

FAGLIGT SELSKAB FOR OPERATIONSSYGEPLEJERSKERS NYHEDSBREV

NUMMER 6 JANUAR 2024

FSOP *nyt*

Mød FSOP's
nye bestyrelse

FSOP
KONGRES 2023:

Mental
sundhed,
Black Box og
intraoperativ
timeout

Ny viden om hypotermi

Nyt fra bestyrelsen

FSOP har fået ny bestyrelse – og vi i den nye bestyrelse siger hermed farvel og tak for den flotte indsats til den afgående bestyrelse. Vi glæder os til smøge ærmerne op og bære stafetten videre. På side 9 kan du møde alle vi bestyrelsesmedlemmer, som blev valgt på generalforsamlingen 31. oktober på Hotel Koldingfjord: Vi siger goddag til en række nye ansigter og velkommen tilbage til andre – og glæder os over, at så mange er interesserede i at bidrage til vores fælles arbejde for at styrke den faglige viden og netværket blandt operationssygeplejersker landet over.

På side 4 kan du også få indblik i den nye viden og de faglige input, som var på dagsordenen, da vi afholdt FSOP's kongres 2023 for fulde huse på Hotel Kolding Fjord 30.-31. oktober 2023. Vi satte blandt andet fokus på mental sundhed og psykisk arbejdsmiljø, og overlæge og kirurg Jeanett Strandbygaard gav indblik hvordan det er at arbejde med OR Black Box – dvs. med kameraser og mikrofoner i loftet – på operationsstuen, og hvordan det både kan styrke patientsikkerheden og forbedre arbejdsgange og rutiner i operationsteamet. Overlæge Thomas Korsgaard Jensen og operationssygeplejerske Naja Nielsen delte også ud af deres viden om, hvordan ekstra timeouts under operationen kan skabe bedre overblik og højere patientoverlevelsen.

Siden sidst har et hold repræsentanter for FSOP deltaget i NORNA – de nordiske operationssygeplejerskers kongres – i Bergen 6.-8. oktober. Læs mere om den nye faglige viden og inspiration, de fik med hjem fra Norge på side 12.

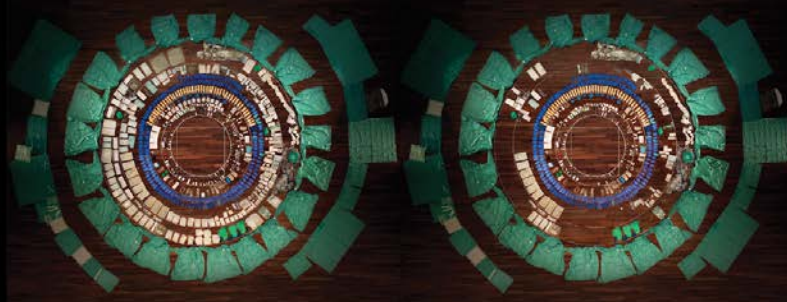
I vores fordybelsesartikel på side 16 kan du blive klogere på hypotermi. Overlæge Michael Wanscher giver indblik i, hvordan man kan redde patienter ved kæntringsulykker, selvom de er erklæret klinisk døde og har en legemstemperatur på 18 grader. En viden, som han og kollegerne på Rigshospitalet fik i forbindelse med den tragiske ulykke i Præstø Fjord i februar 2011, hvor en gruppe unge mennesker kæntrede i det iskolde vand.

Sidst, men ikke mindst, kan du læse et resume af, hvad den afgående bestyrelse har nået i 2022-23 – mens vi smøger ærmerne op og glæder os til at kaste os over det faglige arbejde i 2024, blandt andet vores temadag 27. maj med temaet lejrning og trykskader og kongressen 28.-29. oktober – begge på Hotel Koldingfjord (sæt kryds i kalenderen allerede nu).

*De bedste hilsner,
FSOPs bestyrelse*

ProcedurePak®
hjælper dig med at
reducere affald på OP

Klik for at læse mere





FSOP_{nyt}

Redaktionsgruppe og ansvarshavende redaktører:

Mirjam Damgaard Kjær
mirjkjae@rm.dk
Frank Leth Petersen
Frank.Leth.Petersen@regionh.dk

Redaktør:

Journalist Monica C. Madsen,
Bureauet

Grafisk produktion:

Lars Brink, Adman

Kontakt FSOP-nyt:

Send et indlæg eller
kontakt FSOPs bestyrelse:
Fsopbestyr@gmail.com

Bliv medlem:

<https://dsr.dk/fs/fs2/medlemskab>

Om FSOP

<https://dsr.dk/fs/fs2>

FSOPs facebookgruppe

FSOP - Fagligt selskab for
Operationssygeplejersker



Indhold

FSOP-KONGRES 2023.....4

Psykisk arbejdsmiljø, Black Box og ekstra timeouts 4

Jeanett Strandbygaard: Bliv klogere på Black Box 6

Thomas Korsgaard Jensen og Naja Nielsen:
Intraoperativ timeout giver bedre overlevelse 7

MØD DEN NYE BESTYRELSE.....9

ÅRET, DER GIK.....11

Tak for et spændende FSOP-år

NORNA-KONGRES 2023 I BERGEN12

En spændende palet af ny viden..... 12

Frank Leth Petersen: Det fik jeg med hjem..... 15

MICHAEL WANSCHER: NY VIDEN OM HYPOTERMI16

ANNONCER20

VELKOMMEN TIL NYE MEDLEMMER.....22

BLIV MEDLEM22

KONTAKT FSOPS BESTYRELSE.....22

SIKKER HÅNDTERING af biopsier og vævsprøver på operationsstuen

www.axlab.dk

Axlab | YOUR VISION.
OUR INSPIRATION





FSOP-KONGRES 2023:

Psyisk arbejdsmiljø, Black Box og ekstra timeouts

Mental sundhed, psykisk arbejdsmiljø, Black Box og intraoperativ timeout – det var nogle af overskrifterne, da FSOP's operationssygeplejersker mødtes til årets FSOP-kongres på Hotel Koldingfjord 30.-31. oktober 2023.

Af journalist Monica C Madsen og operationssygeplejerske Mirjam Damgaard Kjær

Dorthe Boe Danbjørg fra DSR lagde ud med en status over, hvordan det politiske landskab lige nu ser ud i forhold til trepartsforhandlingerne og til at få etableret en uddannelse for operationssygeplejersker.

SPECIALUDDANNELSE: VENT PÅ DET ÅBNE VINDUE

Hun understregede, at man er nødt til at være tålmodig og vente på, at vinduet er åbent. Det vil sige, at det er essentielt at vente, til tiden er moden, hvis det skal være muligt at få budskabet igennem til politikerne om, at der bør etableres en uddannelse for operationssygeplejerskerne.

Derudover kommenterede Dorthe Boe Danbjørg også på anbefalingerne fra Robusthedskommissionen:

- Arbejdsgiverne skal træde varsomt, blandt andet i forhold til fordeling af vagter. Når fleksibiliteten øges for at sikre maksimalt drift, kan det komme til at trække store veksler på sygeplejersken, der i forvejen kan opleve en vis belastning i forhold til svingende arbejdstider.

FRA BARBERFAD TIL BLACK BOX

Derefter satte keynote speaker, kirurg, klinisk lektor og PhD Jeanett Strandbygaard fokus på, hvordan vi kan bruge Black Box til at styrke patientsikkerheden og forbedre arbejdsgangen på operationsstuen.

Hun startede med at give et overblik over kirurgiens historie, der startede med barberen, som udførte åreladning, så begyndte udviklingen af en egentlig operationsteknik, senere opstod der også mulighed for at bedøve patienten, og i vores tid har vi oplevet den revolutionerende udvikling fra åben kirurgi til kikkertkirurgi, som mindsker risikoen for komplikationer markant.

I dag kan man desuden bruges den nyeste teknologi til at registrere digitalt, hvad der sker under operationen, og bruge disse data til at forbedre behandlingen.

BLACK BOX PÅ RIGSHOSPITALET ER EN SUCCES

Teknologien hedder OR Black Box og består af kameraer og mikrofoner i loftet på operationsstuen, der registrerer, hvad der foregår. Jeanett Strandbygaard har her i Danmark været projektleder på et forsøg med at bruge Black



Box på en operationsstue på Juliane Marie Centret på Rigshospitalet i 2020-23, og erfaringerne er så gode, at syv operationsstuer på Rigshospitalet nu har fået Black Box.

- Håbet og forventningen er, at Black Box kan gøre kirurgien mere sikker for patienten og minimere antallet af komplikationer og utilsigtede hændelser, fordi Black Box giver os mulighed for at indsamle og bearbejde store mængder data fra operationsstuen og dermed se på årsagssammenhænge, pointerede Jeanett Strandbygaard.

Operationssygeplejerskerne Mathilde Bennebo og Birgitte Kjærsgaard Jensen fra Rigshospitalet fortalte også om deres erfaringer med OR Black Box.

I begyndelsen var de og deres kolleger skeptiske overfor Black Box'en. Det bekymrede dem, at alt på operationsstuen blev optaget i både lyd og billede.

- Men det er selvfølgelig frivilligt, om man har lyst til at arbejde på en stue med Black Box. Og hvis der bliver nævnt et navn på en person, slettes det, ligesom alle data bliver anonymiseret. Samtidig kommer de indsamlede data patienterne til gavn, og i særdeleshed bidrager de til, at vi kan udvikle rutiner, som fremmer operationsteamets performance, forklarede de.

GODE KOLLEGER GIVER BEDRE MENTAL SUNDHED

Kongressens første dag sluttede af med et oplæg om mental sundhed ved cheflæge Pernille Cedergren fra Afdeling for Bedøvelse og Operation og Intensiv behandling i Gentofte.

Hun satte fokus på, at vi har en udfordring med den mentale sundhed i sundhedsvæsenet, hvilke konsekvenser det kan have, og hvad vi lokalt kan gøre for at forebygge en dårlig mental sundhed.

- Et godt kollegaskab kan styrke den mentale sundhed, og vi kan styrke kollegaskabet ved hjælp af systematik, ledelse og metoder som støttende, kollegiale samtaler og

defusing, pointerede hun med henvisning til erfaringerne i et pilotprojekt om arbejdsmiljø og patientsikkerhed.

PSYKISK ARBEJDSMILJØ

Tirsdag morgen tog Louise Schwartz tråden op med et oplæg om det gode psykiske arbejdsmiljø. Hun er psykolog på Institut for belastningspsykologi og kom med gode råd og anvisninger til, hvordan man som ansat i sundhedsvæsenet kan være med til at passe på hinanden. Blandt andet ved hjælp af den gode samtale og anden kollegial støtte.

Efter hendes oplæg var der workshops, hvor man kunne vælge mellem FSOPs workshop om efteruddannelser i Region Hovedstaden og Region Midtjylland; udstillerne Opitex og Simonsen & Weels workshop 'Sidelejring af patienten til hofteoperation' og Mölnlyckes workshop 'Hvordan tager du de mest ansvarlige valg med god samvittighed, når du står på operationsstuen? Og hvordan kan du tænke bæredygtighed med ind på operationsstuen?'.

TIMEOUT OG BROK

Efter frokost satte kirurg Thomas Korsgaard Jensen fokus på intraoperativ timeout. Læs mere om hans oplæg på næste side.

Afslutningsvist satte forfatter Storm Steensgaard punktum for en spændende kongres med et tankevækkende og humoristisk oplæg, hvor han satte fokus på, at brok kan være en kilde til frustration, så hvad er brok egentlig for noget, hvor kommer det fra, og hvad kan vi stille op med det?

Forfatter Storm Steensgaard satte spot på brok.





Kirurg, klinisk lektor og PhD Jeanett Strandbygaard har testet Black Box på Juliane Marie Centeret på Rigshospitalet.

Bliv klogere på **BLACK BOX**

Black Box er opkaldt efter den sorte boks, som alle fly har installeret, og som optager lyd og data om flyet og dets bevægelser under flyvninger, så man kan finde ud af, hvad der er gået galt, når fx et fly styrter ned. Nu er der i Canada udviklet en sort boks til operationsstuer, der kaldes OR Black Box, fordi operationsstuer er et højrisikoområde, hvor 40-55 % af alle medicinske komplikationer sker, og forskningen peger desuden på, at der under en almindelig operation er forstyrrelser op til hvert 40. sekund.

Helt konkret består OR Black Box af fire kameraer og to mikrofoner i loftet på operationsstuen, der registrerer alt, hvad der foregår på operationsstuen, og gemmer alle data, så man kan bruge dem til at styrke patientsikkerheden og mindske fx forstyrrelser under operationen. Intet at det, der registreres kan henføres til personer, dvs. hverken patient eller medarbejdere kan identificeres personligt.

I 2020-23 er Black Box'en blevet testet på Rigshospitalet, på en gynækologisk-obstetrisk operationsstue på Juliane Marie Centret, og det næste skridt er, at Rigshospitalet nu har installeret OR Black Box på syv operationsstuer og er blevet det største OR Black Box center i Europa:

3 operationsstuer for kvinder og børn i Juliane Marie Centret, to operationsstuer i Hjertecenteret for hjerte, lunge og karkirurgiske patienter, og to operationsstuer for cancerpatienter i Center for Kræft og Organsygdomme med opstart i januar 2024.

- Vores erfaringer fra 2020-23 viser, at vi kan bruge Black Box til at blive endnu bedre på operationsstuerne, lære af vores fejl og skabe større arbejdsglæde, siger Jeanett Strandbygaard.

Konkret kan Black Box både bruges til at analysere enkelt-situationer og til at finde overordnede tendenser. Fremfor at analysere enkelte hændelser efter de er



sket, kan man bruge Black Box til at indsamle en masse lyd og data fra mange operationer, dvs. big data. På den måde kan man kortlægge ned i detaljer, hvordan der arbejdes på operationsstuen, og finde tendenser, vi kan lære af.

Alle de indsamlede data anonymiseres i boksen, før de sendes videre til en database, og de handler både om selve operationen, patientens puls og blodtryk, apparaturet, temperaturen i rummet, døre, der åbnes, telefonopkald og andre forstyrrelser og afbrydelser, der opstår under operationen, når personalet interagerer. På den måde kan man bruge OR Black Box til at få en ny og bedre forståelse for, hvordan man kan mindske komplikationer under operationerne, finde ud af om der er u hensigtsmæssige arbejdsgange, som bør ændres, og hvordan man kan skabe de bedste forhold for både patienter og personale på operationsstuen.

Man kan også bruge Black Box til at blive klogere på konkrete episoder under operationen:

På operationsstuen kan alle blandt personalet – ved at trykke på en skærm – markere en situation eller et tidsrum under operationen, som de gerne vil have analyseret nærmere og som måske kan bruges til at lære nyt. Black Box anonymiserer derefter situationen, så den kan bruges til læring på afdelingen.

Erfaringsudveksling med hospitaler i andre lande er en tredje mulighed: Det danske OR Black Box-projekt har også delt sine data med andre Black Box-hospitaler i udlandet, og her viser det sig, at mens Juliane Marie Centret har nogle af de hurtigste skiftetider på operationsstuen, så er afdelinger i andre lande bedre til at planlægge operationsdagen og time out.

Kilde: rh.dk og www.rigshospitalet.dk/orblackbox

NY STRATEGI PÅ HERLEV HOSPITAL:

Ekstra timeouts under svære operationer giver bedre overlevelse

Planlagte ekstra timeouts under operationen giver kirurgen bedre mulighed for at ændre den kirurgiske strategi undervejs, så patienten sikres optimal behandling.

Det viser erfaringerne fra operationsstuerne på afdelingen for mave-, tarm- og leverkirurgi på Herlev Hospital, hvor mortaliteten er blevet halveret hos akutte højrisikopatienter, efter afdelingen har indførte muligheden for intraoperative timeouts.

Af operationssygeplejerske Frank Leth Petersen



Overlæge Thomas Korsgaard Jensen

Intraoperativ kommunikation og multidisciplinær intraoperativ timeout – det var overskriften på Thomas Korsgaard Jensen og Naja Nielsens spændende oplæg på FSOP-konferencen 31. oktober 2023 på Hotel Koldingfjord.

Thomas Korsgaard Jensen er ledende overlæge, ph.d. og arbejder med akut kirurgi på Afdeling for mave-, tarm- og leverkirurgi på Herlev hospital. Naja Nielsen er operationssygeplejerske samme sted.

KOMMUNIKATIONEN KAN VÆRE SVÆR

De patienter, Thomas Korsgaard Jensen opererer, er ofte meget syge akutte højrisikopatienter. Derfor er stor koncentration og sikker kommunikation under operationen helt afgørende: Patienterne har typisk tarmslyng, blødninger, iskæmi eller perforationer, og de valgmuligheder, teamet står overfor, er enten definitiv kirurgi, damage control eller paliativ kirurgi.

Samtidig kan kommunikationen på en operationsstue med en kritisk syg patient være svær: Rammerne giver ikke altid mulighed for, at al vigtig viden kan blive kommunikeret til

kirurgen med det samme eller delt med hele teamet. For 10 år siden fik Thomas Korsgaard fx ikke besked, hvis patienten, han var i gang med at operere, blev dårligere – i hvert fald ikke før det var meget kritisk. Og ofte var det bare i form af en kort kommentar om, at nu gik det ikke længere, så han måtte til at blive færdig.

Hvorfor snakker vi ikke sammen?

Intraoperativ kommunikation og multidisciplinær time-out

Thomas Korsgaard Jensen

Ledende Overlæge, PhD

Akut Kirurgi & Kirurgisk Uddannelse

Afd. For Mave- Tarm- & Leverlidelser, Kirurgisk Sektion

Herlev Hospital &

Emergency Surgery Research Group (EMERGE) Copenhagen (EMERGECPH.DK)



Operationssygeplejerske Naja Nielsen og kirurg Thomas Korsgaard Jensen delte deres erfaringer med intraoperative timeouts på FSOP-kongressen.





EKSTRA TIMEOUTS HAR TYDELIG EFFEKT

For at give hele teamet bedre overblik har afdelingen for mave-, tarm- og leverkirurgi på Herlev Hospital derfor indført ekstra timeout efter 30 og 60 minutters kirurgi. Disse ekstra timeouts er standardiserede og systematiserede, så alle spørgsmål altid gennemgås og dokumenteres, og alle i teamet deltager og kommer med input om patientens status. Dvs. blødning, pH, er patienten stadig stabil/ustabil, er der en forværring, hvad er den kirurgiske plan, og hvor lang tid forventes operationen at vare?

Operationssygeplejersken faciliterer samtalerne og er tidsstyrer på, at de bliver holdt på de på forhånd aftalte tidspunkter.

Strategien med de ekstra timeouts blev indført i 2018, og de har nu halveret mortaliteten for de berørte patienter med cirka 50 %.

HVOR UDBREDT ER INTRAOPERATIVE TIMEOUTS?

Operationssygeplejerske Naja Nielsen har undersøgt, om intraoperativ timeout bruges andre steder i Danmark, og via en spørgeskemaundersøgelse har hun forsøgt at afdække, hvordan operationssygeplejerskerne oplever kommunikations-strukturen på operationsstuen under højrisikoindgrebene.

Hun fandt, at 76 % af respondenterne ikke oplever, at der bliver holdt yderligere timeout, udover timeouten før operationen. Mens 79 % oplever, at den kirurgiske strategi ændrer sig undervejs.

Det rejste en spændende diskussion i salen, hvor deltagere blandt andet diskuterede spørgsmålene:

- * Kan intraoperative timeouts indføres på din afdeling?
- * Eller gør I allerede noget tilsvarende? Og hvordan oplever du kommunikationen på operationsstuen, når den kirurgiske strategi ændres?

SE VIDEO OM EKSTRA TIMEOUTS HER

Thomas Korsgaard Jensen og Naja Nielsen har lavet en video, der handler om, hvordan intraoperativ timeout skal afholdes, og hvorfor det er vigtigt:

Scan QR-koden og træng med ind bag kulisserne på operationsstuen og oplev, hvordan effektiv kommunikation redder liv. Videoen viser dynamikken og samarbejdet, som er afgørende, når kritiske situationer på operationsstuen skal håndteres, og giver en forståelse for, hvordan struktureret kommunikation skaber en kvalitetsfuld behandling af patienterne.



AHA						
Check ind	Time out – Intraoperativt				Afslutning	
Ved ankomst	Tid	+30 min fra start		+60 min fra start		_____ min
ID foretaget ☐	Hæmodynamisk	Status	Stabil ☐ Ustabil ☐	Status	Stabil ☐ Ustabil ☐	Stabil ☐ Ustabil ☐
		Udvikling	Bedring ☐ Uændret ☐ Forværring ☐	Udvikling	Bedring ☐ Uændret ☐ Forværring ☐	Bedring ☐ Uændret ☐ Forværring ☐
AB gentages kl.:	Behov for pressorstoffer?	Nej ☐ Ja, sedationsbetinget ☐ Ja, shockbetinget ☐		Nej ☐ Ja, sedationsbetinget ☐ Ja, shockbetinget ☐		Nej ☐ Ja, sedationsbetinget ☐ Ja, shockbetinget ☐
Innohep administreret ☐	Blødning	Ingen/diskret ☐ Ja ☐ Ja, Sivblødning ☐ Mængde: _____ mL	Ingen/diskret ☐ Ja ☐ Ja, Sivblødning ☐ Mængde: _____ mL	Samlet blødning _____ mL		
BAC test foreligger ☐	Temperatur	_____ °C		_____ °C		_____ °C
	pH	_____		_____		_____
	Strategi	Definitiv ☐ Damage control ☐ Palliativ ☐		Definitiv ☐ Damage control ☐ Palliativ ☐		Per os: Inter per os ☐ Frit tyndtflydende ☐ Frit per os ☐ CVK og TPN ☐
	Resterende operationstid	Minutter		Minutter		
	Konvertering	Nej ☐ Ja ☐ ikke relevant ☐		Nej ☐ Ja ☐ ikke relevant ☐		Forts. Sonde? Ja ☐ Nej ☐ AB fortsættes? Ja ☐ Nej ☐

I skemaet her kan du se, hvordan de intraoperative timeouts indgår i operationsforløbet.

MØD DIN NYE BESTYRELSE

FSOPs nye bestyrelse har nu konstitueret sig oven på en generalforsamling med kampvalg og stor interesse for at lægge frivillige kræfter i arbejdet med at styrke operationssygeplejerskernes faglige viden, udvikling, kompetencer og netværk.



Fra venstre i blå trøje, kasserer Tenna K. Pedersen, Naja Nielsen, Anette Viftrup, Mirjam Damgaard Kjær, næstforperson Christina Als, forperson Johanne Søborg Hartmann, Tenna Munch og Frank L. Pedersen.



Sådan her ser bestyrelsen ud pr. 30. november 2023:



Johanne Søborg Hartmann
(forperson)
Operationssygeplejerske og klinisk
sygeplejespecialist.
Thoraxkirurgisk operationsgang,
Hjertecentret, Rigshospitalet.

johanne.soeborg.hartmann@regionh.dk



Tenna Munch
Operationssygeplejerske med særlig
funktion undervisning og udvikling
Mave- og tarmkirurgisk afd. A-OP
Aalborg universitetshospital
tem@rn.dk



Christina Als (næstforperson)
Operationssygeplejerske
Privathospitalet Danmark,
Charlottenlund,
chra@phdanmark.dk



Naja Nielsen
Operationssygeplejerske & klinisk
vejleder
Afd. for bedøvelse, operation og
intensiv behandling
Herlev Hospital

naja.nielsen.01@regionh.dk



Tenna K. Petersen (kasserer)
Operationssygeplejerske og klinisk
sygeplejespecialist
Afd. for bedøvelse, operation og
intensiv behandling,
Gentofte Hospital

tenna.kershoej.petersen.01@regionh.dk



Frank Leth Petersen
Operationssygeplejerske, SD
Sektionskoordinator alloplastik og
tumor, HovedOrtoCenteret
Afdeling for bedøvelse, operation og
traumecenter, Rigshospitalet

Frank.Leth.Petersen@regionh.dk



Mirjam Damgaard Kjær
Speciale ansvarlig
operationssygeplejerske
Operation Øst, Hjerne-lunge-
karkirurgisk afdeling,
Aarhus Universitetshospital

mirjkjae@rm.dk



Anette Viftrup (orlov)
Klinisk Sygeplejespecialist, Cand.cur.
Ph.d.-studerende
Bedøvelse og Operation
Aarhus Universitetshospital
anetvift@rm.dk

Formand: Johanne Søborg Hartmann

Næstformand: Christina Als

Sekretær: fælles

Kasserer: Tenna K. Petersen

Udstillingsansvarlige: Mirjam Damgaard Kjær og
Christina Als

Hjemmeside og Facebook: Tenna K. Petersen og
Christina Als

FSOP-nyt: Mirjam Damgaard Kjær og Frank L.
Petersen

Solskinskontoen: Frank L. Petersen

NORNA: Naja Nielsen og Christina Als

Uddannelsesgruppen: Johanne Søborg Hartmann
og Tenna K. Petersen

S.I.G Kompetencekort: Tenna Munch

Suppleant: Anette Viftrup



FSOPs afgående bestyrelse: Fra venstre i rød tshirt Naja Nielsen, Anette Viftrup, forperson Sidsel L. Nikolaisen og næstforperson Elisabeth Holbæk

Tak for et spændende FSOP-år

På FSOP's generalforsamling 31. oktober 2023 på Hotel Koldingfjord var der for første gang kampvalg til bestyrelsen. Forperson Sidsel L. Nikolaisen og næstforperson Elisabeth Holbæk genopstillede ikke, og 6 nye medlemmer blev valgt ind (mød din nye bestyrelse på side 9).

Den afgående bestyrelse aflagde beretning for sit arbejde i 2022-23, hvor der har været stor tilslutning med udsolgte huse og venteliste til både temadagen i foråret og kongressen i efteråret. De faglige oplæg har blandt andet sat fokus på etik og omsorg i steril science, hypotermi, psykologisk tryghed, Black Box og det stædige arbejde for at få en specialuddannelse til operationssygeplejersker.

FIRMAUDSTILLERE

Beslutningen om at flytte temadagen til Hotel Koldingfjord har givet firmaerne med tilknytning til operations-sygeplejen et større og bedre rum at udstille i, hvor der er plads til, at alle deltagere kan få gode samtaler om de udstillede produkter.

På kongresserne har firmaerne også fået mulighed for at afholde workshops, bl.a. om diametri og kirurgisk røg, lejrning og benlift, tips og tricks til at tage sterile handsker på, brug af latexhandsker og håndtering af væskeaffald på operationsstuen.

FSOP-NYT

I 2023 er vores fagmagasin, FSOP-nyt, udkommet med flere numre, som har sat fokus på faglig tyngde og formidling af relevant ny viden om og forskning i operations-sygepleje. Målet er at inspirere til faglig udvikling af den kliniske sygepleje og styrke faglige netværk og vidensde-

ling, så vi når ud til alle vores medlemmer og sørger for, at de er opdateret med ny viden og klædt fagligt godt på.

SPECIALUDDANNELSE

Bestyrelsen har også – i den fortsatte indsats for at sætte specialuddannelse til operationssygeplejersker på den politiske dagsorden – fået foretræde for Folketings Sundhedsudvalg i september 2022, og deltaget med et debatindlæg i Politikens sundhedstillæg Sundhedsmonitor.

KOMPETENCEKORT

Bestyrelsen arbejder fortsat med at udbrede de nationale kompetencekort til alle operationsafdelinger i hele landet. Udviklingen af kortene er forankret i FSOP, hvor en særlig interessegruppe med repræsentanter fra alle regioner mødes fire gange om året for at udveksle erfaringer med brugen af kortene. I 2023 er vi gået i gang med at revidere kompetencekortene til erfarne operationssygeplejersker, mens kortene til de uerfarne blev revideret i 2021.

NORDISK SAMARBEJDE

Det nordiske samarbejde er også blevet genoptaget her efter COVID-19. På side 12 kan du læse mere om, hvad de danske deltagere fik med hjem i rygsækken af ny faglig viden.



Med på NORNA 2023 var bl.a. Naja Nielsen, Anette Viftrup, Heidi Praefke Heidelberg, Frank L. Petersen, Tenna Petersen, Kiki Sønder, Birgitte Tørring, Marie Colombo og Annsophie Balslev.

NORNA-KONGRES 2023 I BERGEN

En spændende palet af ny viden om operationssygepleje

NORNA-kongressen i Bergen 6.-8. oktober 2023 blev et markant samlingspunkt for nordiske operationssygeplejersker og forskere, der dykkede ned i en række vitale emner inden for sygeplejepraksis, forskning og udvikling under den fælles overskrift One Step Ahead – Perspectives on Operation Room Nursing.

Af operationssygeplejerske Naja Nielsen

Med en rig og varieret palet af præsentationer, debatter og udstillere afspejlede kongres den seneste udvikling inden for operationssygepleje i Norden. Her er et overblik over de centrale temaer, diskussioner og vigtige pointer, som fremkom under dette betydningsfulde arrangement.

TORTUROVERLEVERE PÅ OPERATIONSBORDET

Der var forskellige fantastiske speakere.

Den første var den norske operationssygeplejerske Ana Schippert, som er stipendiat på OsloMet med projektet Giving torture Survivors a voice. Hun talte om behandlingen af overlevende af tortur på operationsafdelingen, og kom med anbefalinger til, hvordan vi kan forbygge gentraumatisering under den kirurgiske behandling.

Ana Schippert tog afsæt i, at det 21. århundrede kaldes flygtningenes århundrede på grund af de titusinder af mennesker, der er blevet tvunget til at flygte fra deres hjem. Flertallet af de flygtninge og asylansøgere, der kommer til Europa, har gennemlevet adskillige traumatiske begivenheder. Flere af dem er også blevet tortureret. Og kommer torturofrene under kirurgisk behandling, er de i risiko for at blive gentraumatiseret, fordi de sundhedsprofessionelle på kirurgiske afdelinger ikke er uddannet til at genkende tegnene på tortur eller til at yde passende pleje til torturoverlevende.

ANBEFALINGER TIL

AT FOREBYGGE GENTRAUMATISERING

Ana Schipperts projekt sigter derfor mod at udvikle en række retningslinjer/anbefalinger til, hvordan sundhedsprofessionelle kan forebygge gentraumatisering af torturofre, der gennemgår kirurgisk behandling:

- Opsummere undersøgelser af torturoffer, der modtager behandling for somatiske sygdomme, for at identificere udløserne/erindringerne, der kan føre til gentraumatisering.
- Identificere kliniske retningslinjer og anbefalinger for at præcisere bedste praksis og styrke evnen til effektivt og sikkert at behandle torturoverlevende inden for somatisk sundhedspleje.
- Undersøge, hvordan torturoffer modtager kirurgisk sygeplejepleje i forskellige afdelinger, fx operationsstuer, intensivafdelinger og ambulante.
- Skabe og evaluere en række kliniske retningslinjer til at forebygge gentraumatisering af torturofre på kirurgiske afdeling.

Projektet har også identificeret potentielle udløser af gentraumatisering for torturoverlevende, der gennemgår kirurgisk behandling, og understreger, udover anbefalingerne ovenfor, at de sundhedsprofessionelle skal kunne identificere patienter, der har været tortureret, fastlægge hvornår professionelle tolke er nødvendige, og foretage eventuelle nødvendige tilpasninger for at forebygge gentraumatisering.



Helle Rudbæk, Anette Viftrup, Heidi Praefke Heidebach, Naja Nielsen, Annsophie Balslev og Anette Kolding Rørvik.

DAG 1 EFTERMIDDAGSPROGRAM

Derefter var der to parallelle sessioner, en på engelsk og en på norsk.

Den engelske session indeholdt følgende oplæg:

Magnhild Vikan: The association between Patient Safety Culture and Adverse Events – a scoping review.

Judy Munday: Perioperativ temperature monitoring for patient safety: A period prevalence study of five hospitals.

Irene Sirevåg: Making operating room nurses' non-technical skills visible.

Den finske keynote speaker Jonna Kantala rundede den første kongresdag af med et oplæg om finske operationssygeplejerskers intentioner om at forlade arbejdet og de bestemmende faktorer – et oplæg, der gav perspektiver på sygeplejerskemanglen i Finland.

RELATIONELLE DYNAMIKKER I KIRURGISKE TEAMS

Birgitte Tørring fra Danmark åbnede andendagen på NORNA-kongressen, hvor hun talte om Communication and relationship dynamics in surgical teams in the operating room: an ethnographic study.

Birgitte Tørrings forskning omhandler undersøgelsen af kommunikation og relationelle dynamikker i tværfaglige kirurgiske teams på mikro-niveau i forskellige komplekse kontekster, ved hjælp af teorien om relationel koordination. Undersøgelsen er udført gennem etnografiske observationer af 39 kirurgiske teams og 15 semi-strukturerede interviews i løbet af en 10-måneders periode i





2014 i to ortopædkirurgiske enheder på et universitetshospital i Danmark.

Resultaterne identificerede fire forskellige samarbejdstyper i disse kirurgiske teams, som repræsenterede forskellige mønstre i kommunikation og relationer:

- 1) Proaktiv og intuitiv kommunikation
- 2) Stille og almindelig kommunikation
- 3) Uopmærksom og tvetydig kommunikation
- 4) Modstridende og meget dynamisk kommunikation.

Undersøgelsen antydede en forbindelse mellem kommunikations- og relationsdynamikker i kirurgiske teams og kompleksiteten af de kirurgiske procedurer, der udføres.

Konklusionerne fra undersøgelsen bidrager til teorien om relationel koordination og præsenterer en ny typologi af teams, der går ud over svag eller stærk relationel koordination ved at fange fire forskellige mønstre af relationel koordination. Især fremhæver undersøgelsen den centrale rolle, som gensidig respekt spiller, og den kommer med forslag til at forbedre den relationelle koordination i de kirurgiske teams.

DAG 2 EFTERMIDDAGSPROGRAM

Derefter var der to parallelle sessioner, en på engelsk og en på norsk, hvor den engelske session indeholdt følgende oplæg:

Linda Helen Helgeland og Karoline Stavang Michalsen: Splash basins – clean or contaminated? A quantitative study on bacterial growth in splash basins used to clean surgical instruments perioperatively.

Lena Rengård Kolstad og Bente Thyli: How do operating room nurse students experience the learning environment in the operating room?

Linda Mæland: Patients' experiences of selftreatment at home after day surgery.

Fra Island gav Helga Sif Friðjónsdóttir desuden bud på, hvad fremtiden vil bringe for sygeplejefaget.

Hele kongressen blev rundet af med en fantastisk spændende debat om, hvilke udfordringer operationssygeplejersker i Norden oplevede – en paneldebat med deltagere fra alle de nordiske lande. Annette Kolding Rørvik repræsenterede Danmark, og hun gav et grundigt indblik i uddannelsessituationen i Danmark, samt hvad fremtiden kan indeholde for operationssygeplejen herhjemme.

NORNA står for Nordic Operating Room Nurses Association. Det er en sammenslutning af operationssygeplejersker, der fokuserer på at fremme udviklingen inden for operationssygeplejen og forbedre patientplejen i de nordiske lande. De arbejder for at skabe et netværk for operationssygeplejersker, fremme forskning, uddannelse og samarbejde for at højne standarderne for pleje og uddannelse på tværs af Norden. Blandt ved at afholde kongresser for operationssygeplejersker fra hele Norden hver andet år, første gang i 2005.

OPERATIONSSYGEPLEJERSKE FRANK LETH PETERSEN:

Det fik jeg med hjem

Af operationssygeplejerske Frank Leth Petersen

Da jeg i efteråret 2022 opdagede, at den nordiske operationssygeplejerskekongres, NORNA, var fastsat til efteråret 6.-8. oktober 2023 i Bergen, blev jeg glad og forventningsfuld: Temaet for kongressen var 'One Step Ahead – Perspectives on Operation Room Nursing'.

Jeg har været på flere temadage og kongresser med FSOP igennem årene, og jeg havde også fornøjelsen af at deltage i EORNA kongressen, da den blev holdt i København. Jeg har altid syntes, at det var spændende, interessant og lærerigt at høre, hvad andre operationssygeplejersker og andre fagpersoner har forsket i. Så jeg talte med en tidligere kollega, og vi blev enige om, at det skulle vi afsted til. Til min MUS-samtale fremlagde jeg min plan og fik lov til at tage af sted til Bergen. Min gamle kollega havde lige færdiggjort sin master i sundhedsantropologi og kunne kom med, fordi hun sendte et posteroplæg til arrangørerne.

I foråret fik vi alle en guld billet til Oslofærgen med Sygeplejersken, og jeg besluttede at kombinere kongressen med en lille ferie til Oslo og tage videre til kongressen i Bergen med Norges smukkeste togtur. Så det var jo bare at få booket færgen, hotel og togtur.

Vejret i Oslo viste sig fra sin bedste side, og mine to dage fik jeg til at gå med at se den store forandring, der er sket, blandt andet på Havnefronten, siden jeg sidst var der for en del år siden. Jeg fik selvfølgelig også set Operaen, Kon-Tiki museet, et lidt sjovt popmusik-museum og ikke mindst en masse street art, som Oslo virkelig kan byde på.

Togturen fra Oslo til Bergen kan bestemt anbefales: Ruten går gennem fjeldene – og det er virkelig en helt anderledes natur end den, vi har her i Danmark, man kan opleve. Seks timer med gletsjer og bjerge. Lidt andet end København.

Træt og sulten blev jeg budt velkommen til Bergen af en flok andre danskere. Blandt andet min oversygeplejerske, der også var interesseret i at se og høre, hvad der sker på operationssygeplejerskefronten i resten af Norden.

Næste dag startede kongressen med spændende oplæg om temperaturmonitorering, mødet med torturofre i sundhedsvæsenet, og ikke mindst var jeg interesseret i et oplæg om bakterievækst i vandfadet med sterilt vand til brugte blodige instrumenter. Et emne, jeg selv har

forsket i for et par år siden. Mon de norske sygeplejersker havde fundet frem til det samme resultat som jeg?

Derefter var der oplæg om bakterievækst på den serviet, vi alle sammen bruger til at tørre instrumenterne af med under operationen. Håndgribeligt og brugbart.

Der var også indlæg om læring på operationsstuen, og en fremtidsforsker kom med et par bud på, hvordan fremtiden kan komme til at se ud for os som operationssygeplejersker, i forhold til brugen af teknologien og AI. Interessant var det også at høre Birgitte Tørring holde oplæg om gensidig respekt og samarbejde i det kirurgiske team. Afslutningsvis var der en paneldebatt om de udfordringer sygeplejen står i, i de nordiske lande. Ikke mindst rekruttering af personale. Anette Kolding Rørvik repræsenterede Danmark.

Alt i alt var det en virkelig spændende kongres, og jeg fik bestemt en masse brugbar ny viden med hjem. Vi fik dog en ekstra dag i Bergen, fordi flyet hjem blev aflyst. Men det er anden historie.

Jeg vil opfordre alle, der har mulighed for det, til at deltage i den næste NORNA-kongres – eventuelt med et forskningsprojekt eller en poster. Vi har fx en masse gode studier om fx kompetencekort B, C eller D at formidle, som det vil være relevant at dele – det faglige niveau her i Danmark er også højt, selvom vi endnu ikke har fået en national operationssygeplejerskeuddannelse her i Danmark, sådan som de har i Norge og Sverige.

Jeg vil også gerne gøre lidt reklame for EORNA - den europæiske operationssygeplejerske kongres, der bliver afholdt i Valencia 16.-18. maj. Jeg kan varmt anbefale, at man tager med til EORNA og får en masse ny viden, inspiration og netværk på tværs af landegrænser. Abstrakt er åben, hvis man har lyst til at sende et afsted og bidrage med sin viden på kongressen. Læs mere om EORNA Congress 2024 her: eorna-congress.eu.



LÆGERNE SNØD STATISTIKKEN VED PRÆSTØULYKKEN: 7 unge overlevede klinisk død og kropstemperatur på 18 grader

I februar 2011 kæntrede en båd med 13 efterskoleelever og 2 lærere i Præstø Fjord. Flere af de unge opholdt sig i flere timer i 2 grader koldt vand, inden de blev reddet op, og 7 af dem blev konstateret klinisk døde. Inde på Rigshospitalet stod overlæge i anæstesiologi, Michael Wanscher, imidlertid klar sammen med sine kolleger fra intensiv for at tage imod de unge, som blev fløjet ind i helikopter. Takket været de beslutninger, de traf i de første 36 timer efter ulykken, overlevede alle de unge. Kun én har i dag stadig alvorlige mén.

På FSOPs temadag 30. maj 2023 på Hotel Koldingfjord gav Michael Wanscher indblik, hvordan det lykkedes at redde alle de unge, selvom de ved ankomsten til Rigshospitalet var klinisk døde.

Præstøulykken har lært os, hvordan vi behandler mest effektivt, og vi har i dag en høj overlevelseshøjde på de hypotermie patienter, vi får ind. Derfor vil jeg nu gennemgå forløbet for jer og belyse, hvordan det lykkedes os at redde alle de unge, som kæntrede, og hvordan vi dermed har rykket ved de hidtidige statistikker, indledte Michael Wanscher. Han er ph.d. og overlæge i anæstesiologi på Rigshospitalet og har beskæftiget sig med hypotermi i en årrække.

DEFINITIONEN PÅ HYPOTERMI

Hypotermi er defineret som den tilstand, hvor kropstemperaturen er under 35 grader. Sker temperaturfaldet brat og ufrivilligt som ved ulykken i Præstø Fjord, er der tale om accidental hypotermi. Og bliver temperaturfaldet tilstrækkeligt stort, indtræffer klinisk død.

- Hypothalamus er det center i hjernen, som sørger for at regulere vores kropstemperatur, så den holder sig tæt på 37 grader. Den regulerer både ud fra, hvad vi gør, og hvad den selv føler, forklarede Michael Wanscher:

- Den fungerer fx autonomt, når vi pludselig sveder, fordi den synes, at det er for varmt. Sveden er derfor et signal til os om, at nu skal vi gøre noget ved det – enten gå ind i skyggen eller tage noget tøj af. Tilsvarende når det er koldt – vores krop føler kulden, og vores hjerne registrerer den, men der går ikke lang tid, hvis vi ikke har nok tøj på eller falder i vandet, før vi begynder at få

kulderystelser. Det er et faresignal og et tegn på, at der sker en enorm stimulation af kroppen – den går i gang med at ryste, fordi det sætter varmeproduktion i vejret. Budskabet til os er, at vi skal gøre noget ved det: Gå op af vandet, tag mere tøj på, eller tag passende tøj på, og opfør dig, så det passer til lejligheden.

Men kroppen bruger enormt meget energi på kulderystelserne – dvs. på muskelmetabolisme. Og når der ikke er mere energi at trække på, udløses forskellige hypotermie mekanismer. Det er farligt for os, fordi vi holder op med at kulderyste og bliver tiltagende sløve – typisk når vi når under 32 grader: Vi er stadig ved bevidsthed, men vi kan ikke rigtig skabe sammenhæng i tingene, og vi kan måske reagere paradoksalt, fx ved at tage tøjet af, selvom det er iskoldt.

Fra dette punkt falder hjertets funktion også stille og rolig: For hver grad, man falder i temperatur, falder ens stofskifte 5-8 %, og jo mindre energi, der er behov for, desto langsommere behøver hjerter, lunger og respiration at arbejde. Derfor går hjerte og lunger ned i frekvens: Ved 28 grader er stofskiftet nede på 50 %, og ved 22 grader er det nede på 75 %. Man ved desuden fra dyreforsøg, at når der i forvejen er manglende ilttilførsel, og man så får hjertestop, kan hjernen klarer sig uden ilttilførsel i 10 gange så lang tid, som hvis man får hjertestop mens man har en legemstemperatur på 37 grader.

Hypotermi udvikler sig i fire stadier, i takt med at kroppen afkøles mere og mere:

1. Kropstemperaturen over 32 grader:
Man har kulderystelser og er bevidst.
2. Kropstemperaturen falder til under 32 grader:
Kulderystelserne ophører, og man bliver tiltagende uklar.
3. Kropstemperaturen når under 28 grader:
Man mister bevidstheden, og pulsen falder.
4. Kropstemperaturen er under 24 grader:
Man er klinisk død.

I Danmark havde vi i 1996-2016 i alt 5242 patienter med diagnosen accidentel hypotermi. Det svarer til 4,4 pr. 100.000 – plus alle de, der udskrives uden at blive registreret som accidentelt hypotermie.

1 års-dødeligheden er 30 %. Den store synder er alkohol – både i form af misbrug og fx fritidsfiskere, der drikker øller i båden og falder overbord, når de skal tisse.

KÆNTRER UDE PÅ FJORDEN I ISKOLDT VAND

Derefter satte Michael Wanscher fokus på Præstøulykken, hvor det lykkes ham og kollegerne på redningsholdene og de involverede hospitaler at redde 13 forulykkede unge og deres ene lærer – mod alle odds og statistikker. Den sidste – elevernes idrætslærer – forsvandt under ulykken og blev først en måned senere fundet druknet.

Historikken er, at en idrætslærer tager 13 uerfarne efterskoleelever på 15-17 år og en kollega med ud at træne i en dragebåd i Præstø Fjord en kold februardag i 2011, hvor vandet er 2 grader, og luften 4 grader.

Eleverne har ingen erfaring med at sejle dragebåd. 2 kan ikke svømme, 7 har kun basalt svømmekendskab, mens 6 er gode svømmere. De har ikke redningsveste og overlevelsedragter på – kun svømmeveste uden krave og træningstøj. Da de er kommet et stykke ud, tager vinden taget til, og bølgerne bliver højere. De forsøger at vende båden for at sejle tilbage, men den kæntrer på 2-5 meters dybde klokken 11.22.

7 KLINISK DØDE UNGE HIVES OP AF VANDET

I følge beregningerne, kan man svømme max 200 meter i 2 grader koldt vand, før kroppen må give op. Det lykkes imidlertid en af pigerne at nå land ved at svømme og vade cirka 500 meter, hvorefter hun går 2,1 km til den nærmeste by. Her slår hun alarm klokken 12.43. Der er på det tidspunkt gået 81 minutter, siden båden kæntrede. Der sættes en kæmpe eftersøgning i gang med alle tilgængelige helikoptere, ambulancer osv.



Overlæge i anæstesiologi, Michael Wanscher, Rigshospitalet



Mellem klokken 13.10 og 14.19 redder man 7 klinisk døde unge op fra vandet. De 6 flyves til Rigshospitalet, og den 7. køres i ambulance til Næstved, iskold og uden cirkulation. De øvrige syv bliver også fundet. De er hypoterme, men ved bevidsthed og fordeles på de forskellige hospitaler.

DERFOR KAN MAN OVERLEVE KLINISK DØD

- I situationer, hvor man er ved at drukne, har man de bedste muligheder for at overleve og vende tilbage til en nogenlunde normal neurologisk tilstand, hvis man nedkøles, før lufttilførslen lukker ned, fordi stofskiftet og dermed iltbehovet falder, så hjerte og lunger når at komme ned i tempo. Det er ikke på samme måde muligt, hvis man først kvæles, forklarede Michael Wanscher og pegede på, at selvom der ikke er tegn på liv, og man er klinisk død, er det ikke ensbetydende med, at man ikke kan genoplives med de midler, vi har i dag, og som også blev brugt til at behandle de unge i Præstø-ulykken.

- Derfor er det vigtigt, at man ikke træffer nogen beslutninger ude på stedet – man skal bare håndtere det som en akutsituation med hjertemassage, ventilation osv. og få patienten bragt ind på hospitalet, uanset om der er tegn på liv eller ej, understregede han.

CIRKULATION SKULLE GENSKABES

11. februar 2011 er der afskedsreception for en kollega på Rigshospitalet, så selvom det er lørdag, er Michael Wanscher og mange andre læger og sygeplejersker samlet, da de bliver alarmeret:

- Vi får kun at vide, at der er sket en katastrofe – vistnok en turistbus, som er kørt i vandet nede ved Fakse. Først mellem klokken 13.45 og 15.00 finder vi ud af, hvad der egentlig er sket, da de seks klinisk døde unge lander på Rigshospitalets tag og langsomt kommer ned til os i korridorerne, hvor vi står klar til at modtage dem på operationsstuerne. Fordi vi jo i forvejen er talstærkt til stede på afdelingen, kan vi dele os op i teams, så alle stuer er bemandede og kan tage sig af hver sin patient. Og da vi ser de unge, er vi hurtigt klar over, at vores opgave er at lægge dem i hjertelungemaskine og få genskabt cirkulationen: Hjernen skal have ilt, så vi skal have iltet blodet og fjernet kuldioxiden, og vi skal have dem varmet op.

Mens de får hjertemassage, kommer de på hver deres operationsstue, hvor vi lægger slanger i lysken, så hjertemassagen kan fortsætte, indtil hjerte-lungeredningen efter cirka 30 minutter overtages af hjertelunge-maskinen. Efter cirka 2,5 timer er cirkulationen genskabt, og vi kan stoppe hjertelunge-maskinen.

Imens bliver den 7. unge i Næstved lagt på ECMO (en transportabel hjertelungemaskine) og hentet af en helikopter og fløjet til Skejby.

VIGTIGT AT TRÆFFE HURTIGE BESLUTNINGER PÅ STEDET

Michael Wanscher understreger, at det er meget afgørende, at man ude på stedet træffer nogle hurtige beslutninger i de situationer, hvor der er tale om hypotermi og klinisk død:

- Undgå at forhale beslutningerne, så patienterne bliver yderligere dårligere. Og ring hurtigst til det sted, hvor man kan sætte folk på hjertelunge-maskine eller ECMO-apparater. For personalet dér skal have tid til at få maskinerne bemandede. Overvej også, om man skal ud med ECMO på stedet, pointerer Michael Wanscher. I alt gik der i gennemsnit 6 timer, fra ulykken indtraf, til de 6 klinisk døde unge på Rigshospitalet igen havde bærende cirkulation:

- Der går 2 timer, før de første unge ankommer til os. Og de sidste unge reddes op af vandet efter tre timer. Der vil sige, at der går op mod fire timer, før de kan komme på hjertelungemaskine og blive genopvarmede: Det tager os kun en halv time, fra de kommer op fra skadestuen, til vi får dem lagt på maskinen – det er vi meget tilfredse med. Og fra vi starter maskinen, til vi stopper, og de kommer ud af maskinen og har genvundet deres egen bærende cirkulation, går der yderligere 2,5 timer. Alt i alt går der i snit 6 timer, fra ulykken indtræffer, til de klinisk døde unge igen har bærende cirkulation.

Nogle af dem får hjertemassage i helikopteren på vej til Rigshospitalet. Men ikke alle helikoptere er bemandede til, at flere patienter på samme tid kan få hjertelungeredning. Man må derfor på skift give dem hjertemassage.

- Det har dog formentlig ikke haft den store betydning, fordi de unges kropstemperatur jo var nede på 18 grader, påpeger Michael Wanscher:

- Det vigtigste var nok, at man ikke forsøgte genopvarmning under transporten.

Patienten i Næstved kommer i stedet på ECMO og bliver fløjet til Skejby, hvor der går næsten 2 dage, før han igen er ude af ECMO. Han har klaret sig fint siden.

ALMINDELIGE HJERTESTOPTAL KAN IKKE BRUGES

Præstøulykken har også givet Michael Wanscher og hans kollegaer værdifuld ny viden om, at de almindelige hjertestoptal ikke kan bruges til at vurdere, om genoplivning af hypoterme patienter er mulig.

- Hypotermie og klinisk døde patienter med hyperkaliæmi på 12 og derover kan ikke genoplives. Men kaliumværdierne hos de unge var alle i normalområdet, og derfor var overlevelse ved aktiv behandling mulig.

Lakta og pH værdier bruges normalt til at vurdere, om genoplivning er mulig ved almindeligt hjertestop. Men de kunne heller ikke bruges til at afvise aktiv behandling med hjertelungemaskine, selvom de unges laktatværdierne også var ekstremt høje op til 24, og pH-værdierne tilsvarende ekstremt lave ned til 6,4.

- Derfor måtte vi konstatere, at vi ikke kan bruge de samme tal på klinisk døde hypotermi-patienter, som vi bruger på almindelige hjertestoppatienter. Fordi deres tal arter sig fuldstændig anderledes.

LÅ NEDKØLET I 36 TIMER FOR AT SKÅNE HJERNEN

- Efter vi har genoplivet de 6 klinisk døde, kører vi dem over på intensiv til respiratorbehandling, kredsløbsstøtte og sedation. Dengang kølede man ved hjertestop i 24 timer, så det gjorde vi også, forklarer Michael Wanscher videre:

- Men på det her tidspunkt aner ingen af os, hvad det vil ende med. For selvom vi kan få alt andet til at fungere helt ok og fint, hvad er det så værd, hvis ikke hjernen er med? Derfor lægger vi den plan, at vi vil undgå det høje stressniveau, som normalt opstår, når man vågner efter et hjertestop, så vi undgår flere celleskader end højest nødvendigt: Vi starter med at lade patienterne ligge nedkølet til de hypotermie hjertestops-grader på 33-35 i 24 timer, og så øger vi langsomt temperaturen og holder normotermi i 48 timer. På den måde søger vi at undgå, at genopvarmningen efter hypotermi medfører en overreaktion, fordi hypothalemus ikke kan finde ud af det og skruer op for kropstemperaturen, så den pludselig stiger for voldsomt til over 38-39 stykker. Det er no go for enhver neurokirurg: Man skal ikke over 37,5-38 grader.

VAR SVÆRT HANDICAPPEDE I STARTEN

- Efter de 48 timer vækker vi de unge og laver EEG på dem. Vi finder overhovedet ikke nogen patologiske mønstre eller epileptiske fænomener. Deres hjerneska-demarkører er måske lidt forhøjede, men de falder meget hurtigt til normale værdier, og det er et prognostisk godt tegn. Vi laver også CT-skanninger og finder normale fund hos alle, mens MR-skanninger hos 3 patienter viser områder, der ikke helt ser ud, som de skal, og som kan tyde på, at hjernen har manglet ilt.

Patienterne behandles i respirator i 2-15 dage – i snit i 6 dage. Lægerne ser ikke andre svigt af organer: Nyrerne, lungerne, hjertet osv. arter sig fint og har ikke taget væsentlig skade.

- Efter i snit 17 dage sender vi dem videre: Vi aner stadigvæk ikke, om de vil komme sig. Der er masser af ting, de ikke kan, for de er på det tidspunkt temmelig svært handicappede med både cerebrale og funktionsmæssige mangler: Flere kan ikke gå, deres nerver i hænderne er kuldeskadede, så de ikke kan klare den personlige hygiejne eller låse en dør op, og nogen kan vi ikke rigtig få kontakt med.

FIK ETABLERET GENOPTRÆNING MED DET SAMME

- Derfor er vi meget fremme i skoene med, at det eneste rigtige er at få dem sendt videre til genoptræning hurtigst muligt, så de ikke ender på en sengeafdeling i en venteposition: Bliver de fanget i et ventehul, vil deres potentiale for at blive genoptrænet – og måske også deres mentale kapacitet – være væsentligt ringere. Hammel Neurocenter har plads til alle de unge, og vi sender dem afsted i små grupper til de mange måneders genoptræning, der venter forude.

Hammel Neurocenteret kommer til at gøre en kæmpeindsats, der bærer frugt, understreger Michael Wanscher: - Vi MR-skanner hjernen hos de unge igen efter nogle måneder. Vi kan se, at hos 2 af de 3 patienter med tegn på iltmangel, er skaderne forsvundet, mens den sidste desværre har tiltagende tegn på følger efter iltmangel i hjernen. Han har stadig i dag – 12 år efter – kognitive og motoriske problemer. Vi har studeret hans forløb nøje, og årsagen er formentlig, at han er druknet 'for hurtigt', dvs. så ilttilførslen til hans hjerne er stoppet, inden han er blevet kølet ned.

HVAD HAR VI LÆRT AF PRÆSTØ?

Afslutningsvist opsummerede Michael Wanscher, hvad Præstø-ulykken har lært os:

- Når man kikker på de teoretiske beregninger over, hvornår klinisk død indtræffer i koldt vand, er det virkelig tankevækkende, at hele 7 af de unge i Præstøulykken ikke er klinisk døde, men ved bevidsthed, da de kommer på land: 4 redder sig selv i land og har en kropstemperatur på cirka 36 grader, selvom de må have været i det 2 grader kolde vand i mindst 45 minutter. De andre 3 hives op med bærende cirkulation – den sidste efter 113 minutter i vandet. I følge beregningerne burde de alle være klinisk døde indenfor en time i 2 grader koldt vand. Bemærkelsesværdigt er det også, at næsten alle de klinisk døde er drenge, formentlig fordi de har et lavere BMI end pigerne at tære på: Mens drenges fedtprocent i den alder i snit er 10 %, er pigers 20 %. Og vi ved, at for hver procent ekstra legemsfedt er man bedre isoleret mod afkøling, svarende til, at ens legemstemperatur vil være 0,1 grader højere, hvis man opholder sig i koldt vand. Det betyder, at man er længe tid om at afkøle.

Fx kender vi til en 105 kg tung mand, der for 8 år siden lå i 15-16 grader varmt vand i 17 timer og havde en legemstemperatur på 33 grader, da han blev reddet op.

- Endelig har forløbet med de 7 klinisk døde unge ændret vores forståelse af, hvad der er muligt: At man kan overleve, selvom man opholder sig i 2 grader koldt vand i op til 169 minutter og er klinisk død og uden hjerteaktion med en kropstemperatur på 18 grader, når man hives op. At man efter 6-7 timer kan blive genoplivet og overleve uden kroniske mentale og fysiske skader. Det har rykket ved overlevelsesstatistikkerne, og ved vores forståelse for, hvad der er muligt ved klinisk død og nul hjerteaktivitet. Med andre ord: Opgiv aldrig på forhånd – no one is dead until warm and dead, sluttede Michael Wanscher.

ProcedurePak® hjælper dig med at reducere affald på operationsstuen*

Er der en anden måde?



Der er en anden måde!



Vidste du, at et skifte fra enkeltpakkede komponenter til Mölnlycke® ProcedurePak® pakker kan reducere kirurgisk emballageaffald med op til 90%*, uden at gå på kompromis med sikkerheden?

* Assessing the carbon and waste benefits of moving to Procedure Packs at Royal Liverpool and Broadgreen University Hospitals, NHS Trust, 2011.

Læs mere på www.molnlycke.dk

Mölnlycke Health Care ApS, Gydevang 39, 3450 Allerød. Tlf.: 80 88 68 10. info.dk@molnlycke.com
Mölnlycke og ProcedurePak varemærker, navne og logoer er registreret globalt til en eller flere af virksomhederne i Mölnlycke Health Care gruppen. ©2023 Mölnlycke Health Care AB. Alle rettigheder forbeholdes. DKSU0292309




Mölnlycke®

SIKKER HÅNDTERING af biopsier og vævsprøver på operationsstuen

Gå ikke på kompromis med sikkerheden –
anvend lukkede systemer og undgå
formalineksponering:

BIOPSAFE – blot et enkelt tryk, og formalinen
i låget udløses. Velegnet til biopsier.

ULTRASAFE – automatiseret doseringssystem.
Velegnet til større vævsprøver.



LÆS MERE

om vores formalinsikre
løsninger lige her:



AXLAB ACADEMY

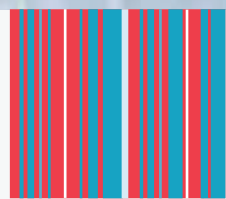
tilbyder dig ny viden –
se 2024 kalender her:



Axlabs

YOUR VISION.
OUR INSPIRATION

www.axlab.dk



Bliv medlem af FSOP

Bliv klogere på dit fag, del din viden og få et stærkt netværk af dedikerede operationssygeplejersker landet over – det er nogle af de mange fordele, som du får del i, hvis du melder dig ind i Fagligt Selskab for Operationssygeplejersker, FSOP.

Som fagligt selskab arbejder vi for operationssygeplejerskernes fag og sag, blandt andet på vores årlige kongresser og temadage og her i vores magasin, hvor du får masser af relevante faglige input, der klæder dig godt på til dit virke.

SÅDAN BLIVER DU MEDLEM:

Log ind på dsr.dk

- Klik på 'min side'
- Under 'Din profil' klikker du på 'klik her for at redigere din profil'
- Udfyld
- Klik på 'Gem'.



Velkommen til FSOP's nye medlemmer

Ann Maria Bjørn Dich
Anna Elisabeth Mayntzhusen
Anna Agerboe Kliver
Anne-Birgitte Villesen Poulsen
Annsophie Balslev
Bettina Emcken
Cecilie Haslund
Charlotte Hedal Gravesen
Charlotte Murning Poulsen
Iben Egede Berthelsen
Jeanne Mathiesen
Jytte Engell Paulsen

Karin Holmegaard Sørensen
Kate Nina Jakobsen
Line Thornø Pytlick
Line Tuxen Bundgaard
Lizzette Laursen Thomsen
Lærke Pedersen
Malene Boll Pedersen
Maria Jean Stender
Marianne Bruun Johansen
Mette Bøgsted Baun
Mette Pilmann Esbjerg
Mette Zachø Faursholt

Mie Damgaard Hansen
Pernille Kofoed
Pia Winther Tribler
Sabrine Siø Klüver
Samar Meri Christensen
Sidsel Nymark Hansen
Signe Bay Madsen
Sofie Høisgaard Lomholdt
Susanne Holm Risby
Tanja Boutrup
Tanja Saxe Vesterlund



**KONTAKT DEN NYE
BESTYRELSE: SE SIDE 9.**

