessels (e.g. 83% reduction in tip movement²)



Plus Antibacterial Sutures

Inhibit bacterial colonization of the suture for 7 days or more^{4,6}

SURGIFLO™ WITH THROMBIN Haemostatic Matrix Kit

SURGIFLO™ remains flowable throughout complex and lengthy procedures



¹ Benchtop testing in porcine stomach tissue. Mean tissue movement from after clamping on tissue to after firing ECHELON FLEX™ Powered Plus Stapler (PSEEG60A) and ECHELON Reload with GST vs ENDO GIA™ ULTRA Handle (EGIAUSTND) and Endo GIA™ Reload with TriStaple™ Technology at 3.3 and 4.0mm tissue thicknesses (3.3mm: GST60T 0.642mm vs EGIA60AMT 4.806mm p<0.001; 4.0mm: GST60T 0.654mm vs EGIA60AMT 5.116mm p<0.001). EMEA-14-1051.

² Benchtop testing on porcine carotid arteries. Surgeons (n=24) fired each instrument / reload once: PSE-45A / ECR-45W and EGIAUSTND / EGIA45AVM. Distal tip motion measurement during the firing cycle showed a median reduction of 83% and a range of reduction of 53% to 96% in tip movement of PSE-45A / ECR-45W vs. EGIAUSTND / EGIA45AVM.

³ As compared to previously-introduced HARMONIC devices without Adaptive Tissue Technology and Advanced Hemostasis mode.

⁴ Ming X, Rothenburger S, Yang D. In vitro antibacterial efficacy of Monocryl Plus Antibacterial Suture (polyglactone 25 with triclosan). Surg Infect (Larchmt). 2007;8(2):201-207.

⁵ Rothenburger S, Spangler D, Bhende S, Burkley D. In vitro antimicrobial evaluation of coated Vicryl Plus Antibacterial Suture (coated polyglactin 910 with triclosan) using zone of inhibition assays. Surg Infect (Larchmt). 2002;3 (suppl):S79-S87.

⁶ Ming X, Rothenburger S, Nichols MM. In vivo and in vitro antibacterial efficacy of PDS Plus (polydioxanone with triclosan) suture. Surg Infect (Larchmt). 2008;9(4):451-457.

ETHICON

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

For more information please visit www.ethicon.com

DK, FI, NO, SE:

Johnson & Johnson AB Staffans väg 2, SE-191 84 Sollentuna, Phone +46 8 626 22 00



HYGIENFOR





FORUM 2015

Årets Hygienforum genomfördes den 21 - 22 maj, även detta år på Sheraton Stockholm Hotel. Programmet var mycket uppskattat och det återkommande inslaget med Hygienforum panel skapade stort engagemang. Titta gärna på hemsida så ser du programmet och där finns även de flesta av föreläsarnas presentationer. Nästa år genomförs Hygienforum den 26 - 27 maj 2016.

Stark för kirurgi, stark för livet

Svensk sjuksköterskeförening deltar aktivt i implementeringen av Nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder. Regeringen beslutade i januari 2011 om ett uppdrag till Socialstyrelsen att stödja införandet av myndighetens nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder för tobaksbruk, riskbruk av alkohol, otillräcklig fysisk aktivitet och ohälsosamma matvanor. I syftet anges att hälso- och sjukvården i ökad utsträckning ska arbeta hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande och följa de nationella riktlinjerna för sjukdomsförebyggande metoder. I uppdraget ingick att tillsammans med företrädare för olika professioner sprida kännedom om riktlinjerna inom landsting och kommuner, att kartlägga behov av och stödja metodutveckling för det förebyggande arbetet inom vård och omsorg, att skapa en interaktiv utbildning för olika yrkesgrupper med hjälp av IT-lösningar och att utveckla modeller eller metoder för att säkerställa datatillgång för uppföljning av införandet av riktlinjerna.

Ett av delprojekten.

Mellan år 2011-14 har projektet *Sjuksköterskors samtal om levnadsvanor* varit ett av delprojekten. Projektets mål är att sjuksköterskor inom all hälso- och sjukvård ska känna till och arbeta enligt de metoder som rekommenderas i riktlinjerna. Arbetssättet har i huvudsak varit kunskapsspridning om riktlinjerna för sjukdomsförebyggande metoder med fokus på utbildningsinsatser "från sjuksköterska till sjuksköterska". All hälso- och sjukvårdspersonal behöver ha tillräcklig kunskap om och känna sig trygga med att ställa frågor, erbjuda åtgärder och vid behov hänvisa vidare.

Aktiviteter hösten 2015

Svensk sjuksköterskeförening har fått medel av Socialstyrelsen för några aktiviteter under hösten 2015. Förutom att delta vid Socialstyrelsens regionala konferenser startar en del professionsprojekt. Ett av dem är *Stark för kirurgi, stark för livet- levnadsvanor*



Inger Torpenberg

i samband med operation. Syftet är att öka patientsäkerheten vid opera-

tion genom att förbättra levnadsvanorna före och efter ingrepp, samt att minska risken för kroniska sjukdomar genom att stödja bibehållande av goda levnadsvanor.

Riksföreningen för operationssjukvård kommer under hösten att arbeta med detta projekt i samarbete med Riksföreningen för anestesi och intensivvård och Svenska Läkaresällskapets kirurgi-sektioner. •

Fakta: Inger Torpenberg, Svensk sjuksköterskeförening, ansvarig för Svensk sjuksköterskeförenings sjukdomsförebyggande projekt.

inger.torpenberg@swenurse.se
08-412 24 12



Dagkirurgin, Oskarshamns sjukhus söker

Operationssjuksköterska

Välkommen att jobba på Sveriges bästa mindre sjukhus. Vi söker engagerade och intresserade specialistsjuksköterskor.

Läs mer och ansök på Ltkalmar.se/lediga-jobb



Finally,
Simplicity
Meets Security
In Laparoscopic
Suturing



V-Loc™ Wound Closure Reload For Use with Endo Stitch™ and SILS™ Stitch Suturing Devices

Discover how knotless, automated suturing
can maximize confidence while minimizing
time spent on wound closure.

IMPORTANT: Please refer to the package insert for complete instructions, indications, contraindications, warnings and precautions.



Scan here
to see it in action

COVIDIEN, COVIDIEN with logo, Covidien logo and "positive results for life" are U.S. and internationally registered trademarks of Covidien AG. Other brands are trademarks of a Covidien company. © 2012 Covidien. - M120547a - 07/2012



Medtronic & **COVIDIEN**

Covidien is joining Medtronic

Så här gjorde vi! För att förbättra arbetsmiljön

Vi ville förbättra arbetsmiljön i patientbytena på Operationsenheten på Helsingborgs Lasarett. Mycket arbete läggs ned på att förbättra patientflöde, snabbare byte mellan operationer, olika arbetssätt som till exempel teamarbete. Men faktum kvarstår att operationssjuksköterskorna upplevde en stressig arbetsmiljö i patientbytena och att instrumentenskötseln kunde förbättras. Så här gjorde vi för att få mer tid för patienterna och för att instrumenten skulle skötas bättre.

Helsingborgs Lasarett är ett akutsjukhus och på Operationsenheten finns det 14 operationssalar med flera olika specialiteter och många instrument inom varje specialitet. Vi har ett högt tempo, men ville få mer tid för patienterna. Ett sätt att få det var att arbeta med instrumentflödet och instrumentenskötseln. Vårt projekt startade med att en grupp bildades av personer som var intresserade av att arbeta med frågan: "Hur kan vi förbättra arbetsmiljön för operationssjuksköterskan och hur kan vi förbättra flödet och skötseln av instrument". Gruppen bestod av en operationssjuksköterska, två undersköterskor som arbetar på operation och två undersköterskor som arbetar på sterilcentralen.

Vi började med att ta fram nuvarande flöde och ett önskeflöde i framtiden. Ett förslag arbetades fram och presenterades för chefer och berörd personal. Vi fick klartecken att gå vidare. Under en vecka mätte vi hur många diskmaskiner som ej var tomma kl. 18.00 och hur många instrumentkorgar som ej var autoklaverade kl. 20.00. Det diskade godset förvarades på operation och kördes ner till sterilcentralen på morgonen. Efter tre månader och efter nio månader gjordes nya mätningar och samtidigt fick berörd personal fylla i en enkät om hur de upplevde arbetsmiljön, de fick komma med synpunkter och för-



bättringsförslag. Resultaten presenterades för berörda efter varje mätning. Resultaten visade att det var färre diskmaskiner som ej var tömda kl. 18.00 och fler korgar med instrument som inte var autoklaverade kl. 20.00. Här drog vi slutsatsen att instrumenten kom snabbare in i diskdesinfektorn och snabbare ner till sterilcentralen efter dagens operationer. Efter 12 månader utvärderades projektet och ett förslag lämnades till våra chefer på hur arbetet skulle kunna se ut i framtiden.



Då

Vi skulle hinna med att avsluta operationen genom att lägga förband, avdrapera och lägga patienten i planläge. Vi skulle räkna ned instrumenten, handdiska vissa instrument, genomspola och placera instrument i diskdesinfektorn, samt dokumentera i omvårdnads- och operationsjournal. Dessutom skulle vi hinna förbereda inför nästa operation och duka upp.

Nu

Idag har vi ett nytt arbetssätt på vår avdelning och det innebär att fem operationssjuksköterskor, fem undersköterskor från operation och åtta undersköterskor från sterilcentralen ingår i en grupp som har den nya arbetsuppgiften. Varje dag finns det två personer, en från operationsavdelningen och en från sterilcentralen som har arbetstid måndag-torsdag kl. 09.30–18.30 och på fredagar kl. 09.30–15.00.

När operationssjuksköterskan räknat ned sina instrument, lagt extrainstrument och de instrument som ska genomspolas vid sidan, kastat stickande och skärande material, använder vi telefonen för att kalla på någon av dem som har arbetsuppgiften. Operations-sjuksköterskan kör ut bordet med instrumenten i avvecklingsrummet och ställer det där i väntan på att det

ska tas omhand. Den person som har arbetsuppgiften sköter instrumenten på rätt vis, laddar diskdesinfektorn så att alla instrument blir rengjorda, tömmer diskdesinfektorn när den är klar och transporterar instrumenten till sterilcentralen.

Förbättringar

Vinsten för oss operationssjuksköterskor är att vi får mer tid för att avsluta operationen och vi får mer tid i förberedelserna inför nästa operation. Vår arbetsmiljö har på så vis blivit mycket bättre med mindre stress och med mer fokus på patienten. På sterilcentralen kommer instrumenten i ett jämnare flöde, de är bättre rengjorda från början och behöver inte diskas om i samma utsträckning som tidigare. Instrument som tidigare stod diskade på operation och skulle transporteras till sterilcentralen nästa morgon, står idag i en bättre miljö på sterilcentralen under natten i väntan på autoklivering. Samarbetet mellan operation och sterilcentralens personal har blivit bättre. Idag arbetar vi tillsammans med instrumenten, vi börjar lära känna varandra och har en öppnare dialog. •

Fakta: Ingrid Andersson, operations-sjuksköterska, Operationsenheten, Helsingborg

Unik certifieringskurs för medtechpersonal vid operation



I samarbete mellan Riksföreningen för operationssjukvård och branschorganisationen Swedish Medtech arrangeras nu för första gången i Sverige en certifieringskurs för medtechpersonal som medverkar i operationssalar och på operationsavdelningar. Syftet är att kvalitetssäkra att alla aktörer har rätt kunskap kring regler och praxis i samband med en operation.

Få platser på ett sjukhus är så tekniktäta som just operationssalar. I en operationssal är i stort sett allt utom personalen och läkemedlen medicinteknik. Alla som arbetar på en operationsavdelning vet därför hur stort behovet är att ständigt hålla sig uppdaterad i handhavande av all den utrustning som används. Nya produkter, lösningar och operationstekniker introduceras kontinuerligt. Därför är en god samverkan mellan operationspersonal och leverantörer avgörande. Leverantören finns ofta med som stöd vid introduceringen av ny teknologi, vid utbildningsinsatser eller uppföljning av befintlig utrustning. Den formen av samverkansyta är nödvändig för båda parter och bidrar till en säkrare vård för patienten. Men det ställer samtidigt höga krav på att medtechpersonalen som kliver in i operationssalen har god kunskap om regler och praxis.

Den 5-6 november arrangeras därför den första certifieringskursen för medicinteknikrepresentanter i operationsrum och på operationsavdelningar. Syftet med kursen är att ge leverantörer av medicinteknisk utrustning, och som i sin roll medverkar vid operationstillfällen, kunskap kring skrivna och oskrivna regler i och omkring en operationssal. Fokus kommer att ligga på frågor som rör säkerhet, infektionskontroll, kvalitet och patientintegritet.

- Vi vill att våra medlemmar ska känna sig trygga i mötet med de medicintekniska leverantörer som



Fr.v. Roger Ahlgren, Petrus Laestadius, Sofia Medin, Annika Sandelin och Birgitta Å. Gustafsson.

medverkar vid operation. Det ska inte finnas en otydlighet i vad deras uppdrag är utan fokus ska vara på utbildning och erfarenhetsutbyte vid operationstillfället. Samverkan och erfarenhetsutbyte mellan operationspersonal och leverantör utgör grunden för en god vård och leder till en ökad patient-säkerhet, säger Kristina Lockner, ordförande för Riksföreningen för operationssjukvård

Att det är Riksföreningen för operationssjukvård och branschorganisationen Swedish Medtech som tagit initiativ till certifieringskursen faller sig naturligt. Föreningarnas medlemmar är målgrupp för kursen. Swedish Medtech, som samlar de medicintekniska företagen i Sverige, har flera medlemsföretag som berörs av en certifieringsutbildning. De flesta företagen levererar operationstekniska lösningar och har därför personal som medverkar vid operationer.

- Liknande certifieringsutbildningar finns redan i flera europeiska länder; bl.a. Storbritannien

och Belgien, där branschorganisationerna och professionsorganisationer håller i dessa, och flera medlemsföretag har tidigare efterfrågat en sådan kurs, förklarar Roger Ahlgren, ordförande för Swedish Medtechs sektorsgrupp för operation, anestesi och intensivvård.

Utbildningen, ska fungera som en kvalitetsstämpel på de individer och företag som av olika anledningar är på operationsavdelningar och på sal. Man kommer även att fokusera på kompetenshöjning inom upphandling och samverkansavtalet under denna tvådagars utbildning.

- Utbildningen rullar igång nu i höst och inom ett år hoppas vi kunna börja lägga upp en lista på vår hemsida med de företag som har certifierad personal, avslutar Kristina Lockner. •

Fakta: Mia Engman Hyrén, Informationsansvarig Swedish Medtech

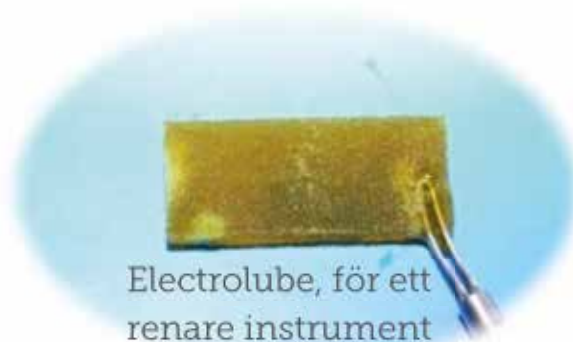


Elektrokirurgi utan rök
är möjlig med SafeAir
diatermipenna och
SafeAir rökutsug

KEBOMED är ett nordiskt, modernt och
miljömedvetet medicintekniskt företag som
förknippas med bästa sortiment och service



Fascia
skalpel



Electrolube, för ett
renare instrument

Vi har
utrustningen
ni behöver!

info@keborned.se | KEBOMED AB | Kanalvägen 1 A | 194 61 UpplandsVäsby | Sverige | 040-30 51 05

KEBOMED



Caroline Higgins, EORNA President

Caroline Higgins från Irland är sedan 2009 ordförande i EORNA (European Operating Room Nurses Association) och kommer vid höstens styrelsemöte i Glasgow att avgå som ordförande. Vid Riksföreningen för operationssjukvårds jubileumskongress i höstas, bjöd vi in Caroline Higgins för att föreläsa och hennes föreläsning "Perioperative Nursing A humane Profession" var mycket uppskattad. Vi har under våren kommunicerat mailledes för att göra en intervju för Uppdukat. Artikeln är baserad på mina frågor till henne om hennes uppdrag och vi har valt att återge hennes svar på engelska.

Work as President

My work as EORNA President has been wide and varied. It has been a great honour and true pleasure to have represented EORNA, European Perioperative Nurses and nursing all over the world. It has also been an honour to represent my country and association in doing so. As well as preparing much documentation for the twice yearly EORNA Board meetings there is a huge amount of work in between. Preparation for the meetings takes a lot of time. Checking and proof reading minutes can take a long time as well as several reports. The president has to understand all other documentation and follow up on most of them. The activities of the committees (in the EORNA board) may need prompting and/or advising. Often various committee work needs assistance, for example I met for 2,5 days to work on the governance document in February.

Last year I travelled twice to make a video for ANSELL re patient safety. I have several meetings via technology mediums with associations national/international, individuals, companies etc. Many documents, surveys, promotional documents have to be completed on a regular basis. I prepare updates for Board, IFPN, web etc. as required. I attend in person as many congresses and meetings as possible and I have delegated several opportunities or representative roles to other officers, chairs or Board members in order to be inclusive, open, sharing



Caroline Higgins

and to expand the face of EORNA to the maximum capacity. I also believe it is important to give development opportunities to all the Board. I spend a lot of time trying to seek out opportunities for EORNA. I follow EU initiatives, i.e. Horizon 2020 to try to work on such initiatives and also to inform the Board and thereby the association memberships. I have developed the presentations and formulated several press releases. Letters and communication to associations, individuals etc. in terms of gratitude, support or concern. I.e. letters to WHO, EFN, IFPN, INMO etc.

I have drafted several of the policies and guidelines for EORNA Board to approve. There is an enormous amount of consultation with the wider perioperative fields. I also write to associations or individuals to acknowledge an achievement, to encourage others, express sentiments on certain situations or happenings. There are regularly individual association situations to negotiate or deal with.

To negotiate with companies and other relevant stakeholders re collaboration or sponsorship of EORNA,

for example Award systems, position statements, collaborations. Currently I am pursuing 2 more options. I am preparing for strategy meeting, arranging flights, agenda, meetings and documentation. I have also been overseeing and communicating with the next Organizing Committee for the EORNA Congress 2017 and past Organizing Committee re progress and needs. This is just a snapshot of the overall role, there are regular decisions to be made and daily e-mails.

Time it takes

Time spent on EORNA work is varied, depending on time of year or if there is upcoming activity. However it is a significant amount of time. Certainly I have spent days in a week or even full weeks++ undertaking EORNA work. Over the past two years I have not been in full time work. Prior to that I was in full time work and it was very challenging and difficult. I sometimes got 'leave from work' to attend but it was minimal, maximum was that one year I got ten days, I think. I regularly used all my annual leave to attend EORNA business or used my week-ends off. I think it will be valuable to May Karam (next EORNA President) that she works nights permanently, which allows her to maximize time off. A lot of time is taken travelling and attending other meetings, congresses or on EORNA representation. In my tenure I have tried to attend as many member association congresses as possible. We have also other duties including EU Osh, WHO, IFPN, ESNO, CEN, AORN, ASIORNA, NZ, to include a few. Currently we are trying to arrange a meeting with EU MEPs in Brussels. I have attended several relevant meetings in Ireland and contributed to taskforces in relation to EU directives, policies.

Key events

In this tenure I feel we have made great leaps in the promotion of EORNA globally, the awareness of perioperative Nursing and Nurses and have strengthened the Voice of perioperative nursing in the healthcare arena significantly. The officer-ship has endeavour-

ed to create and be open and inclusive. Huge improvements have been made to the financial records and process. The EORNA strategy plan was initiated and developed over the years. The inclusion of 'Honorary Member's was piloted and commenced to expand workforce and retain experience. All documents have been made available to member's representatives by web or via reporting mechanisms. Contributed to and promoted EU directives i.e. Sharps directive, EU education proposal, EU competency framework, EU professional identification, WHO Checklist to name a few. Created several platforms for the advance and opportunities for perioperative nurse: Congresses, award systems, e learning, ACE accreditation. Communication: Development of EORNA communication guidelines, use of SKYPE, Facebook, E-Journal, press releases, EORNA Presentation, Documentation and archive system on web, meeting packages available to all Board pre meetings. Interim reports to all Board. Representation in a global setting on regular basis.

Education & development

Revised the Core Curriculum, competency framework, developed first European Perioperative Nursing policies, e-learning programs, Safety & infection control videos. Collaborations with relevant associations-CEN- contribute as end user, EU-OSH as partners etc. Supported two main charities Lifebox and FOAN with significant results. Perioperative profession role of EORNA has been enhanced via Board Member Identification, record of service, reporting and communication improvements. There has been wider recognition of the Perioperative role globally and the demand for EORNA representation and involvement. Greater opportunities have been developed for the perioperative nurse through platforms, awards, education, articles and voice. Several member associations have commenced perioperative courses and introduced directives, guidelines and policies. Platforms for presenting and participating in a European/global arena gives powerful networking opportunities, promotes the profession, shares learnings and gives development openings to all. Development of Documents as indicated previously. Has definitely increased the power of the voice of perioperative nurses advise/ input is very often sought after.

Challenges to EORNA

I think some of the challenges facing EORNA include:

- The capacity of a volunteer force to meet the demands of the work and input required.
- The strength of the Board members to ensure correct choices are made in the interest of EORNA.
- Financial constraints as 'a non-profit' Organization.
- Decisions in relation to the future path of EORNA as being currently discussed- the collective vision of the Board.
- I believe also the language is still a barrier and hope that the future will afford some technological assistance.

Vision for EORNA

My vision for EORNA would be to employ part time management consultancy to enhance collaborations with Key institutions, obtain sound marketing, legal, financial advice. Remove the day to day work load from the Board so they might use the meeting time better to make decisions and progress at a faster pace. Utilize the many opportunities open to EORNA, currently limited by time, finance, expertise and personnel. Expert advice in areas of non-nursing would allow informed decisions to be made in order to affect changes to increase income and access appropriate services to produce products to enhance the perioperative nurse and patient care. It would also create the networks required to become a more powerful voice in all aspects of perioperative nursing and care.

Create more platforms for the ordinary member to develop and learn. Made them easily accessible and affordable.

Create a more interactive and proactive web site.

Individual membership - access to libraries, magazines etc. EORNA needs to become as a whole a more politically and consistently effective voice - not just pockets. Robust Governance program and policies. Robust Research program of perioperative related topics. Review of current structure and status of the Organization, commenced but in its infancy currently, i.e. help from Management Company, some % paid work force, +/- directorship.

EORNA role to member associations/countries

I believe EORNA plays a key role in Perioperative care/nursing/associations

across Europe and beyond. It is hugely important in today's ever changing Health care arena and cross boarder Health initiatives, to have a robust network of Perioperative nurses, advising, learning and developing together. Embracing our differences and diversities in the spirit of humanity and sharing. It is also important in meeting the demands and development of EU and Global policy that effect all. It is vital for the future of our profession that we progress and develop in unison and in the same direction. The EORNA Congress is a valuable asset for all members and globally to present or learn/share on a European platform. There is no doubt that together we present a stronger voice. We all have to be part of a forum where we can look outside what we have ourselves, even if that serves to enforce your practices/ beliefs or it serves to effect change. I believe all National Associations are enhanced by being part of a more global Organization.

My life after EORNA

I hope to continue through some avenue to assist perioperative care/ nursing to keep growing, improving and strengthening. I have completed an education training program recently to allow me to work sharing knowledge through teaching and instructing. I am continuing to develop my skills in presenting and hope to attract opportunities to deliver key note speeches and presentations in the Perioperative and Health care arenas globally. I would like to make presentations on a professional basis. I have continued progressing through the Toastmasters International program and have attained some significant milestones and award status. I enjoy toastmasters but also have the facilities within it to learn and improve.

Finally I would like to spend some time giving to the missions to help educate and develop in the third world which will enhance life and patient care. I will no doubt have separation anxiety for a time, and will miss everybody and the contact with so many special people and cultures. It has been to date a remarkable experience and personal development opportunity that I feel privileged to have been afforded. I feel as passionate today as ever before about the value and importance of perioperative nursing, quality of care delivery, safety, advocacy, humanities of health care & continuity of education and development. Patients and colleagues my priorities in the wider sense always. •



En kongressberättelse

EORNA-kongressen Rom 7 - 10 maj

Jag som skrivit kongressberättelsen heter Cornelia Kellner och jag jobbar som operationssjuksköterska vid Ortopedsektionen på Lunds universitetssjukhus (SUS Lund) och hade bland annat erhållit stipendium från Riksföreningen för operationssjukvård för att finansiera resan.

Invigningsceremoni fredagen den 8 maj

Invigningen av EORNA-kongressen gick av stapeln i Rom fredagen den 8 maj. Även om kongressen anordnades av den europeiska sammanslutningen av operationssjuksköterskeföreningar, fanns delegater från utomeuropeiska länder representerade. Ett helt gäng operationssjuksköterskor kom från bl.a. Australien, Nya Zeeland, Israel, Korea, USA, Canada och Mexiko. Deltagarantalet uppgick till drygt 1100 operationssjuksköterskor. Invigningen bestod av flera talare från EORNAs organisation, däribland ordförande Caroline Higgins från Irland.

De flesta länderna som deltog i kongressen hade en flaggbärare som bar in sitt lands flagga till tonerna av traditionell folkmusik eller välkänd poplåt från respektive land. Länderna fick välja om man flaggbäraren skulle bära traditionella folkdräkter eller vanliga finkläder. Svenska flaggan bars in av operationssjuksköterskan Marie Afzelius till tonerna av Roxettes "Joyride". Sverige hade drygt 30 operationssjuksköterskor på plats, Norge nästan 100 och Danmark omkring 65 stycken. Efter invigningsceremonin var det dags för lunch och sedan började föreläsningsblocken. Vi hade fått ett föreläsningshäfte med beskrivningar av varje föreläsning och förflyttade oss efter intresse mellan de olika hörsalarna. Föreläsningarna hölls på antingen engelska eller italienska, och på de italienska föreläsningarna fanns headset att låna för att kunna lyssna till en engelsk, tysk eller fransk översättare istället.



Cornelia Kellner

En engelsktalande moderator styrde de efterföljande diskussionerna som fördes.

På fredagen lyssnade jag till föreläsningarna "Peri-operative nurses' current practices and knowledge of the pneumatic tourniquet in the surgical setting" av Helen Muldowney från Irland, "From SBAR to SHAR – a portuguese adaption" av Maria Madalena Pires från Portugal samt "Dutch quality register" av Jeanine Stuart från Nederländerna. Samtliga föreläsare var operationssjuksköterskor. I Portugal var en modell för överrapporteringssystem något av en nyhet, och tidigare hade inget vedertaget överrapporteringssystem vid avlösning under operation funnits. Nu försökte man implementera sin egen version av SBAR som de kallade SHAR, vilken i princip i mitt tycke var identisk med SBAR. Den nederländska föreläsningen fokuserade på ett kvalitetssäkringssystem för specialistsjuksköterskor. Det byggde bland annat på ett poängsystem, där man



fick poäng för genomförda fortbildningskurser. Enligt föreläsaren var ett av målen med kvalitetssäkringssystemet att man skulle fortsätta utvecklas i sin yrkesroll, men också att kontrollera kunskaperna hos de som arbetat ett tag. Kvalitetssäkringssystemet skulle vara behjälpligt i att skapa en överblick av de anställdas kunskaper.

Studiebesök

Vid halv tre på fredagseftermiddagen åkte jag iväg på ett studiebesök vid ett av de nyare och mer moderna sjukhusen i Rom, *Tor Vergata*. Det var fritt fram att fotografera både personal och lokaler under studiebesöket, men på grund av tillståndsregler avstår jag från att publicera de flesta av bilderna i kongressberättelsen. Det bör också poängteras att mina iakttagelser endast representerar ett besök som skedde under några få timmar, och jag tror därför inte att det utifrån dessa går att uttala sig om den generella praxis eller standard som råder i italiensk operationssjukvård över lag. Vi var totalt femton kongressdeltagare som deltog i studiebesöket på sjukhuset som låg

drygt 40 minuter från Rom med buss. Sjukhuset var färdigbyggt 2001 och operationsavdelningen invigdes 2002. Operationsavdelningen bestod av fyra polikliniska salar och 15 allmänkirurgiska salar där de bedrev all sorts operationer, bortsett från barnoperationer som gjordes på andra sjukhus i Rom-området.

Vi fick en rundvandring med Bernardino ("Eh, you call me Dino..."), som arbetat som operationssjuksköterska sedan 2005. Italien har ännu ingen formell utbildning till operations-sjuksköterska. Man läser grundutbildningen till sjuksköterska och lärs sedan upp på den operationsavdelning där man fått en anställning. Ganska snabbt insåg man att det inte råder liknande förhållanden avseende bland annat personalens klädsel på en operationsavdelning och dylikt. En av operationssjuksköterskorna som kom ut från en ortopedsal hade stora dinglande örhängen och en liten mössa på toppen av huvudet. Hennes långa hår hängde i en hästsvans som föll ner på ryggen. När hon drog av handskarna och vinkade såg vi att hon hade gel naglar, vigselring och armband på sig. Konceptet med stängd sal under ingrepp verkade inte vara kutym på denna operationsavdelning. Vi passerade tre ortopedsalar, varav två salar hade pågående operationer under fredagseftermiddagen. Bägge dörrarna stod mer än på glänt. Istället för att stänga dörren gick vår guide fram, ställde sig i dörröppningen och började prata med personalen. När vi tittade in på andra salen, som hade två dörrar och en av dem öppen, höll drygt tio personer på med diverse aktiviteter. Det verkade inte finnas en gräns för hur många personer som fick lov att vistas på salen samtidigt. Jag uppfattade att det pågående ingrepp var en femurfraktur som skulle åtgärdas med en plattfixation av något slag. Ett flertal läkare var operatörer på samma ingrepp. En undersköterska som var pass på sal stod några centimeter från den sterila klädseln på motsatt sida av ingreppet och hade på sig en privat huvtröja ovanpå arbetskläderna. Ingen hade Glenn-mössa med lång hals eller arbetskläder i engångsmaterial, utan det var bomullskläder utan muddar. Det var små mössor och nästan allt hår ute eller väl synligt på samtliga. Den av operationssjuksköterskorna som täckt håret bäst hade en vanlig grön mössa som hon klippt ett hål i baktill, och där hade hon gjort en knut av sitt

hår och täckt det med ytterligare en mössa över knuten.

På grund av språkförbistring mellan oss besökande och guiden fick vi ingen klarhet i infektionsprevalensen eller förekomsten av MRSA på operationsavdelningen. Enligt Referensgruppen för antibiotikafrågor (Svenska Läkaresällskapets externa referensgrupp i antibiotikafrågor) beräknas det att 30-60% av den *S. Aureus* som förekommer på italienska sjukhus är meticillinresistent. Sterila varor blandades med icke sterila i olika förråd. Batterier på laddning stod bredvid öppnade galler som i sin tur stod bredvid olika sorters stöd till operationsbord. Dagen när vi hälsade på var all Hibiscrub slut i pumptvålarna på operationsavdelningen, så de hade tagit fram en gul jodlösning som de berättade att de brukade använda innan Hibiscrub kom på marknaden. Av vad jag kunde observera verkade inte finnas ett vedertaget sätt att utföra handtvätt. Inget av operationsborden som vi fick se hade Tempurmadrass, utan det var madrasser av äldre modell. De hade dock Maquet-toppar till borden. På operationsavdelningen fanns även två inofficiella rökrum. Man kunde känna rökdoften i korridoren när man promenerade mellan operation och IVA.

Lördagen den 9 maj

Under lördagsförmiddagen hölls en så kallad *Priority session*, som var en längre föreläsning på en timme samtidigt som det var paus för alla andra föreläsare. Professor Judith Tanner från England föreläste på ämnet "*Current issues in Surgical site infections*", d.v.s. vårdrelaterade infektioner. Judith är verksam vid University of Nottingham och Leicester hospital. Denna föreläsning var en av kongressens bästa i mitt tycke. Dels var Judith Tanner en väldigt kunnig och underhållande föreläsare, och dels är ämnet ständigt aktuellt för vår profession.

Judith inledde med att berätta om hur hon kommit till Rom i samband med kongressen. "*I'm so delighted to be here! The other day I was at the airport... and I saw the most gorgeous Italian man... you know... truly GORGEOUS... he approached me with a sign that read 'Judith Tanner, EOR-NA' and asked... 'Judith Tanner...?'... and I was like 'YES!!! It's me!'... well, yeah... delighted... that word doesn't cover it... I'm 47 you know...*" Judith Tanner berättade om sin

bakgrund inom forskning angående vårdrelaterade infektioner. Hon hade både forskat på drabbade patienters erfarenheter och upplevelser av att ha en vårdrelaterad infektion (VRI), men hade även studerat de kvalitetssystem som engelska sjukhus använder för att registrera antalet vårdrelaterade infektioner. Hennes intervjustudier med drabbade patienter visade bland annat att många patienter länge var ovetande om att de faktiskt drabbats av en VRI och att merparten fått otillräcklig information om vad en VRI var. En del patienter i intervjustudien uppgav att de inte visste var de skulle vända sig med sin infektion, eftersom sjukhuset där de opererats ansåg att de var färdigbehandlade från deras sida och att deras vårdcentral inte ansåg sig ha tillräcklig kompetens för att behandla tillståndet. Lidandet bland dessa patienter var stort, och många ansåg sin situation vara hopplös. Judith Tanner framhävde det faktum att vårdrelaterade infektioner av någon anledning blivit ett "low profile-problem" i jämförelse med andra sjukdomstillstånd, vilket gjort att allmänheten i regel vet väldigt lite om VRI. Bortsett från det stora personliga lidandet för den drabbade är vårdrelaterade infektioner otroligt kostsamma. Judith Tanner visade siffror från NHS (National Health Services: det offentliga engelska sjukvårdssystemet) som beräknade att en långdragen vårdrelaterad infektion kunde kosta upp till 125 000 Euro att behandla. Vidare framhöll Judith Tanner att förebyggande av hypotermi var den viktigaste åtgärden att lägga kraft på, bortsett från de sedvanliga preventiva åtgärderna som grundlig pre-operativ tvätt, bevarandet av steriliteten, litet antal personer på sal etc. Arbetet med att hålla patienten varm kunde med fördel börja redan på förberedelseavdelningen. Tanner poängterade att ett utökat arbete för att motverka hypotermi var en kostnadseffektiv åtgärd, eftersom många operationsavdelningar redan har detta som ett prioriterat område.

Lördagen fortskred med föreläsningar om de privata mobiltelefonernas vara eller icke vara på operationsavdelningarna. Jag lyssnade till "*Is the increased use of private cellphones in the operating room a risk for hand-hygiene?*" av Dorte Christiansen från Danmark och "*Cell phones as potential sources of bacterial spread*" av Victoria Ermchenko från Israel.



Marie Afzelius

Båda föreläsarna pekade på problematiken i att den privata mobiltelefonen idag blivit som en förlängning av den egna personen. Man förväntar sig att få lov att ha med sin privata mobiltelefon till operationsavdelningen och att vara tillgänglig även på arbetstid. Dorte Christiansen berättade i sin föreläsning om att den privata mobiltelefonen ofta är med under fler olika moment under dagens lopp. Den ligger många gånger i samma väskfack som nycklar och pengar, ligger på matbordet vid måltider, tapas på golv, är med på toaletten m.m. Den kontamineras därför ständigt, och väldigt få personer rengör sin mobiltelefon regelbundet. Därför ansåg Dorte Christiansen att det föreligger ett behov av att arbeta fram riktlinjer

för i vilken utsträckning man ska få lov att ta med sin privata mobiltelefon till arbetet på en operationsavdelning, när den ska få lov att användas och att handsprit bör rekommenderas efter hantering av mobiltelefonen under arbetsdagen.

Victoria Ermchenko presenterade sin israeliska studie, som fokuserade på att utföra "swab tests" ("topsning" på pekskärm, samt mobiltelefonens sidor och baksida) på en operationsavdelnings personals mobiltelefoner för att identifiera vilka bakterier de förde med sig. Studiens hypotes var att patogena bakterier skulle återfinnas i stor utsträckning på de undersökta telefonerna, men resultatet påvisade enbart förekomst av

patogena bakterier på 4 % av urvalet. Victoria Ermchenko underströk dock vikten av vidare och mer omfattande studier i ämnet, då tidigare studier från bl.a. Turkiet påvisat patogena bakterier på upp till 95 % av mobiltelefonerna som topsats i undersökningssyfte. Därefter avrundades dagen med temat Healthy workplaces och föreläsningarna *"Why is ergonomics so important in the operating room?"* av Emel Sütsünbüloglu från Turkiet, *"Surgical smokes: a known risk by operating room nurses?"* av Alexandra Gablin från Frankrike, *"Noise in the operation room"* av George Geogiou från Cypern och *"Investigation of surgical smoke risks and preventive measures in Turkish operating rooms"* av Meryem Yavuz van Giersbergen från Turkiet. Den nederländska moderatorn Charmaine Betzema berättade att det finns ergonomi-team på många nederländska operationsavdelningar. Ergonomiteamen bedömer arbetsmiljön och arbetsredskapen för att underlätta för personalen i så stor utsträckning som möjligt. De var även behjälpliga vid inköp av ny utrustning som t.ex. operationslampor, för att undvika inköp av utrustning som var svårhanterad eller otymplig. Den cypriotiska föreläsningen om oljud i operationssalen framhöll bland annat studier som visade att många operationssjuksköterskor drabbas av hörselnedsättningar. Risken att drabbas av hörselnedsättning var som störst för operationssjuksköterskor inom ortopedisk verksamhet, då den sortens kirurgi innebär många arbetsmoment med ljud som är höga och skarpa (från bankande hammare, användande av såg osv.) och/eller ständigt pågående (som t.ex. susande från sugapparat). Tyvärr upplevde jag inte att föreläsaren kunde peka på några konkreta förslag på vad som kan göras för att skapa en mindre bullrig arbetsmiljö. Däremot betonades att utvecklingen av nya instrument och maskiner har gjort arbetsmiljön mindre bullrig än vad den var förr, när högtrycksmaskiner var i bruk i större omfattning än idag. På lördagskvällen anordnade EORNA en galamiddag med fyrråters middag och livemusik. Vi bussades till en stor festlokal ungefär en halvtimme söder om Rom. Mussolini stod tydligt bakom utformningen av både festlokalen och parkområdet utanför.

Söndag den 10 maj

Kongressens sista dag lyssnade jag bland annat på föreläsningarna "A

qualitative study of surgical nurses possibilities for developing competences in practice – highlights from a Master thesis” av Mette Gjødved Høy från Danmark och *”Innovation in clinical competence assessment for OR nurses”* av Monica Kegel Dalsgaard, även hon från Danmark. Föreläsningen av Monica Kegel Dalsgaard berörde det faktum att Danmark fortfarande saknar en formell utbildning till operationssjuksköterska. Operationssjuksköterskor i Själlandsregionen i Danmark har därför utarbetat tio kompetenskort som ska fungera som en slags kvalitetssäkring för operationssjuksköterskor. Man måste genomgå praktisk träning i olika moment och även träna reflektion, för att nämna några av kompetenskravens krav. Kompetenskravet är ett nytt grepp, och de är än så länge bara giltiga för operationssjuksköterskor på Själland. Skulle en operationssjuksköterska från Själlandsregionen börja arbeta på en operationsavdelning på Jylland har hennes godkända kompetenskort inget direkt värde. Danmark saknar därför fortfarande en nationell strategi för att säkra kunskaps- och kvalitetsnivån på operationssjuksköterskorna. I föreläsningens efterföljande diskussion nämnde Kegel Dalsgaard politisk ovilja som en av de bakomliggande anledningarna till att Danmark ännu inte har en formell operationssjuksköterskeutbildning. Enligt henne vill politikerna inte behöva betala högre löner till ytterligare en kategori specialistsjuksköterskor, vilket blir en ofrånkomlig konsekvens av att ha mer högt utbildad personal.

Innan avslutningsceremonin som innehöll prisutdelningar för bästa muntliga presentation och bästa poster, höll Jan de Boeck från Belgien en motivationsföreläsning på temat *”Can we change the perioperative world today?”*. De Boeck innehar vad jag kunde förstå någon form av chefsposition inom operationsverksamheten vid ett större sjukhus i Belgien. Föreläsningen kretsade kring hur man ska skapa en trevlig arbetsmiljö dit man känner längtan, och hur man ska tackla de universella problem som uppstår i det sociala samspelet på operationssalen oavsett vilket land man arbetar i. Det var lite för mycket Hallelujah-moment för min smak, och emellanåt en smula trivialiserande. Bara för att man går runt med ett leende hela tiden löser inte det samtliga problem på jobbet. Och visst kan man lära sig att acceptera och respektera



Cornelia Kellner, Christina Etén Bergqvist och Chrissanti Kopylov

kollegor som är ständigt negativa, men det kommer ändå oundvikligen att ta på de egna krafterna att ha med sådana personer att göra. På det stora hela var det dock en ganska trevlig föreläsning, bara en aning farsartad.

Och några avslutande ord...

För att finansiera min resa till kongressen sökte jag och erhöll stipendier från Södra Sveriges sjuksköterskehem, Riksföreningen för operationssjukvård samt IVA/OP:s-fond på universitetssjukhuset SUS Lund. Nästa kongress går av stapeln våren 2017 på Rhodos, Grekland.

Är man intresserad av att delta i nästkommande kongress som föreläsare kan man göra detta på olika sätt.

Man kan bl.a. göra en poster, eller skicka in ett abstrakt från sin uppsats (oberoende nivå: kandidat-, magister-, eller master). EORNAs vetenskapliga kommitté läser de inskickade abstrakten och väljer gemensamt ut vilka som ska få gå vidare och erbjudas att göra en muntlig presentation. Ytterligare information återfinns på EORNAs hemsida när nästa kongress närmar sig. Det kommer också att finnas information på den svenska riksföreningens hemsida.

EORNA: <http://www.eorna.eu/>

Riksföreningen för operationssjukvård: <http://www.rfop.se/> •



Rapport

EORNA styrelsemöte i Rom

Strax innan den 7:e europeiska kongressen för operationssjuksköterskor i Rom, hölls styrelsemötet för EORNA representanterna. Styrelsemötet hölls på samma hotell som kongressen, Ergife Palace Hotel och startade tisdag den 5 maj och avslutades torsdag den 7 maj.

Vi hälsades välkomna till Rom och mötet av Maria Caputo som är ordförande i den italienska operationssjuksköterskeföreningen och av Mirella Lepore som är EORNA-representant för den italienska föreningen. Mirella Lepore har haft stort engagemang i anordnandet av kongressen. Caroline Higgins, president i EORNA, hälsade alla välkomna och öppnade styrelsemötet. De flesta länders representanter deltog, Polen deltog för första gången sedan de valdes i hösten 2014 i Tallinn och från bl.a. Ryssland kom en ny ledamot. De representanter som inte närvarande var de från Serbien. Rapporter från ordförande, vice ordförande, sekreterare och kassaförvaltare om vad de utfört och deltagit i sedan senaste mötet.

Ett intressant ämne som behandlades var att man undersökt möjligheten att samarbeta med ett företag som skulle kunna ta över vissa administrativa uppgifter inom EORNA och där man också skulle kunna ha möten i deras lokaler. Positivt tycker vi som representerar Sverige, eftersom vi tidigare har föreslagit att ett möte per år ska vara permanent på en lättillgänglig plats i Europa. Även de olika ordförandena i arbetsgrupperna (committees) rapporterade vad respektive grupp arbetat med. Educational Committee har lanserat en eJournal, som har publicerats. EORNA har också publicerat Position Statements and Guidelines for Perioperative Nursing Practice Part 1 som kan köpas för 80 Euro.

Inför kongressen har det varit mycket arbete för Organizing Committee.



Annika Sandelin

Likaså har Scientific Committee haft ett stort arbete med att välja ut bra föreläsare och ämnen till kongressen, från de över 300 inskickade abstract. Mycket tid ägnades åt att diskutera den kommande kongressen, deltagare och budget. Deltagare till den 7:e europeiska kongressen var 1185 registrerade från 43 olika länder. Sverige hade 30 deltagare.

Det var dags för val av både ny ordförande i EORNA och ny vice ordförande. Styrelsen fick därför lyssna till presentationer av de som nominerats till posterna. Det var två kandidater som hade nominerats till president/ordförande - May Karam från Frankrike och Meryem Yavuz från Turkiet. May Karam blev vald till EORNAs president och hon tillträder under höstmötet i Glasgow, England. Därefter presenterade sig de bägge kandidaterna som nominerats till vice president/ordförande de som presenterade sina meriter var Meryem Yavuz från Turkiet och Jana Wichsovà från Tjeckien. Efter röstning blev Jana Wichsovà vice president och tillträder vid mötet i Glasgow. Ytterligare val av ordförande för kommittéer gjordes, ordförande för Scientific Committee blir Jaana Perttunen från Finland.



Jana Wichsovà och May Karam

Inför kongressen i Grekland 2017 får Organizing Committee delvis nya medlemmar och det är Dimitris Poulis Grekland, Olivier Williëms, Belgien, Mirella Lepore, Italien, Jaana Perttunen, Finland, May Karam, Frankrike och Charmaine Betzema, Nederländerna. Nästa punkt på agendan var kongressen 2017, alltså den 8:e europeiska kongressen som kommer att tilldras sig i Grekland på ön Rhodos i maj 2017. Vi fick en genomgång av budget och hade möjlighet att ställa frågor till Greklands representanter.

Rapport om olika samarbetspartner, däribland IFPN som fick ny president från Australien, Ruth Melville, hon tillträdde posten den 10 maj.

Årsmötet, som hålls under vårens styrelsemöte, innehöll bl.a. godkännande av executives som har blivit valda; President/ordförande May Karam, Frankrike, vice president/vice ordförande Jana Wichsovà, Tjeckien, sekreterare Aina Hauge, Norge, kassör Charmaine Betzema, Nederländerna. ●



Studiebesök på Bambino Gesù Ospedale Pediatrico

Under EORNA-kongressen i Rom gavs möjlighet att göra studiebesök på olika sjukhus och jag besökte Bambino Gesù Ospedale Pediatrico, som låg lite utanför Rom på en höjd med en fantastisk utsikt över Rom. Bambino sjukhuset är det största barnsjukhuset i Rom med 2 600 anställda och 1 miljon besök per år. Deras motto var "Du tänker på ditt barn vi tänker på allt annat"

Tyvärr fick vi inte fotografera alls under hela studiebesöket men jag lyckades fånga en bild med troligtvis den viktigaste personen i Rom - Påven Franciskus. Påvens bild fanns på alla väggar på sjukhuset, även på operationsavdelningen som vi fick besöka.

Min grupp som bestod av ca 20 operationssjuksköterskor från hela världen fick först besöka barnhjärtkirurgin. Vi togs emot av en trevlig manlig sjuksköterska som tyvärr inte kunde mycket om operationsavdelningen, men han kunde engelska. Vi fick gå runt på avdelningen med skyddsrock, skoskydd och mössa. De som jobbade på operationsavdelningen hade gröna kläder och mössa. I korridoren gick även andra vårdanställda med vita kläder. De försäkrade oss att de inte fick gå in på operationssalarna med vita arbetskläder. På denna avdelning fanns två operationssalar och här gjordes all barnhjärtkirurgi även hjärttransplantationer. De arbetade efter WHO checklista med Check In, Time Out och Check Out. Vi fick även veta att alla barn fick ha föräldrar med sig in på avdelningen fram tills de somnade. Hela gruppen fick sedan besöka BIVA, där vi fick titta på deras vårdssalar som bestod av en stor sal med 13 vårdsängar och tre enkelrum. Enkelrummen användes bara till hjärttransplantationer och infektioner. De hade precis börjat med att föräldrar fick följa med in på avdelningen och det var väldigt rörigt på avdelningen tyckte vår guide.



Han upplevde att föräldrarna var för emotionella och störde deras arbete.

Därefter fick vi besöka den allmänkirurgiska avdelningen som var större men dessvärre ganska omodern. Vi gick till en helt annan byggnad och även där ta på oss skyddsrock, mössa och skoskydd. Denna avdelning hade fyra operationssalar, men tyvärr var ingen i bruk just när vi var där då det var fredag eftermiddag och det kändes ganska tomt. Vi gick runt i grupp och fick gå in och titta på operationssalarna. De hade ett rullande system med olika opererande kliniker på olika dagar. Det fanns inget krav på att inte bära smycken och håret doldes inte med mössan. Långt hår hängde ut under mössan. Däremot bar alla munskydd även i korridoren. Sjuksköterskan som gick runt med oss förklarade att alla barn fick ha med sig föräldrar tills de somnade. Alla Bambinos som

kom var inläggande eller akuta patienter. Vi förstod att postoperativt transporterades patienten med en liten hiss till andra våningen för uppvaknandet. Vi var alla intresserade av deras process med instrument. Vår guide förklarade att allt skickades till

en central sterilcentral i Rom som tillhandahöll all service med diskning och sterilisering. Alla instrument och galler förvarades i ett rum med hyllor. Inget register fanns utan man fick leta varje gång man skulle plocka till en ny operation.

Sammanfattningsvis var det ett väldigt lärorikt studiebesök, men tyvärr var språket ett litet problem eftersom det inte är många som kan engelska. •

Fakta: Chrissanti Kopylov, operationssjuksköterska, barnoperation, SUS Lund

Stavanger 26-27 mars 2015

Rapport från NORNA-möte

Mötet hölls i Stavanger. Stavanger är en stad på Norges västkust som till största del livnär sig på olja. Staden består av 120 000 invånare, men upp-tagningsområdet för Stavangers Uni-versitets sjukhus är ca 300 000. Man skulle kunna tro att i ett rikt land som Norge skulle sjukhuset vara i topp-skick, men vid vårt studiebesök såg vi exempel på både nytt och gammalt. Vi började mötet med den sedvanliga presentationen. Nya medlemmar för året är Merete Kjeldstaad, Danmark och Anne Lind Jolstad, Norge.

En kort rapportering från res-pektive land

På *Island* är man väldigt nöjda med att ha fått tio nyutexaminerade ope-rationssjuksköterskor i februari och att ytterligare sex är på gång under hösten. En anledning till att så många väljer vårt yrke kan vara att man redan i termin två under grundutbild-ningen har praktik på operationsav-delning. Operationssjuksköterskeför-eningen i Danmark firar i år 40-års jubileum. Nytt i *Finland* är att man mäter vårdtyngden på operationsav-delning. Detta upplevs som ett extra arbete som tar mycket resurser från patientarbetet.

I *Norge* har man inlett en undersök-ning för att avgöra hur många ope-rationssjuksköterskor det finns i landet samt ålder på dem och vakanser på avdelningarna. Undersökningen visar som i Sverige att inom en snar framtid kommer många operationssjukskö-terskor att lämna yrket på grund av pensionering och att det måste utbildas mer specialistsjuksköterskor för att fylla deras tomrum. Sjukhuschefer och politiker klagar också över bristen på specialistutbildade sjuksköterskor och de vill nu på försök etablera en ny och lägre utbildning, s.k. tekniker-utbildning. I höstas kallades NSFLOS



Överst fr. vä: Aina Hauge Norge, Jette Isberg Danmark, Catarina Augustsson Sverige, Marja Sirkeinen Finland, Anne-Marie Nilsson Sverige. Nedre raden fr. vä: Thorunn Agnes Einarsdottir Island, Anne Lind Jolstad Norge, Marianne Lundsten Finland, Merete Kjeldsgaard Danmark.

(Norsk Sykepleierforbund faggruppe av Operasjonssykepleiere) till riksdagen för att träffa de styrande i landet och diskutera en sådan utbildning. De tror dock att de övertygat dem om att det bästa man kan göra är att utbilda fler sjuksköterskor genom det befintliga systemet, istället för att utbilda tekniker som bara kan göra en del av operationssjuksköterskans arbetsupp-

gifter. De fokuserade på kvaliteten och patientsäkerheten. NSFLOS strävar istället att Master-utbildning ska ingå i specialistutbildningen. Den finns redan på vissa universitet och är då på 2 år jämfört med den traditionella på 1,5 år. Lön utbetalas under utbildningen och genererar en betydande löneökning. För att locka fler att söka specialistutbildning har moderför-



Fr. v: Anne-Marie Nilsson Sverige, Catarina Augustsson Sverige, Aina Hauge Norge, Marja Sirkeinen Finland, Anne Lind Jolstad Norge, Marianne Lundsten Finland, Merete Kjelsgaard Danmark. Jette Isberg, Danmark. Thorunn Agnes Einarsdottir Island

bundet gjort en film om operations-sjuksköterskeyrket som finns att se på www.overblikk.net

Från Sverige rapporterade vi om att det är brist på operationssjuksköterskor på många sjukhus. Det har kommit till vår kännedom att andra yrkesgrupper utför operationssjuksköterskans arbete på vissa sjukhus. Riksföreningen för operationssjukvård ser allvarligt på detta och planerar att gå ut till massmedia för att göra patienterna uppmärksamma på detta.

Revidering av handlingsplan

Dag två inleddes med revidering av NORNAS handlingsplan. Nytt i handlingsplanen är patientsäkerhet och dokumentation. I de olika länderna finns olika projekt gällande patientsäkerhet. Sverige informerade om PRISS, Säker Bukkirurgi och Säker Traumavård. Vid nästa möte ska vi ta med artiklar från våra respektive länder gällande patientsäkerhet. Vi inledde också en diskussion angående vad och var vi dokumenterar omvårdnadsåtgärder. Gör vi det överhuvudtaget? Diskussionen fortsätter på nästa möte. WHO:s checklista är en stående punkt på NORNAS agenda. Vi har kommit

olika långt i införande. Flera av oss har haft checklisten i många år medan t.ex. Island nyss implementerat den.

4:e Norna kongressen i Köpenhamn 2016

Arbetet med kongressen har inletts och fortskrider enligt planerna. Kongressen pågår under 1,5 dag, inleds kl. 13.00 på torsdagen den 27 oktober och avslutas fredagen den 28 oktober kl. 16.00. Preliminär kongressavgift är 340 euro vid tidig bokning och 375 euro vid sen bokning. I oktober 2015 startar registreringen online. Mer information finns att hämta på www.norna2016.dk alt. Facebook Norna 2016.

”Peri-operative nurses in education and practice”.

Studiebesök

Vi blev denna gång inbjudna på studiebesök till Stavangers Universitetssjukhus. Vi besökte en helt ny dagsvårdsoperationsavdelning som låg separat från huvudbyggnaden. Den hade 5 operationssalar där man opererade ortopedi, kirurgi, öron, urologi, gynekologi och käkkirurgi. Salarna var moderna och alla hade fönster, men andra utrymmen såsom uppvakningsavdelningen kändes väldigt opersonliga. Sterilcentralen levererade färdigpackade vagnar till dagens operationer vilket man tyckte

var bra. Vi gick vidare till centraloperation som låg i den stora sjukhuskroppen. Den var en gammal avdelning bestående av 16 operationssalar och var byggd 1982. Vi möttes av korridorer fulla med olika apparatur och rullbord med sterilt gods i en till synes väldigt oordning. Sterilförråden hade öppna dörrar med fönster utan heltäckande gardiner och på salarna förvarades engångsmaterial i skåp utan dörrar vilket personalen inte var tillfreds med. Operations-

salarna var små och väldigt slitna. Det fanns att löfte om ett helt nytt sjukhus vilket verkligen skulle behövas. •

Forberedelse for anestesien	Time out for operasjonen	Avslutning for fremtidige operasjoner
Har pasienten bedøvet? • Pasientens identifikasjonsnummer • Pasientens navn • Type kirurgi • Kvalifisert Er operasjonsstedet merket? Er pasientens øyne utvasket? Er medikamenter kontrollert? Viktig informasjon / risiko for anestesien? Risiko for > 500 ml blodtap? Er anestesiutrustning kontrollert? Er blodkulturet innefor normalverdi? Risiko for hypotensjon? Er nødvendige tilbehørsfremstiller tilgjengelig?	Er alle i teamet kjent med fremstiller? (pasient og kirurg) Kirurg • Pasientens navn • Planlagt prosedyre, operasjonssted og side • Anestesi • Hva er forventet blodtap? • Er det noen risikofaktorer basert på pasientens tilstand? • Er det behov for spesiell utrusting eller ekstra utrustningsstøtte? • Hva er forventet varighet av operasjonen? • Er bruddrisikofaktorer avklart? Anestesi • Hva er pasientens ASA-klassifisering? • Er den risikofaktorer ved anestesien som basert på pasientens tilstand? • Er anestesiutrustning kontrollert i lys av de siste 60 minuttene? • Er pasientens tilstand kontrollert? Operasjon • Er steriliteten på instrumentene bevart? • Er det utrustninger knyttet til bruken av utrustning? • Er alt klart?	Takket gjennomgått med pasienten? Har pasienten signert på dokumenter? Stemmer antall instrumenter, kompresser, duker og uller? Preoperativ • Kvalitet, smert, merking, pasient identitet? Utskrevet • Utskrevet Har pasienten fått informasjon om videre behandling?

Vi oppmanar alle kollegor att skicka in abstract till föreläsningar och posters. Temat för kongressen är



Uppdukats redaktion gratulerar de nya specialistsjuksköterskorna inom operation som avlagt sin examen.

Göteborgs universitet, Institutionen för Vårdvetenskap och Hälsa

Programansvarig: Mona Ringdahl, lektor

Inriktningsansvarig: Elisabeth Hansson, lektor

Kursansvarig: Monica Kelvered

Studenternas namn: Christopher Bjurestrand, Elisabeth Wangel, Emma Jägsmyr, Emma Ryssnäs, Evelina Brorsson, Hanna Davies, Helena Johansson, Hoi Lun (Helen) Ng, Åsa Ulrika Johansson, Jaan Sjöström Nord, Jessica Engström, Johan Gustafsson, Johanna Sjöberg, Johanna Sandström, Jonas Englund, Jonna Ericson, Kristin Vikner, Linda Torstensson, Malin Bjellert, Maria Julin, Maria Svensson, Maria Hansson, Nail Seffo, Sandra Karlsson, Sofia Fasth, Therese Bokling, Unni Stensson och Homeira Depanha



Göteborg



Stockholm

Karolinska Institutet, Stockholm, avgångsklassen HT14/VT15

Kursansvarig: Ann-Mari Fagerdahl, Eva Torbjörnsson, Veronica Ramirez Johansson.

Mittuniversitetet Sundsvall

Kursansvarig: Kerstin Brodin

Främre raden från vänster: Maria Grund, Maria Ragnarsson, Kathrin Kronlund **Bakre raden från vänster:** Katja Zweinigen, Oskar Vikström, Camilla Sandell, Laila Frid, Daniel Lindberg och Magnus Sundman. Saknas på bilden gör: Karin Bengtsson.



Sundsvall

Karlstads universitet

Kursansvarig: Ann-Catrin Blomberg,
Ph lic omvårdnad, universitetsadjunkt.

Övriga lärare: Gudrun Möller fil mag,
universitetsadjunkt och Cecilia Tele-
dahl, fil mag, universitetsadjunkt

Studenternas namn: Sofia Anders-
son, Elin Andersson, Linnea Bohman,
Ulrika Bringhed, Charlotta Cedervall,
Woroud Chamoun, Åsa Dahlberg,
Anne-Mari Einarsson, Emily Eklund,
Jessica Engdahl, Sandra Falk, Rickard
Gröön, Anna Hagström, Lisa Hans-
son, Maria Heimdahl, Frida Hjulin,
Sofie Hoskins, Madelene Karolina
Hummelgren, Ann-Sofie Jansson, Lin-
da Johansson, Peter Elvcróna, Fataneh
Kamangir-Tehrani, Linda Kindgren,
Emma Larsson, Jannie Lemieszewski,
Heléne Ljungberg, Jessica Molin, Ka-
rina Molina, Sandra Olsson, Martina
Sellin, Tove Stenberg, Anna Strömberg
Hållberg, Martina Svensson, Caroline
Telhede, Karin Viberg, Lovisa Wall och
Theresa Wolf.

Uppsala universitet VT-15

Kursansvarig: Anna Hauffman

Från vänster: Julia Jonsson, Alexan-
dra Exell, Jessica Lundblad, Johan
Gad, Eneli Valdna, Stina Magnusson,
Catalina Rådstam, Johanna Eriksson,
Ellinor Kjällgren, Frida Dahl, Rebecka
Oscarsson. Saknas på bilden gör: Na-
hid Asplund, Jerry Blom, Stina Olsson



Karlstad



Uppsala

Årsmöte den 23 maj 2014

Text: Marie Afzelius

**Riksföreningen för operationssjuk-
vårds årsmöte hölls i år i anslutningen
till föreningsdagen i maj i Stockholm.**

Riksföreningens ordförande Kristina
Lockner öppnade årsmötet. Till mö-
tesordförande valdes Åsa Andersson
SSF. Styrelsens verksamhetsberättelse
under jubileumsåret 1 januari 2014-31
december 2014 och revisionsberät-
telse för samma period godkändes av
årsmötet och lades till handlingarna.
Styrelsen beviljades ansvarsfrihet för
verksamhetsåret 2014-01-01 - 2014-
12-31. Styrelsens förslag till verk-
samhetens mål 2015 och budget för
2015-01-01 – 2015-12-31 godkändes
och fastställdes.

Årsmötet beslutade sedan att medlems-
avgiftens storlek ska vara höjas till
350 kr för medlemmar fr.o.m. den 1
januari 2016 och associerade medlem-
mar, samt vara oförändrad 150 kr för
pensionärer och för studerande till
operationssjuksköterska.

Inga motioner hade inkommit. Inga
förslag på stadgeändring fanns.

Till ordförande i Riksföreningen för
operationssjukvård valde årsmötet Kris-
tina Lockner, Härnösand, omval i 2 år.
Årsmötet beslutade att fastställa antalet
ledamöter i styrelsen till fyra ledamöter
förutom ordförande, kassaförvaltare och
sekreterare. Till ledamot i Riksförening-
en för operationssjukvård valde årsmötet
Catarina Augustsson, Ronneby, An-
neMarie Nilsson, Sundsvall och Maria
Björk, Grangärde, samtliga omval i 2 år.

Efter årsmötet består styrelsen av
ordförande Kristina Lockner, kassaför-
valtare Elisabeth Liljeblad, sekreterare
Malena Einestam, ledamöterna Marie
Afzelius, Catarina Augustsson, Maria
Björk och AnneMarie Nilsson.

Till revisorer valde årsmötet Mats
Johansson, Örebro och Sonja Ro-
sengren, Västerås, omval i 1 år. Till
revisorssuppleant valde årsmötet Lena
Davidsson, Örebro, omval i 1 år.

Till valberedning att förbereda nästa
årsmöte valdes Nora Kollin, Sö-
dertälje, Monica Kolvered, Hising-
s Backa, Lotta Olsson, Deje och Åsa
Enekvist, Stånga. Lotta Olsson är sam-
mankallande. ●



Centraloperation, SUS Lund Öppet hus

Text: *Eva-Lena Isaksson*,
DS Skåne SUS

Syftet med att ha "Öppet hus" var att bjuda in sjuksköterskor som är intresserade av att vidareutbilda sig till operationssjuksköterskor. Under två timmar gavs det möjlighet att på hybridsalen på Centraloperation, Skånes Universitetssjukhus i Lund, se vad varje specialitet, ortopedi, kirurgi och ÖNH, hade förberett.

Olika teknisk utrustning ställdes upp, som t.ex. endoskopisk utrustning och olika typer av diatermi. Inom varje specialitet gjordes det en uppdukning där olika typer av instrument och draperingsmaterial visades. De besökande sjuksköterskorna ställde många frågor och intresset var på topp. För de som ville fanns det möjlighet att "hålla" instrumenten i sin hand för att prova på hur de används.



Eva-Lena Isaksson

Därefter gick turen vidare och besökarna fick träffa kursansvarig för specialistsjuksköterskeprogrammet inom operationssjukvård, som berättade om utbildningen

till operationssjuksköterska. Det kom också en person från enheten för kompetensförsörjning på Skånes Universitetssjukhus i Lund för att informera om utbildningsförmåner för blivande operationssjuksköterskor. Förhoppningsvis ger ett "Öppet hus" oss flera nya kollegor! •

Nya medlemmar

Föreningen har under perioden 1 januari till 30 juni fått 78 nya medlemmar.

Agnes Solyomne Sandor
Agneta Karlsson
Angelika Wikberg
Ann-Charlotte Lövgren
Ann-Louise Adolfsson
Anna-Lena Söderholm
Anneli Bergström
Annika Lillberg
Beata Psilander
Birgitta Thoresson
Carina Karlsson
Carina Roskvist
Carolina Ling
Caroline Sjögren
Cecilia Eriksson
Charlotta Holmström
Charlotte Björnsund
Cornelia Kellner
Elisabeth Nilsson
Elisabeth Wangel
Emma Berild Holmström
Emma Sandell
Emy Källqvist
Erica Gunnarsson
Erica Kron
Ewa Andersson
Gunilla Lundberg
Gunilla Therell
Helena Gustafsson
Ingrid Ljungström
Jenny Nordin
Jerry blom
Johan Ericsson
Johan Eriksson
Johan Gad
Johan Zahn
Johanna Eriksson
Johanna Nordholm
Katarina Henriksson
Katarina Puhls

Kathrin Kronlund
Lena Molin
Lena Sundström
Linda Persson
Linn Almer
Linnea Sjöli
Lisa Partanen
Loise Olofsson
Louise Almström
Madeleine Baud
Malin Resin
Maria Berezecka
Maria Hansson
Maria Linden
Maria Nilsson
Maria Ragnarsson
Maria Widen
Marie Magnusson
Marja Johansson
Martina Gustafsson
Maud Pettersson
Mioara Nemtanu Roubro
Olov Andersson,
Patrik Von Zur- Muhlen
Pernilla Sjunnesson
Pia Sundin
Roger Haraldsson
Sandra Enholm-Bergström
Sara Lecander Wingård
Sofia Fasth
Sophia Lindeblad
Susanna Bölin
Theresa Thuren
Therese Hellsten
Ulla Johansson
Ulrika Andersson
Wiveka Broberg
Yvonne Källström

Välkomna!

JAFO Skotvätt MA01

Skotvätt för sjukhus och andra hygienkrävande miljöer

Art Nr: RF5003

Skor som används i t.ex. operationssalar, akutmottagningar, förlossningsavdelningar och laboratorier blir nersmutsade av t.ex. blodstänk, fostervatten, kroppsvätskor eller dylikt. JAFO Skotvätt MA01 underlättar en hygienisk renhållning av skor med hjälp av borstar och kallt vatten. Rostfritt stål SS2333 i hela konstruktionen. Borstplattan och handborsten kan enkelt tas av och rengöras i en diskmaskin.

Läs mer på vår hemsida www.jafo.eu eller beställ vår produktfolder på info@jafo.eu

I samarbete med



INNOVATOR SKÅNE



POSTTIDNING B

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

GULDKONGRESSPONSORER



SILVERKONGRESSPONSORER

