

[Automatisk tekstet av Autotekst med NB Whisper. Kan inneholde feil.]

[SPEAKER_00]

Du hører nå en podkast fra Universitetet i Stavanger.

[SPEAKER_01]

Hei, og velkommen til Steril sone, podkasten som tar deg med bak kulissene i operasjonssalen.
Jeg heter Malin Maria Dramdal.
Jeg er operasjonssykepleier og universitetslektor her på UiS.
I dag har jeg med meg en ny gjest.
Han heter Paul Magnus Heggland og er min kollega her på UiS.
Men du er òg anestesisykepleier.

[SPEAKER_02]

Ja, stemmer det.

[SPEAKER_01]

Eller òg.

Ja.

Vil du si litt om deg selv?

[SPEAKER_02]

Ja. Paul Magnus heter jeg, anestesisykepleier
Jeg er anestesisykepleier som jobber deltid på universitetet, i 60 %. Og så er jeg på anesthesiavdelingen i tillegg til det.
Har erfaring som sykepleier i akuttmottaket.
Der jeg har vært i mange år før jeg begynte på anestesien.
Og så har jeg gått inn nå med en delt stilling der jeg er mest på universitetet og litt i det kliniske fremdeles.
Det er kjekt å ha en fot i begge leirer.

[SPEAKER_01]

Ja, og det gjør jo at vi har jobbet sammen litt på operasjon, og mest her, da.
Men likevel har vi en felles erfaring av dagens tema, som er smittevern.
Som skiller seg litt ut ifra det generelle infeksjonsforebyggende vi holder på med. De tiltakene vi gjør til vanlig.
For når vi snakker om smittevern i denne sammenheng, så er det gjerne litt mer kjent smitte vi tenker på.
Så hvorfor skal vi snakke om smittevernsarbeid når det egentlig er litt kjent fra grunnutdanningen?
Hva er det som er annerledes på operasjon?

[SPEAKER_02]

Det er jo et godt spørsmål.
I utgangspunktet så er jo smittevern det vi driver med.
Det er grunnleggende prinsipper vi jobber rundt.
Men det er jo en spesialavdeling.
I hvert fall for min del kjenner jeg jo at det endrer seg ganske mye når jeg kommer opp på operasjonsavdelingen.
Det er jo ganske skjult avdeling der folk ikke er vant til å jobbe,

det skjer litt bak lukkede dører.

Og så er det spesielle prosedyrer der vi må bryte inn i barrierene til pasienter.

Fra anestesiens side der vi ofte intuberer dem og går ned i luftveien hos pasientene.

Og det som kirurger og andre holder på med, der vi opererer og bryter naturlige barrierer til pasientene ved å skjære i huden og skape utfordren landskap forhold til dette med smitte.

[SPEAKER_01]

Pasientene blir litt ekstra utsatt for smitte fordi vi går inn i dem på den måten, rett og slett.

Og vi skal snakke litt mer om spesielle prosedyrer i forhold til det litt seinere.

Men det som er viktig, da, er jo at vi har denne avklaringen på forhånd.

For at vi skal få felles situasjonsforståelse i teamet.

Og hva tenker du at det er viktig at vi avklarer da?

Før vi går inn på stue når vi vet at det er smitte på stua.

[SPEAKER_02]

Ja, det er jo hva type smitte og hva som er problemstillingen, og hvorfor vi behandler det som en smitte.

Det er jo en sånn ting som jeg ofte syns vi diskuterer fram og bak og kanskje krangler litt om.

Vi er litt uenige om hvilke prinsipper vi skal behandle hvilken pasient.

Det er alltid uenighet fordi vi er vant med at fra avdelingen er det gjerne ikke smitte.

Ting endrer seg litt underveis.

Et pasientforløp har nødvendigvis ikke det samme smittevernregimet.

Vi har ting som en kanskje syns ikke burde vært smittsomt, eller om vi ikke trenger den beskyttelsen, kjører vi som om vi kjører et fullt smitteregime på når vi arbeider på operasjonsavdelingen, nemlig fordi de er så utsatte.

[SPEAKER_01]

Ja.

Vi kan ta et eksempel på det som vi diskuterte i stad, dette med ESBL.

Så kan vi komme tilbake med flere etter hvert òg.

Men i ESBL, for dere som har jobbet på sykehuset tidligere, eller andre plasser hvor du har kommet i kontakt med det som sykepleier, så er jo ofte pasientene gjerne oppegående, og det blir behandla som kontaktsmitte.

Altså at det er lukka.

Det er kun smitte i harmetegn hvis du er borte i f.eks.

urin, hvis de har ESBL i urin.

Men så kommer de til oss, og så har de gjerne kreft i urinveiene.

Og vi skal inn i urinveiene.

Så da vil det jo naturlig nok bli et større problem, fordi vi går direkte inn i smittekjernen, kan du si, og vi bruker mye væske for å komme inn der, og det blir søl nødvendigvis.

Som gjør at det blir en større smitterisiko både for oss personalet,

men òg for pasienten, at vi kan smitte pasienten på ny andre plasser med virus eller bakterier.

Og ikke minst pasientene som kommer etterpå.

For det er jo ikke sånn at det bare er én pasient på stua per dag.

[SPEAKER_02]

Nei, og det er jo både det og at vi ofte legger folk i narkose i forbindelse med en operasjon.

Så det som er et klart og oppegående menneske i utgangspunktet, er at de blir ganske påvirkta av stoffene vi gir dem.

Og ofte så må vi legge inn på urinkateter og gjøre en del andre prosedyrer i forbindelse med operasjonen, selv om vi ikke skal i det området.

Der pasienten kanskje til vanlig kan opprettholde god hygiene, og ikke være så smitteførende, så endrer ting seg litt når en kommer til operasjonsavdelingen.

Og kanskje det postoperative foreløpet òg, som er litt kompliserende med tanke på at de gjerne ikke så lett kan opprettholde egen hygiene på et vis.

[SPEAKER_01]

Har du eksempler på hva de kan finne på å gjøre for ikke å opprettholde?

[SPEAKER_02]

Nei, det er det som sier at vi ofte legger inn kateter, og at de er veldig uklare idet de kommer fra operasjon.

Selv om en ikke legger inn et urinkateter eller andre ting, så er de jo strengt tatt veldig påvirkta når de våkner opp.

Det er òg en problemstilling i forhold til det der med normal hygiene.

[SPEAKER_01]

Ja, ofte syns de jo faktisk at det er litt ubehagelig.

De tror gjerne de må tisse og begynner å rive og slite i dette her.

Som kan gjøre at det kan bli lekkasjer, eller at de tar på smitteførende stoff og dermed sprer det videre rundt forbi.

Så det er jo litt av det som kan bli utfordrende.

Ja, og så snakket vi òg litt om tidligere i dag, da vi diskuterte dette, dette med multiresistente bakterier, og at det er et økende problem både i samfunnet, men òg for oss på sykehuset, så ser vi det mer pga.

disse MEDEVAC pasientene som blir sendt til Norge for medisinsk behandling.

Og Medevac er vel altså si medisinsk evakuerte pasienter, så det er enten pasienter som trenger kirurgisk behandling eller medisinsk behandling, som kommer fra krigssoner eller andre nødssoner andre plasser i verden, da.

Og i Norge er vi relativt gode på multiresidentbakterier, men ...

[SPEAKER_02]

En av de store utfordringene i helsevesenet framover, er dette med multiresistente bakterier generelt.

Vi snakket jo om, og det er en av de tingene som preger hverdagen

vår, der vi har en del veldig kompliserte forløp innen multiresistente bakterier. Og det er jo en del av disse pasientene som blir evakuert fra Ukraina, som trenger ganske store operative behandling.

[SPEAKER_01]

De har jo ikke bare ett sår nødvendigvis. De har jo ofte både mye sår, alvorlige sår og alvorlige tilstander som følge av dette.

[SPEAKER_02]

Ja, og skader som det tar uker og måneder å behandle. Det er en del av dette. Kommer vel hertil fordi en ikke når mål med enkel behandling i Ukraina eller i landene rundt, sånn at en sprer det rundt i hele Europa. Ellers så er det jo mye multiresistens både mellom sykehusene i Norge og at vi har ganske mye turister og andre som kommer utenlands fra, og som skaper et utfordrende bilde i forhold til dette med multiresistens. Nå går vi inn i sommeren, så det ramler inn cruiseturister i Stavanger. Alle blir behandla som om de er smitteførende. Og ganske mange av dem har en resistens de går og bærer på. Det er ikke ungdommen som sitter ved cruiseskipene. De er ofte innlagt, og ofte må vi forholde oss til smitteførende pasienter.

[SPEAKER_01]

Ja. Og når det er sagt, så er det jo sånn at vi generelt sett på operasjon alltid behandler alle som om de har smitte. Men når vi har kjent smitte, f.eks. ESBL, som jeg nevnte i stad, eller MRSA, som er typisk cruisebåtpasienten, Så har vi jo disse ekstratiltakene som vi gjør fordi vi vet at det er smitte. Så vi beskytter oss sjøl og pasienten selv i tillegg til framtidige pasienter som skal komme i kontakt med oss og operasjonsstua. Så det er jo litt av det som skiller den vanlige pasienten fra den kjente smitepasienten, da. Men i forhold til disse rollene som vi har, da, operasjonssykepleierne og anestesisykepleierne, har du noen tanker rundt det, og hvordan vi løser det?

[SPEAKER_02]

Det har vi jo snakket om at vi kunne hatt en egen podkastepisode om, men det er samarbeidet på operasjonsstua. Og det er jo på en måte et samarbeid der vi egentlig, jeg pleier å si at jeg jobber jo tettere og mer med operasjonssykepleiere enn med anestesikollegene mine, for det er jo dere jeg trår sammen med time inn og time ut og dag inn og dag ut på operasjonsstua. Så har vi vært spesialområder der vi ... Dere er jo eksperter på infeksjonsforebyggende tiltak.

Og ofte tar styringen forhold til det.
Vi snakker om smittevern på stua.
Og så er vi opptatt av ting som på en måte gir oss en ekstra risiko, og pasientene som kommer etterpå, er også viktige.
Men dette med luft- og dråpesmitte når vi skal ned i luftveiene, gir en ekstra risiko.
Det ble veldig fokus på, spesielt under covid, at vi lager aerosol-dannende prosedyrer.
Når vi går ned i luftveiene, blir det masse mikrodråper som vi lettere kan smitte, og som vi må beskytte oss ekstra imot.

[SPEAKER_01]

De fleste kjenner jo disse forskjellige smitteregimene.
Du har dråpe-, kontakt- og luftsmitte som de hoved, og så har vi vel blodsmitte.
Men det kaller vi vel egentlig alt for så lenge vi er på operasjon, iallfall.
For vi vil helst ikke rotes bort i noens blod.
Men der er du inne på dråpesmitte.
Da er det dråper som kommer fra såret, fra luftveier eller sånn.
De har kort sveve... Hva heter det sveveomkrets?

[SPEAKER_02]

Spredningssonen.

[SPEAKER_01]

Hvis jeg nyser, så går det kanskje en meter.
Så står du lenger enn en meter fra meg, så får du ikke dråpene fra meg på deg og blir ikke smitta.
Med mindre jeg nyser på et håndtak.
Da blir det en form for kontaktsmitte, for da kan du ta på håndtaket og på den måten smitte deg sjøl via kontakt, som egentlig er det som definerer kontaktsmitte.
At du kommer i kontakt med noe som smitter deg.
Og så er det luftsmitte, som er smitte som henger i lufta litt lenger.
Det er mindre partikler som svever lenger i luften.
Og dermed utgjør en større fare for oss som beveger oss i den luften, da.
Og dette med dråper som blir til luftsmitte

[SPEAKER_02]

Sånn sett var det kanskje litt dumt å bruke eksempelet med nysing.
For da er det jo litt sånn ... Det å ha disse tunge dråpene som ikke sprer seg så langt, som vi kaller dråpesmitte.
Og så har vi jo luftsmitte som typisk er virus, som spres mye lengre.
Med dem òg i en form for dråper.
Og så er det jo når vi gjør en del akkurat som når vi nyser eller går ned i luftveiene, så kan vi få disse små virusene som vi tenker er dråpesmitte til vanlig, men som spres rundt i luften og kan vandre lenger.

[SPEAKER_01]

Holde seg svevende lenger og ...

[SPEAKER_02]

Ja, det er absolutt det som er poenget.
Vi har noen prosedyrer der vi har kontaktsmitte.
Det har du snakket en del om når vi har diskutert dette.
Der vi pirker borti ting eller driver med diatermi.
Der det også gjøres om til røykpartikler og spres rundt i rommet.

[SPEAKER_01]

Et eksempel på det er disse HPV-virusene, som man gjerne får i det vi kaller for kondylomer.
Så kan dere google det.
Men når vi da skal fjerne dette eller operere på dette vevet, så vil røykpartikkelen fra diatermien, som er denne strømførende pennen som vi brenner av blodkar eller vev med ...
Røykpartiklene fra det vil på en måte følge ... Eller viruspartikler vil følge røyken, mener jeg å si.
Som kan bli skadelig for oss helsepersonell ved at vi puster det inn og dermed kan bli smitta av virus på den måten.
Så i de tilfellene må jo vi ha sånne P3-masker.
Altså ekstra ... Ekstra ... Hva heter det ... Filter.
Som vi òg må ha på covid, som du nevnte i stad.

[SPEAKER_02]

Ja, og det er kanskje det som var litt snålt da vi begynte med covid.
Det var veldig uvant å bruke disse fine, dyre munnbindene som vi er vant med å bruke med en del av disse luftsmittene, som egentlig er ganske sjeldent.

[SPEAKER_01]

Ja.
Tuberkulose er vel nesten det eneste.

[SPEAKER_02]

Ja, og så er det kanskje litt av disse vannkoppene, hvis de er åpne og har sånn, tror jeg òg, er regnet som en luftsmitte.
Så der òg er vi litt sånn ekstra beskyttende, og det er jo kanskje mest fordi vi har sårbare pasientgrupper om vi er borte i de fleste, så vi har på en måte hatt en ... vannkoppeutbrudd og er ikke så fare, men da bruker vi munnbind.
Og når vi har HBV-smitte inn på stuene, så tar vi også på oss disse.
Under covid var det mye at vi brukte 3M, ekstra beskyttende munnbind hjemme.
Fordi en skal beskytte seg ekstra mye mot ...
Mot disse fine partiklene.
I den forbindelse begynte vi å beskytte anesthesiapparatet vårt ekstra.
Vi har i utgangspunktet et filter som renser 99,99 % av alle partikler som går inn.
Så går de inn i maskinen vår og så renser vi lufta og gjør litt forskjellige ting.
Så dytter vi det tilbake til pasienten, men etter covid kommer det

enda et HEPA-filter som skal beskytte maskinen vår ekstra.

[SPEAKER_01]

Via maskinen?

[SPEAKER_02]

Ja.

Vi skifter bare filter mellom pasienter.

Vi renser ikke hele systemet mellom pasientene, men renser luften med filter.

[SPEAKER_01]

Det gjør dere ved covid, f.eks.

[SPEAKER_02]

Nå gjør vi det standardisert uansett, så vi skifter disse filtrene hver gang.

Så har det blitt en standard i anestesiverdenen at vi har fått på et ekstra HEPA-filter som en ekstra beskytter for maskinen. Det har vi videreført.

Det er ikke noe unikt med smitte, men det er en forsikringssak som en har uansett, med tanke på at det kan være noen smitteførere som beskytter nestemann mot.

[SPEAKER_01]

Ja ja.

Når du nevner dette, tenker jeg òg på det vi gjør inne på stuene.

Som er at vi beskytter utstyret vårt.

Spesielt inne på stuene.

Som man òg gjør ellers på sengepost.

Man tar jo ut alt utstyr man ikke trenger å ha inne på stua.

Og så henger vi jo opp sånne plastlaken eller plastfolie.

Vet ikke hva du kaller det.

[SPEAKER_02]

Ja.

Det er disse plastposene som driver treet rundt på alt mulig.

Det er jo litt for å beskytte det som er rundt ja, og skape noen rene soner rundt omkring på operasjonsstuen.

Det jeg også syns var litt rart, når jeg begynte som anestesisykepleier, er jo at du er vant til å gå inn i et rom og utføre prosedyrer og så trekke deg ut igjen når du jobber på en sengepost.

Men her er det jo åtte timer inn på en operasjonsstue med denne smittepasienten, så du må på en måte lage deg noen rene områder og ha noen taktikker for hvordan vi skal behandle og jobbe i et smitteisolat så lenge.

[SPEAKER_01]

Det samme er jo også når det kommer til prøvetaking, som mange syns kan være litt utfordrende.

Det som jeg ikke nevnte i stad i forhold til dette med dråper og sånt, er jo at vi òg har ikke bare anesthesiapparatet, men på operasjon så har vi jo en form for skylking, et skylleapparat som på

en måte spesielt til hofteproteser, hvor de spyler med saltvann samtidig som de suger det ut, på en måte.
Så det er et sånt gjennomkjørende løp.
Men det blir jo òg en del sprut, for væska treffer jo pasienten.
Og det gjør jo at hvis det er infeksjon i den hofta når du opererer, så vil jo det spre infeksjøs materialer potensielt.
Så da har du jo .. Den casen med at du er oppi noe som òg har spruta, derfor må vi jo kle oss etter det.
Men så skal vi jo gjerne ta infeksjonsprøver fra den hofta i tillegg for å påvise hvilken type smitte det er, for å kunne behandle pasienten.
Så vi tar smitte, eller prøver, mener jeg, fra et ganske spredt personale og skal ta det ut til de som skal være rene, og sende det til laben, som jo ikke vil ha smitte på utsiden av prøveglassene.
Og da må vi jo òg ha gode rutiner for hvordan skal jeg, som operasjonssykepleier utenfor feltet, ta imot disse prøvene.
Det pleier jo alltid å være litt sånn utfordrende.
For du har jo gjerne stått og jobbet der inne, og så må du hele veien tenke da.
Hvor har jeg rene hansker nå?
Eller må jeg skifte hansker?
Har operasjonssykepleieren som står i feltet, må skifte til rene hansker og ha helt rent utstyr som de tar prøvene med, uten at de kommer bort til utsiden?
Så man skal virkelig holde tunga beint i munnen når man holder på med dette her.
Ga det mening?

[SPEAKER_02]

Ja, jeg syns det gir mening, og det poengterer jo også en del av dette.
Det er jo vanskelig, og spesielt når vi har holdt på en stund.
Og så er vi vant til å beskytte seg sjøl til en viss grad med å bruke hansker.
Men her skal du nesten doble opp mot at du alltid skal ha på deg beskyttelsesutstyr.
Så det gjør det utfordrende vanskelig.

[SPEAKER_01]

Så skal du ha utstyr på gangen, kanskje plutselig.
Eller i skapet som du har dekk til, for du skal ikke være inne der med smitte.

[SPEAKER_02]

Dere har mye utstyr og mye ting, men dere er ofte påkledd for å være sterile og rene.
Det er en kost-nytte.
Jeg har ikke så mye utstyr, men jeg må kle meg opp på en annen måte enn jeg er vant med.
Eller at jeg får en smittepasient hvis jeg er utenfor operasjonsavdelingen.

[SPEAKER_01]

Ja, bare for å fullføre den tanken der, så har jo vi ofte en som

sitter nesten "fastvakt" for oss på utsiden, som vi kan vinke til og skrive lapper til i vinduet og si at nå trenger jeg ei ekstra tang, eller kan du hente mer kompresser vi er tomme i skapet, eller whatever.

Så for å unngå at vi springer rundt på gangen etterpå, så i operasjonsavdelingen ellers, så har vi egne folk som kan komme og hjelpe.

Så det er veldig krevende for avdelingen å ha disse smittepasientene.

Spesielt hvis det foregår lenge, fordi det binder opp en del ressurser.

[SPEAKER_02]

Ja, det er ressurskreverne med smitte.

[SPEAKER_01]

Ja, virkelig.

Det er det ingen tvil om.

Men du nevnte litt anestesi og smitte utenfor operasjon.

Hva kan du ramle borti da?

Hvorfor er du utenfor operasjonsavdelingen?

[SPEAKER_02]

Vi fyker av gårde og gjør en del anestesiarbeid utenfor operasjonsavdelingen. NOR-arbeid, spkalt non-operating room anestesia.

Når det er ulykker i akuttmottaket eller hvis det er hjertestans en eller annen plass på sykehuset.

Hvis det er dårlige unger.

Det er nok litt varierende fra sykehus til sykehus, men hos oss har vi anestesi med i de akutte timene som samles ad-hoc rundt omkring. Og det er vanskelig, men vi har blitt ganske drillt på dette i akuttmottaket.

Når vi får beskjed om at det kommer en cruiseturist eller noe smittsomt, eller om det er en med mistanke om covid som har vært inne i dagen de siste årene, så dekker vi opp og har kontroll på ting i akuttmottaket.

Det er utfordrende når du har dårlige, kritiske pasienter.

Er det vanskelig nok å jobbe med det om de ikke skulle ha smitte? og så er det enda verre når de skulle ha noe smittsomt.

Og så må vi vite litt hvor mye vi skal prioritere å beskytte oss sjøl.

Eksempelvis var jeg på en hjertestans for noen år siden.

Det er litt småstressende å springe på en alarm som går med hjertestans. Du får en del tanker som fyker rundt i hodet.

Men så kommer du opp og ser noen halvveis gullkledde mennesker.

Og jeg tror ikke det er noen lapp på døra, og de var litt mer enn nok med seg sjøl.

Hele standsiden sto halvveis i døråpningen og lurte på "skal jeg gå inn, skal jeg ikke gå inn?" .

Det må være frustrerende for personalet på innsida som prøver å få liv i denne stakkaren, og som står et helt stans team og kler på seg gule frakker.

Det ble et munnbind og noen hansker og sprang inn.

Men da blir det å prioritere seg sjøl og vite hva som må beskyttes.
Og så kan vi skifte på uniformer, ta en dusj og alt sånn etterpå.
Men da må vi være litt pragmatisk.
Det samme er kanskje akuttmottak.
At du gjerne tar på deg dobbelt sett med hansker.
Eller om så er at du bare spriter hansken hvis det er helt krise.
Du gjør noe som kan være suboptimalt.
Vi må ha en liten tanke om hva som er viktigst å prioritere.
Da er det jo egen beskyttelse som er veldig viktig.
Og så kan jeg skifte uniform og gjøre en del andre ting.
Men jeg syns jeg kan ha på meg et munnbind.
Det kan koste på meg når det er krise.
Og så er det veldig greit å ha hansker, med tanke på blodsmitte.
Jeg vil alltid pusse opp noe hus, så jeg har alltid sår på hendene.
Og så vil jeg helst ivareta hygieniske prinsipper.
Ikke dra ting fra en plass til en annen.
Men det er litt hektisk når du har litt mange ting å gjøre, så kan du tenke deg godt om.

[SPEAKER_01]

Ja.

Det som er med de hanskene òg, er at dette er jo ikke situasjoner der du har lav puls som regel, selv om du som regel klarer å holde hodet kaldt og gjøre det du skal, for du er så drillen på jobben din, og ikke alltid det heller, og det kan være ganske stress å komme i en akutt situasjon.
Poenget mitt er at du som regel ikke tør i hendene.
Så de hanskene sklir ikke på lett som bare det.
Og da er det det trikset med doble hansker.
At du tar på deg to usterile, vanlige hansker.
Nitril-hansker, er det ikke det vi har?

[SPEAKER_02]

Jo.

[SPEAKER_01]

To sett med det rett på.
For da kan du, hvis vi nå er i mottak, du har tatt imot pasienten, det er mye rusk og rask i senga, pasienten har gjerne kommet fra grøfta, så har vi fått rydda vekk det verste av det, og vi har tatt det første blodsølet som kommer, og sånn, så kan vi bare vrenge av oss et par med hansker og se om vi rene igjen da.
Så det er et ganske godt triks å ta med seg når man kommer til traume mottak.
Med operasjonssykepleiere er jo òg der nede, faktisk.
Det er vel den eneste andre plassen vi går til, annet enn operasjonsavdelingen.

[SPEAKER_02]

Ja, og vi føler vi driver suller rundt på andre sine områder hele tiden.
Om det er røntgenavdelingen, eller om det er på kardiolog, eller om det er akuttmottak eller barneavdeling eller hvor som helst, så er det litt fremmede plass.

Det er ikke sånn som "hjemme på operasjon", som er ditt område. Så da blir det litt mer kinkig, og det er vanskelig nok, så det er utgangspunktet, synes jeg ofte, og i tillegg skal du da prøve å overholde smitteverngrunnleggende elementer er vanskelig.

[SPEAKER_01]

Takehome er å ha kontroll på grunnleggende smittevern. Det som dere har lært da dere tok bacheloren, og det som du har jobbet med i mange år, kanskje. Kanskje noen år. Men husk på, på en måte hvor du er, og hva du tar på. Hva beskytter vi oss eller pasienten for?

[SPEAKER_02]

Ja.

[SPEAKER_01]

ja.
For prinsippene er de samme hele veien. Det er bare at situasjonen endrer seg litt fordi vi åpner pasienten eller spyler pasienten eller intuberer pasienten.

[SPEAKER_02]

ja, det er jo det som er derfor du har det på operasjonspodkasten og sammen med anestesi og intensiv på utdanningen vår også, fordi selv om det er grunnleggende og kjente ting, så er det et litt ukjent miljø vi vandrer i. Så det er der jeg vil at folk skal sette seg inn i problemstillingene og stille dem litt tryggere når de kommer ut i den virkelige verden.

[SPEAKER_01]

Alt dette er forøvrig relativt overførbart til intensiv og, vil jeg tippe. Nå har jeg jo faktisk vært leid ut til intensiv under Covid og fikk testa meg. Det og var jo lange dager i smittevernutstyr med P3-maske og i det hele tatt.

[SPEAKER_02]

Du var litt rundt omkring hvor vi var på barneavdelingen sammen og under covid. Allsidige, sånn sett.

[SPEAKER_01]

Å ja, ja ja.
Vi må prøve det vi kan, når vi kan. Men prinsippene gjelder iallfall der og. Tenk på hva er hovedproblemet, altså hva er det vi må beskytte oss for? Og hvordan må vi endre oppførselen vår derifra, da. Er jo egentlig det som er ... Hva er det vi skal beskytte?

[SPEAKER_02]

Å beskytte pasientene.

Det er veldig kjedelig med smitte, og veldig vanskelig å bli kvitt ... Det gjelder jo både for oss, beskytte oss sjøl, og absolutt for pasienter som er veldig sårbare og skal gå gjennom en runde med multiresistens.

[SPEAKER_01]

Multiresistenceller, eller ikke, men ja, de er sårbare, de er utsatt for både det kirurgiske traumet som vi gir dem, gjerne nedkjøling, hypotermi altså, og blødning og i det hele tatt. Så de har mye som ikke spiller på sin side for å ikke få infeksjon. Ja.
Skal vi runde av, Paul?

[SPEAKER_02]

Det tror jeg.

[SPEAKER_01]

Ja.
Takk for at du har vært med oss i dag og diskutert dette. Jeg og du skal snakkes igjen, som du nevnte, litt seinere med å snakke litt om teamarbeid på operasjonsstua.

[SPEAKER_02]

Ja, det blir spennende å komme å snakke om det òg.

[SPEAKER_01]

Ja.
And back for another day
Ellers ønsker jeg å takke deg som lytter til denne episoden av Steril sone.
Vi har hørt at smittevern på operasjonsstuene er komplekst. Og at vi rett og slett må holde tunga litt beint i munnen når vi holder på med dette her. Så snakkes vi igjen.
Eller vi høres.
Takk for i dag.

[SPEAKER_00]

Du har hørt en podkast fra Universitetet i Stavanger.