

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

[VANNMERKE]

Du hører nå en podkast fra Universitetet i Stavanger.

[MALIN MARIA DRAMDAL]

Hei, og velkommen til dagens episode av Steril sone.

I dag skal jeg snakke med dere om karthorax-kirurgi.

Og for å gjøre det så er jeg alene i studio, men jeg har med meg to kjekke operasjonssykepleiere fra Østlandet som skal være med meg og snakke om dette, som jobber på karthorax på Rikshospitalet.

[MALIN (RIKSHOSPITALET)]

Hei, hei.

[MALIN MARIA DRAMDAL]

Vi skal få et innblikk i arbeidshverdagen deres på operasjonsstua og på avdelingen der dere jobber, og hva som kan møte deg i praksis hvis du havner i en sånn arbeidsavdeling.

Og ikke minst skal vi òg snakke litt om hvordan du da kan finne din rolle i et team, og det trenger ikke bare å være i en kartoraksituasjon, fordi ...

Dere to har masse erfaring med å jobbe i store team, i akutte team og i akutte situasjoner, hvor dette med ikke-tekniske ferdigheter og samarbeid er ekstra viktig.

Så vi kan jo begynne med å introdusere gjestene mine i dag.

Jeg har med meg Malin og Hanna.

[MALIN (RIKSHOSPITALET)]

Yes.

Hei.

Ja, Malin heter jeg.

[MALIN MARIA DRAMDAL]

Hei, Malin.

Vil du fortelle litt ... Ja, dere kan si litt om avdelingen og hvor du jobber og hvordan du havnet der, skulle jeg til og si.

[MALIN (RIKSHOSPITALET)]

Ja.

Mali heter jeg.

Jeg har jobbet som operasjonssykepleier på Torex kirurgisk avdeling, som jeg jobber sammen med Hanna, som er også med oss her i dag.

Tidligere har jeg jobbet også med Toraks kirurgiske pasienter, men postoperative pasienter.

Og nå jobber jeg 50 % som fagsykepleier og 50 % i tredelt turnus, med helg, kveld, natt og bakvakter.

Jeg er svensk som dere hører, og har bodd i Norge siden jeg var 20 i 18 år.

Mitt første møte med Norge var i Stavanger, der jeg bodde da.

Så jeg har litt sånn Siddis her i mitt hjerte.

[MALIN MARIA DRAMDAL]

Ja, men det er godt.

Velkommen på besøk igjen! Men så kjekt!

[MALIN MARIA DRAMDAL]

Ja ... Hanna, vær så god.

[HANNA ]

Ja, hei.

Jeg heter Hanna.

Jeg har vært operasjonssykepleier i åtte år.

Og jeg har bare jobbet her på Torax som operasjonssykepleier.

Og før jeg ble det, så jobbet jeg også med Torax-pasienter på Ullevål.

Og jeg har da 50 % fagstilling sammen med Malin, og 50 % i vanlig drift med tredelt turnus.

[MALIN MARIA DRAMDAL]

Nemlig.

Kan dere si litt om hva som gjorde at dere ... Ja, om det går på det som ... Hvorfor ble dere operasjonssykepleiere, og hvordan havnet dere på kar-thoraks?

[MALIN (RIKSHOSPITALET)]

For meg var det en naturlig overgang å fortsette med Toraks-pasienter.

Ettersom jeg kjente klinikken, jobbet ni år på Toraks sengpost.

Så jeg visste litt hva jeg gikk til.

Veldig spennende pasientgrupper.

Mye forskjellige typer pasienter.

Hvorfor jeg ble operasjonssykepleier, var vel for ...

Jeg ville jobbe i team istedenfor å ... Vanlige sykepleiere jobber oftest med mange pasienter.

Og du er alene med mange pasienter, mens her jobber vi i team med én pasient.

Og så liker vi å holde det litt ordentlig, som operasjonssykepleiere liker.

Og ... Ja.

[MALIN MARIA DRAMDAL]

Ja, Hanna, hvordan er det med deg, da?

[HANNA ]

Nei, jeg ble vel operasjonssykepleier, for jeg likte måten de jobbet på.

Litt samme som Malin, liker litt ordening og rede.

Og synes dette med bare én pasient om gangen er veldig fint.

Det er veldig spennende.

Det er mye ... Liker det akutte og være der det skjer.

Og det ble jo Torax på meg òg, fordi det var en kjent pasientgruppe.

Og jeg hadde da utdanningsstilling.

[MALIN MARIA DRAMDAL]

Ja.

Når dere ... Altså, på Riksen så søker du deg spesifikt inn på en seksjon?

Ja.

Så du får liksom ansettelse på Kar-Torax, det er ikke sånn at dere bytter på hvor dere jobber?

[MALIN (RIKSHOSPITALET)]

Nei.

Ikke vi.

For det er veldig sånn spesialisert.

[MALIN MARIA DRAMDAL]

Ja, ikke sant.

Hva er det som gjør Torax-feltet spesielt interessant for dere, som gjør at dere blir værende der?

[HANNA ]

Det er vel bredden i feltet.

Vi har veldig komplekse pasienter.

Vi har både hjerter, lunger, vi har kar, vi har barn, vi har masse ø-hjelp.

Nesten 50 % av operasjonene vi har, er øyeblikkelig hjelp.

Og så har vi også transplantasjoner.

Vi har jo landsfunksjon når det kommer til barn og til store kar og aortakirurgi.

Det er en veldig spennende avdeling med høyt tempo.

Uforutsigbare dager, så man må trives med det.

[MALIN (RIKSHOSPITALET)]

Litt action, og at man ikke alltid vet hva man går til.

Og assistansene her, når man er sterilt og koordinerende, er aktive.

Så det er ikke kjedelig.

[MALIN MARIA DRAMDAL]

Så ... Det høres ut som en avdeling for meg.

Jeg har alltid likt veldig godt å jobbe med uforutsigbare situasjoner, og egentlig det akutte.

mm, det ... Så min drøm var, hvis jeg ikke hadde vært låst til Vestlandet, å jobbe på et større sykehus med litt mer akutfunksjon enn det vi har å by på her.

Så det høres ut som en drømme plass for meg.

[MALIN (RIKSHOSPITALET)]

Ja, du er velkommen.

[MALIN MARIA DRAMDAL]

Jo takk.

Foreløpig blir jeg nok her.

Så får jeg heller komme på besøk til dere, tenker jeg.

[HANNA ]

Du kan komme og hospitere.

[MALIN MARIA DRAMDAL]

Ja, det må vi gjerne få til.

Du, torakskirurgi det rommer som dere sier, veldig mye.

Vi har fått et lite bilde av bredden allerede.

Men vil dere si litt mer om hovedområdene som dere driver med på Toraks-seksjonen hos dere?

[MALIN (RIKSHOSPITALET)]

Ja, de driver jo ... Den største virksomheten er jo hjertekirurgi.

Og det er mye klaffkirurgi.

Vanligvis aortaklaffen, som man opererer pga.

stenose, som er en forkalkning, eller insuffiensi, som er lekkasje.

Men det kan også være at man har en medfødt defekt på klaffen, som en bikuspid aortaklaff.

At man har to ...

Seil i klaffen istedenfor én, og da blir det lekkasje av og til.

Og så opererer vi mitralklaffen og trikuspedalklaffen og pulmonalklaffen.

Og så har vi bypass-kirurgi, ACB.

Og da høster vi en vene fra benet for å bruke som bypass forbi tunge eller tette kransårer på hjertet.

Så hjertet får en god blodforsyning igjen.

[MALIN MARIA DRAMDAL]

Dere lager en ny vei, rett og slett, for blodet.

[MALIN (RIKSHOSPITALET)]

Helt riktig.

Så har vi en del kombinasjonsingrep der det er både klaff og bypass.

Og de som har utposting på Aorta.

Kombinasjon med klaff.

Og jeg vil ha flere typer hjerteoperasjoner også, som myotomi og myksom.

Altså myktomi når man fjerner en del av muskelen.

Og myksom når man ...

Ja, det kan være en tumor eller lignende i hjertet.

[MALIN MARIA DRAMDAL]

Ja.

Og alt dette her er åpen hjertekirurgi?

[MALIN (RIKSHOSPITALET)]

Ja.

Det er det viktig å poengtere.

Og det som er spesielt med vår avdeling, er at vi kjøler alle pasienter som er ... Og bruker hjerte-lunge-maskin på dem.

På alle hjerteoperasjoner og lokaler.

[MALIN MARIA DRAMDAL]

Det er jo noe helt annet enn det vi ser her.

[MALIN (RIKSHOSPITALET)]

Og det er ikke så mange som har det, for vi bruker perfeksjonistene, det samarbeidet der, så ... Og de finnes jo ikke overalt, det finnes ikke så mange av dem i landet, så ... Det er det som gjør at det er litt spesielt.

[MALIN MARIA DRAMDAL]

Jeg ble jo litt interessert i det dere sier om at dere kjøler ned.

Det er jo egentlig noe vi jobber for å ikke gjøre.

Kan dere si litt kort om hvorfor, og forklare det lite grann for lytterne våre?

[HANNA ]

Ja, vi kjøler jo ned pasientene på hjerte-lungemaskin for å bevare hjernecellene, rett og slett, under operasjonen.

De er jo koblet til hjerte-lungemaskin med to store kanyler, noen ganger tre.

En i aorta og hvert fall en i en vene, noen ganger to.

Litt avhengig av hva slags kirurgi de skal gjøre.

Og da er det hjerte-lungemaskinen som styres av perfusjonisten, som tar over gassutvekslingen.

Og da er det ønskelig å holde lav kroppstemperatur, da, for å bevare mest mulig hjerneceller, rett og slett.

[MALIN (RIKSHOSPITALET)]

Ja.

Kroppen trenger mindre oksygen hvis den er kald.

Vevet også.

Hele pasienten.

[MALIN MARIA DRAMDAL]

Ja, kroppen trenger mindre oksygen når den er kald.

Du hoppet bitte litt ut der Malin, så jeg bare gjentok deg.

Men det er jo veldig interessant, for det er jo det vi holder på med i undervisning, er jo hele tiden å snakke om hvordan vi unngår hypotermi.

Så det er jo noe å omstille seg der òg for dere når dere plutselig skal jobbe motsatt.

[HANNA ]

Så er det også en annen ting som vi ikke gjør, som man har veldig fokus på på studiet, og det er jo dette med leiringsendring underveis i inngrepet.

Våre pasienter ligger i samme stilling hele tiden.

Selv om operasjonen kan ta mange, mange timer, så endrer vi ikke noe på leiet.

For det går ikke når de er koblet til hjertelungemaskin, og det er såpass ...

Kritisk kirurgi, da.

[MALIN MARIA DRAMDAL]

Ja, ikke sant.

Det er veldig spennende, som høres ut som spennende dager å være med på.

Ja, det er det.

Var det noe mer du ville si, Malin, i forhold til dette med hjertekirurgi, som når jeg avbrøt deg på et lite sidespor her?

[MALIN (RIKSHOSPITALET)]

Nei, men vi har jo mer enn hjertekirurgi.

Vi har aorta-kirurgi, som jeg kom litt inn på, og de som ...

Livstruende er jo de aortadisseksjonene som kommer.

Vi ... Det fins både type A, som er torakale, altså som går opp mot der oppe i buen, og så ...

Type B, som er det de som går ned i descendens ... Descendens og descendens på aorta.

Og disseksjoner, det betyr jo at aortaveggen ... Altså lagene i aortaveggen deles, og blodet blir presset mellom, og så rives de fra hverandre, så det er veldig akutt.

De kan sprikke når som helst.

Så de blir akutt opererte.

Og så har vi litt flere kar kirurgi-operasjoner, som Hanna skal få si litt om.

[HANNA ]

Ja, vi har jo bl.a.

lapratomier, der vi gjør kirurgi på bukaorta.

Og så har vi de eneste i landet som gjør disse thorakolapratomiene.

Altså et kombinasjonsinngrep av thoracotomi og laprotomi.

Det er jo et kjempestort ...

Snitt hvor pasienten nærmest er delt i to.

Og man bytter ut store deler av aorta.

[MALIN MARIA DRAMDAL]

Ja.

Da blir det graft på hele sulamitten.

[HANNA ]

Det er jo en enormt stor operasjon som tar veldig mange timer, og med enormt mye utstyr.

Ja.

[MALIN (RIKSHOSPITALET)]

Og deisse ligger jo på hjerte-lunge-maskin da også.

[MALIN MARIA DRAMDAL]

Nå får jeg jo et umiddelbart spørsmål som jeg tenker mange sikkert sitter og lurert på.

Blir dere da som sterilt stående fra morgen til kveld, skal jeg til å si?

Hvordan løser dere det rent arbeidsmessig?

[MALIN (RIKSHOSPITALET)]

Vi legger inn urinkateter på gjengen.

Nei da.

[MALIN MARIA DRAMDAL]

Det var veldig praktisk!

[HANNA ]

Nei.

Vi står nok lenge sterilt her, mye lenger enn på mange andre avdelinger.

Men vi bytter underveis, og så ... Man pleier å vaske seg inn på morgenen, pakke opp, og så kanskje gå ut en tur, fordi det er så lang forberedelsestid for anestesi også.

Men man står lenge.

Det blir mange timer i feltet.

Og så bytter man etter hvert.

[MALIN (RIKSHOSPITALET)]

Vi har blitt bedre på å bytte.

Ved ett-tiden.

Men tidligere har det vært sånn to, halv tre.

[MALIN MARIA DRAMDAL]

Ja.

Har vært satt på noen veldig langt.

Ja, ikke sant.

Jeg husker jeg har stått på noen lange, jeg òg, hvor ... og så går det lite grann sport i det, at jeg skal holde ut òg, ikke sant.

[HANNA ]

Ja, Og så vil man gjerne være med og lukke, det er et eller annet med når du først har begynt på en operasjon, så vil du gjerne fullføre.

[MALIN MARIA DRAMDAL]

Ja.

Og så er det noe selvfølgelig med kontinuiteten, det er jo en fordel med at det er samme teamet som er fra start til slutt.

Absolutt.

Men man blir trøtt, så det er jo òg en avveining man må ta, og man blir sulten, og man må tisse og ... I det hele tatt, så det ... Det er jo en avveining.

Ja.

mm.

Ja, men spennende.

Nok et lite sidespor fra meg, det får dere bare tåle at jeg hopper inn med noen spørsmål her og der.

[MALIN (RIKSHOSPITALET)]

Det er fint, det.

Det går bra.

[MALIN MARIA DRAMDAL]

Men fortsett gjerne der du var, du Hanna.

[HANNA ]

Ja.

Vi gjør også stentgraft på disse type B-disseksjonene.

Da er det jo på Angiolab med radiograf og radiolog.

Hvor vi mer eller mindre kanskje er mest i beredskap, men noen ganger må gjøre cutdown i det lyskende for å komme til karene.

Det er jo noe vi kanskje ser på som litt kjedelig kirurgi, men det er jo også veldig livsviktig kirurgi.

Så vi vil gi cred til de radiografene og radiologene som står med bly hver dag.

Så er vi glad vi slipper.

[MALIN MARIA DRAMDAL]

Absolutt.

Det er varmt og tungt.

[HANNA ]

Det er det.

Og så er det lungekirurgien, da.

En stor andel av det er jo kreftpasienter.

Og de er jo da i et sånt pakkeforløp for kreft.

De opereres stort sett skopisk.

Ikke så mye åpent da lenger.

Og da er det jo snakk om at det er lobektomier og kilereseksjoner.

Og lungene er jo ikke på hjerte-lungemaskin.

Men det er allikevel ganske stor kirurgi, og det er tett på store årer som kan sprekke, eller som man kan få hull på.

Og de lungene blør mye hvis de først blør.

Og det er ganske kritisk kirurgi, det også.

[MALIN MARIA DRAMDAL]

Det vil òg gjerne være litt ekstra vanskelig for anestesi.

[MALIN (RIKSHOSPITALET)]

Ja, det er jo sideleie.

[MALIN MARIA DRAMDAL]

Ventilerer de da hvem på én lunge, eller ...?

[MALIN (RIKSHOSPITALET)]

Dobbel tube.

Altså sånn én om gangen.

[MALIN MARIA DRAMDAL]

Ja.

Så det er jo noe å ha med seg da inn i teamearbeidet, at her må vi gi rom for hverandre.

Vi skal snakke mer om timearbeid etterpå, men som en liten imente for dere som lytter på, da.

Ja, men det er veldig spennende.

Vi har jo så vidt litt lungekirurgi her lokalt òg.

Da får vi jo inn kirurger fra andre steder i landet.

Så jeg har faktisk fått vært med på litt lungekirurgi, skopisk jeg òg, i min tid.

Det er veldig spennende, det.

Ja.

Men hva krever denne bredden av dere som operasjonssykepleiere og team?

[MALIN (RIKSHOSPITALET)]

Det krever jo at vi har gode rutiner, og at vi alltid er godt forberedt.

Vi er veldig opptatt av beredskap og klar for det som er uforutsigbart.

Og når man starter her, så er det veldig terping på at vi skal få trygghet på hjertelungemaskinen.

For når du klarer å kanylere, så er du i gang.

Da er pasienten på en måte sikret sirkulasjon og ventilering.

[MALIN MARIA DRAMDAL]

Er det dere operasjonssykepleiere som er med og setter disse kanylene?

[MALIN (RIKSHOSPITALET)]

Ja.

Ja?

[MALIN MARIA DRAMDAL]

Ja, det er kult.

Det er det.

Hva syns dere er mest utfordrende med dette, da?

[HANNA ]

Det er vel tidspresset i hverdagen, holdt jeg på å si.

Det er jo ...

Vi har et stort elektivt program på hverdager, som gjerne går utover ettermiddagene.

Så har vi i tillegg denne Ø-hjelpen, som vi aldri vet når kommer.

Nei.

Og ofte så kan man jo begynne pent og rolig på en stue, og så ...

Får du bare beskjed om at du må løpe på en stans, eller du må hive deg rundt og vaske deg på et annet inngrep, eller ... Så det er den omstillingen som både er spennende, men også krevende, da, som operasjonssykepleier.

[MALIN MARIA DRAMDAL]

Det tror jeg egentlig alle hvor som helst kan kjenne seg igjen i. For de fleste av oss har jo en ø-hjelpsfunksjon, i tillegg til at, som dere er inne på, så kan jo ting endre seg underveis med at ting plutselig begynner å blø mye, eller ...

Ja, det blir komplikasjoner som vi må jobbe med der og da.

Men dere snakker litt om denne her nasjonale funksjonen.

Og da tenker jeg med en gang òg på, inn i det vi akkurat snakket om ... Er det sånn at det kommer flygende Ø-hjelp inn til dere òg, eller er det planlagte landstreckene?

[MALIN (RIKSHOSPITALET)]

Det er landsdekkende.

Det er både planlagt og ... Eller altså ... En hypotermi kommer ikke fra Tromsø, men det kan komme fra vår region.

Men landsdekkende er oftest planlagt.

Men kan òg komme i hast.

Kanskje ikke fra Tromsø.

Men ... Ja.

De har jo Toraks der også, og i Trondheim og i Bergen.

[MALIN MARIA DRAMDAL]

Og vi tar jo våre egne arter her, iallfall de abdominale.

Ja.

Men jeg vet ikke om de torakale går til dere?

[MALIN (RIKSHOSPITALET)]

Ja, eller haukeland, kanskje.

[MALIN MARIA DRAMDAL]

Ja, ikke sant.

Ikke sant.

Eller så har dere andre funksjoner òg, som er landsdekkende, som dere var litt inne på.

Vil dere snakke litt om de?

[MALIN (RIKSHOSPITALET)]

Ja.

Transplantasjoner av hjerter og lunger har vi.

Og det er ca.

mellom 30 og 35 hjerter og 30-35 lunger per år.

Og det har vært ganske jevnt lenge.

Da har jeg fått litt mer oppmerksomhet av lungetransplantasjonene nå når kronprinsessen hennes lunger må vel kanskje byttes ut etter hvert.

[MALIN MARIA DRAMDAL]

Ja, hun har fått med seg at hun er på lista, ja.

[MALIN (RIKSHOSPITALET)]

Det vet faktisk ikke vi noe om.

[MALIN MARIA DRAMDAL]

Det har stått i media.

Har media i hvert fall sagt det.

[MALIN (RIKSHOSPITALET)]

Media har i hvert fall sagt det.

Det er bra.

Men det blir mye ... Altså ... Det er jo på en måte bra at det snakkes om transplantasjon, og at kanskje folk vil donere litt flere organ.

[MALIN MARIA DRAMDAL]

Ja.

Man må ... Man bør ta stilling til det, alle mann alle, og ...

I noen land er det obligatorisk med mindre du sier nei, har jeg hørt.

Hadde det vært en drømmesituasjon?

[MALIN (RIKSHOSPITALET)]

Ja, mange land som har det sånn, og det hadde kanskje gjort ting enklere. For det er mange som jobber iherdig med å finne folk som ... eller det er jo pårørende som må ta stilling til dette.

[MALIN MARIA DRAMDAL]

Men dere sitter ikke i det teamet som jobber med å ... det er et eget organdonorteam?

[MALIN (RIKSHOSPITALET)]

Ja, heldigvis.

[MALIN MARIA DRAMDAL]

Men likevel, en liten henstilling til deg som lytter på der.

Ta stilling til om du vil være organdonor, og helst si ja.

Det er noen som trenger det, og når du ikke trenger de lenger.

[HANNA ]

Det er det.

[MALIN MARIA DRAMDAL]

Men hva er deres rolle i donor...?

[HANNA ]

Vi får jo meldt donor fra den kirurgen som har transplantasjonsvakt, og fra det som heter transplantasjonskoordinator, som jobber kun med det.

Og da får vi beskjed om at det er en donor, og det kan jo være hvor som helst i Norge, men det kan også være i Norden, for vi har et nordisk samarbeid.

Men de aller fleste donorene er kanskje ikke så langt unna, de er allerede på huset.

Så der reiser vi ikke noe sted.

Men når vi pakker kofferten og reiser ut, så er det ... Vi har jo prosedyrer og lister på hva vi skal pakke med også, og ikke.

Og da er det én torakskirurg og én operasjonssykepleier og en anestesilege.

Da drar vi ut hele året, når som helst, og høster organer.

[MALIN MARIA DRAMDAL]

Og da kommer dere f.eks.

hit til Stavanger for å hente ...?

[HANNA ]

Det kan vi gjøre, ja.

[MALIN MARIA DRAMDAL]

Hva er det viktig hvis jeg var på jobb på SUS og skulle ta imot dere som donorteam, hva er det viktig at jeg gjør?

[HANNA ]

Vi har en prosedyre der hvor den operasjonssykepleieren som skal reise ut, ringer til sykehuset vi skal til, og går gjennom en liste av utstyr vi trenger.

Det er bl.a.behov for ekstra diatermier, det er behov for flere sug.

Vi trenger masse kald væske, vi trenger væske som er fryst til slush.

Og vi ønsker masse boller og fat, og vi sier også da fra hvordan pasienten skal leires på bordet, og hvordan det skal dekkes, sånn at vi får best mulig tilgang.

Og når vi først kommer, så er det jo litt sånn kaos.

Vi er jo mange, mange folk.

Vi har mye ... Vi har med oss store koffertar.

Ting skal gå fort.

Vi lager liksom litt sånn støy og bråk, så det er liksom greit å forberede.

... dit vi kommer, på at vi er litt voldsomme.

Og så har vi kun med oss en ganske liten instrumentbrikke, og vi har kun med oss én ting av hver.

Så noen ganger så mister man jo ting på gulvet, og da spør vi om hjelp har dere, f.eks.

Den og den seturen, eller ...

Har dere flere kompresser?

Såne ting, da.

Men ellers så har dere med dere alt.

Eller så har vi med oss alt vi trenger.

[MALIN (RIKSHOSPITALET)]

Men det har jo skjedd at vi har kommet med en sag og feil batteri til sagen.

Men det har oftest løst seg.

Men det er jo litt ekstra stress når det er pakkefeil, så vi er veldig opptatt av å pakke den kofferten selv.

Så man i hvert fall kan skylde på seg selv hvis noe ikke går som skal.

[MALIN MARIA DRAMDAL]

Ja, ikke sant.

Men meg, da, på jobb ... Jeg dekker pasienten og leirer han og alt sånt, så kommer dere til å dekke bord.

[HANNA ]

Vi kommer til dekke bord, men vi har jo med egne instrumenter.

Og så reiser vi jo ofte ut sammen med avdelingen som skal ha bukorganer.

Og da er det jo to operasjonssykepleiere, og vi prøver jo å hjelpe hverandre, men på et tidspunkt så er vi jo begge to i det sterile felt, så vi setter jo veldig pris på hvis det er en ledig operasjonssykepleier som kan gå til hånde for oss og hjelpe oss med koordineringen.

Ja.

Ellers så klarer vi oss stort sett selv.

Ja.

[MALIN (RIKSHOSPITALET)]

Og TX-koordinatoren som vi har med oss, er også behjelpelig for alle i rommet.

Det er hun som sier hvor vi skal, og det er logistikken for hvor vi skal hente fly og alt det her ... Vi flyr jo privatfly, så det er ordner de.

Så vi går bare som en sånn flokk med sauer bak TX-koordinatoren fram til vi er framme.

Da kan vi fokusere på det vi skal gjøre.

[MALIN MARIA DRAMDAL]

Så gjør dere jobben deres, og når dere er ferdige og høster disse organene, hva skjer da?

[HANNA ]

Da pakker vi sammen i hui og hast og hiver instrumentene i kofferten og drar.

Det er jo litt spesielt, for vi forlater jo på en måte en operasjonsstue i fullstendig kaos, og en pasient som ikke er lukket.

Så fremt det sykehuset vi er på har mulighet for å lukke pasienten, så ... Eller de skal vel egentlig alltid det, men det er jo ... Noen ganger har de jo mye å gjøre selv.

Men klokka går når organene er ute, og det haster med å få de hjem.

Så da ... Vi drar så fort som mulig når organene er ute.

[MALIN MARIA DRAMDAL]

Ja, så da tar vi som lokalteam over og sørger for lukking og fullføring av prosedyren.

Ja, det stemmer.

Hvordan forbereder dere dere på noe som er så spesielt som et organuttak?

Blir det en vane?

[HANNA ]

Ja ... Både ja og nei.

Det er veldig spesielt.

Man kommer jo ... I hvert fall, vi ser jo ikke ... Når man reiser ut, så ser vi jo ikke donor før operasjonen.

Eller vi tar jo ikke imot donor på stua.

Vi er jo ikke med på å dekke opp, så vi kommer jo liksom bare til et sterilt felt.

Og det er uvant, men det blir man vant til etter hvert.

Og så når vi har donor lokalt på huset, så er det annerledes.

For da ser man jo når donor kommer til stua.

Det ser ut som en hvilken som helst annen intensivpasient.

Og så begynner man kirurgien, og så plutselig går anestesien.

For da har de ikke lenger noe jobb å gjøre, fordi organene er ute.

Når man da dekker av og er med på lukking, så er det plutselig en død pasient.

[MALIN MARIA DRAMDAL]

Ja, for da har dere mors, da?

[MALIN (RIKSHOSPITALET)]

Ja.

Det er veldig spesielt når man er fra start til slutt.

For det er en annen stemning på stuen.

Det er vanskelig å beskrive den stemningen.

Men det er ikke som en vanlig operasjon.

[MALIN MARIA DRAMDAL]

Kan det sammenlignes med når du på en måte ... Jeg har faktisk ikke vært med på organuttak her sjøl, så jeg har bare hørt andre snakke om det.

Men kan det sammenlignes med når du jobber med mors på sengepost og steller?

Ja, for det er jo en veldig spesiell stemning som kommer i rommet hvor du har denne veldig respektfulle holdningen, og tar deg av dette mennesket som ligger der.

[MALIN (RIKSHOSPITALET)]

Ja, vi snakker ikke om hytteturer eller andre ting da.

Som man kanskje kan gjøre på en vanlig operasjon, for alle våre pasienter sover.

Når pasienten sover.

Men det er på en måte en annen stemning, og det er viktig for alle å få et verdig slutt.

Selv om du donerer bort alle organene, så skal de også trekkes inn fint før du sendes av gårde.

[MALIN MARIA DRAMDAL]

Ja, nesten i hvert fall, da.

Det blir jo ... Du burde jo få en ekstra hedring.

[MALIN (RIKSHOSPITALET)]

Ja, absolutt.

[MALIN MARIA DRAMDAL]

Som kan hjelpe noen i siste sekund, skulle jeg til å si.

[MALIN (RIKSHOSPITALET)]

Ja, det kan være ... Sånn som det er fint, så er det jo litt trist, for ofte er det kanskje litt unge mennesker, og det er ikke en naturlig død.

[MALIN MARIA DRAMDAL]

Nei.

Det er sant.

[MALIN (RIKSHOSPITALET)]

Men det er veldig annerledes når vi kommer som gribber på Stavanger sykehus, tar det vi skal ha, og så drar vi derfra.

Og vi vet ikke om det var mann eller kvinne som lå der av og til, liksom.

Altså, vi får informasjon om det, men vi ser ikke det, for det er dekket over.

Det er veldig stor forskjell på å være der fra start til slutt.

[MALIN MARIA DRAMDAL]

Det er jo sterke inntrykk bare å høre om det.

Så jeg kan jo tenke meg at dere gjerne trenger av og til å snakke litt i ettertid ... Har dere noe debrief eller sånne ...?

Eller er det på en måte ... Når dere jobber med det såpass ofte, så har dere på en måte en naturlig debrief av at det er en del av hverdagen?

[HANNA ]

Ja, Det er en del av hverdagen, men vi snakker jo mye oss imellom, altså oss operasjonssykepleierne imellom.

Og er det spesielle caser man har opplevd, så snakker vi i hvert fall om det.

Og det går også an å snakke med transplantasjonskoordinatorene, da.

Hvis man har behov for det.

De har vært med på det samme som vi har, så da ... Ja, for de er med ut og inn på stua sammen med oss, og de hjelper oss.

De går litt i hånde for oss når vi trenger det.

Men sånn formell debrief er vi ikke så gode på.

Det er vi ikke så gode på når det gjelder situasjoner her på avdelingen heller, men vi er gode på å snakke oss imellom.

[MALIN (RIKSHOSPITALET)]

Da skal det være veldig alvorlige hendelser hvis det blir debrief her.

[MALIN MARIA DRAMDAL]

Ja ... Det er jo gjerne noe man kan ta med seg, som man kan bli flinkere på.

Men samtidig, så lenge man er gode på å snakke sammen i kollegiet, så får man gjerne om det man trenger òg.

Ja.

[HANNA ]

Jeg tror ... Ja, de fleste er vel tilfreds med den oppfølgingen de får, men det ...

[MALIN MARIA DRAMDAL]

Det er jo òg et skille mellom det som vi har snakket om nå, som egentlig da kaller vi det døde donorer, og levende donorer, eller hva ... Hvis de ...

Ja.

[HANNA ]

Vi kaller det donor uansett.

[MALIN (RIKSHOSPITALET)]

Og jeg eller du tenker på ... For vi har jo hjernedøde donorer.

Altså de som det vanlige, men så har vi ... Det er ganske nytt at man kan bli donor av om du har hjertedød, at du holdes i liv, og så kan de ta bukorgan og lunger.

[MALIN MARIA DRAMDAL]

Ja, for jeg tenkte på var nyren ... Er det jo òg donor som er levende donor, skulle jeg si?

[HANNA ]

Ja.

Det er ikke vi med på.

Men det er jo ... Det er det en annen avdeling som tar bukorganer, og også da nyrer.

Men nei, det er ikke vi med på.

Så det har ikke vi noe kjennskap til.

Alle våre donorer er på en måte ...

Døde, enten om de er hjernedøde eller om de er sirkulatorisk døde.

[MALIN MARIA DRAMDAL]

Ja, så det er ikke dere inne på da.

Nei.

Jeg tenker vi kan gå litt videre og snakke om litt av de andre tingene vi har på plakaten for i dag.

Dere har jo to til pasientgrupper som vi ikke har snakket veldig mye om.

Og det er jo dette med medført hjertefeil og bindevevssykdommer.

Er det noe dere har lyst til å ta opp rundt det?

[MALIN (RIKSHOSPITALET)]

Det er der vi har en nasjonell funksjon.

At vi dekker alle i landet som fødes med medfødte hjertefeil.

Og det kan være alt fra et lite hull i arterielle ventrikkel ... Til store anatomiske feilkoblinger, som vi kaller det.

Ja, at anatomien er liksom ...

Du er født på at anatomien ser annerledes ut, og det kan være ... Ja, at du må gjennom mange komplekse operasjoner i løpet av sitt liv.

[MALIN MARIA DRAMDAL]

For å kunne fungere optimalt, da.

[HANNA ]

Ja.

Jo mer alvorlig feil, jo flere operasjoner er det som regel, og med barn som er i vekst, så ...

Må ting korrigeres flere ganger, da, i løpet av livet

Nå er det jo færre ...

Barnehjerteoperasjoner nå enn for noen år tilbake.

Og det er jo pga.

at fosterdiagnostikken er så bra som den er.

Men vi er jo fortsatt de eneste i landet som opererer hjertebarn.

Så det ... Vi har jo barn stort sett hver dag allikevel.

Ja.

[MALIN (RIKSHOSPITALET)]

Ja, sånne alvorlige feil som ... Til noen som opereres, tre store hjerteoperasjoner det første leveåret, og det er ganske tungt for familien.

[MALIN MARIA DRAMDAL]

Og da er dere der og tar imot barn og pårørende som hvem som helst andre pasienter?

Ja ... vi har jo ikke at dere tar imot dem som om de var hvem som helst andre.

For det tilpasser man jo, men dere er der som det teamet, mener jeg.

[HANNA ]

Ja.

Som operasjonssykepleier her, så begynner man jo ... Man har ofte vært her en god stund før man begynner med barnehjertekirurgi.

Man kan si at voksne hjerter er komplekst, men barnehjerter er i hvert fall komplekst.

Det er jo ... Man ser veldig lite selv om man står sterilt i feltet.

Det er veldig liten åpning, og det er små forhold, så det går fort, og kirurgene vet ofte ikke hva de skal gjøre, før de åpner og ser det selv.

Så det krever litt erfaring før man vasker seg inn og står sterilt på barn.

[MALIN MARIA DRAMDAL]

Og hvordan vil dere si at det er annerledes å ta imot et barn enn voksne og eldre, da?

Har dere lyst til å si noe om det?

[MALIN (RIKSHOSPITALET)]

Pårørende blir jo med inn på barn.

Da får jo oftest mor eller far som blir fulgt inn på operasjonsstuen ... Det er anestesi som kommer inn med dem, og så sitter de med barnet på fanget eller ved siden av.

Barnet frem til den sov, og da følger en av oss ut pårørende til en sykepleier som tar imot henne fra en sengpost.

Så hun ble godt ivaretatt.

For det er mange foreldre som prøver å holde seg sammen for sitt barn, for at det ikke skal bryte sammen før barnet er i narkosen.

En emosjonell bølge etterpå, men da er jo vårt fokus på barnet, så ... Jeg har jo vært den sykepleieren som har tatt imot dette med pårørende etter at de har kjørt sine barn til operasjon.

Og det er tøft, altså.

[MALIN MARIA DRAMDAL]

Ja.

Dette snakker jeg mye med studentene mine om, faktisk.

For vi har jo læringsutbytter som går på det at vi skal kunne ta imot og ivareta alle pasienter i alle aldre, inkludert deres pårørende.

Så da snakker vi mye om det hvordan det er å ivareta disse foreldrene når de da rakner.

Og du skal følge dem ut, og egentlig bare sette dem ...

... parkerer de en plass og sier at de må vente, vi tar oss av barnet ditt.

Og vi ringer deg så fort alt er på stell, på en måte.

Har dere noen gode tips som studentene kan ta med seg om hvordan de skal møte dette?

Eller nyutdannede, eller ...?

[HANNA ]

Nei ... Det å være til stede og ...

Ikke la de sitte alene i en krok med alle bekymringene, er vel det beste tipset.

[MALIN MARIA DRAMDAL]

Ja, fortell dem hvor de skal gå, og at dette kan ta lengre tid enn det som er sagt, uten at det egentlig betyr at selve operasjonen tar lengre tid.

[HANNA ]

Ja, det er viktig å poengtere.

[MALIN MARIA DRAMDAL]

Det er i hvert fall det jeg alltid sier til mine studenter, at ... Fortell foreldrene at selv om de har fått beskjed om at inngripet bare varer en halv time, så vil de nok gå mye lengre tid enn det før de hører fra oss.

Fordi vi skal både forberede barnet før operasjon, og etterpå for å komme oss ut.

Ja.

At det er viktig å si det til dem

[HANNA ]

Det er viktig at alle barn går til intensiv, og de sover jo fremdeles etterpå.

Men det er jo ikke ... Intensiv er nok flinke til å informere pårørende der, men de vil jo møte et barn som er intubert med masse slanger og ledninger og overvåkingsutstyr.

Så de er klar over det

[MALIN MARIA DRAMDAL]

Ja.

Det er gjerne lurt å forberede de litt på, ja.

Dette med bindevevssykdommer, hva går det i?

[MALIN (RIKSHOSPITALET)]

Ja, det er ... Bindevevsykdommer er sykdommer som gjør at du har høyere risiko for å få utposninger, altså aneurisme og disseksjoner.

Og de vanligste er Ulmar Fahrs syndrom og Loise Diets syndrom.

Og de ... Da er det ... Hvis vi får inn en ung person som har utposning, så blir de ofte utredet for å sjekke om de har en bindevevsykdom.

Hvis det er en person som lever et vanlig liv, så er det ikke en vanlig grunn til å ha ...

Utpostinger på aorta når du er 30 år, liksom.

Så får du utredninger, så blir de fulgt hele livet.

Og hvis man har barn eller skal få barn, så blir også de utredet.

For det er veldig familiært.

De bindevevs sykdommene.

[MALIN MARIA DRAMDAL]

Og så er det da, hvis disse utposningene blir for store eller truende, at de da kommer til dere.

For kirurgi.

[MALIN (RIKSHOSPITALET)]

Yes.

Det er helt riktig.

[MALIN MARIA DRAMDAL]

Så det er helt elektivt og stort sett ikke noen akutte greier.

[MALIN (RIKSHOSPITALET)]

Ja.

[MALIN MARIA DRAMDAL]

Men likevel veldig komplekst.

[MALIN (RIKSHOSPITALET)]

Ja, det kan jo være at ... Det har jo vært noen som har fått mange års keisersnitt samtidig som opererer aorta.

For da visste hun at hun hadde det ikke før hun var høygravid.

Da er det ganske ... Ja.

[MALIN MARIA DRAMDAL]

Det er jo mange sånne spesielle caser som man plutselig kan møte på.

Hvor man oppdager ting i helt tilfeldige situasjoner, som òg kan gjøre yrket vårt til en litt sånn spennende kurvball av og til.

[MALIN (RIKSHOSPITALET)]

Og der overlevde begge to.

Så det var jo fint.

[MALIN MARIA DRAMDAL]

Ja.

Det var jo fint.

[MALIN (RIKSHOSPITALET)]

Det var mange, mange, år siden.

[MALIN MARIA DRAMDAL]

Ja.

Jeg hører at dere har en veldig variert og kompleks arbeidssituasjon, med et veldig høyst spesialisert miljø, som dere nevnte selv i starten.

Det vi ikke har snakket så mye om ennå, er dette med akutte, vi har nevnt og vært inne på det.

Men dere står altså i helt akutte situasjoner ... Og utenom dette med ECMO, som vi allerede har snakket litt om ... Hva er det som skiller dere fra SUS, da, for eksempel?

[HANNA ]

Det er jo det at vi er så spesialiserte som vi er, da.

Og at de akutte situasjonene som oppstår, er jo veldig livstruende.

Det skal gå kjempefort.

Når vi løper avgårde på stans, så ... Vi har jo en tralle for alt her på avdelingen.

Vi har en ECMO-tralle, vi har en stanstralle, vi har en ... Ja.

Så vi tar tralla og løper.

Og da vet vi jo godt hva vi skal gjøre, holdt jeg på å si.

Vi er godt trent til de akutte situasjonene.

[MALIN MARIA DRAMDAL]

Er dere med på stans rundt på hele huset?

[HANNA ]

Nei, egentlig ikke.

Vi er ikke med i stansteamet, men vi er ... Fordi vi har egen intensivavdeling, så er vi tilknyttet stans der, da.

Så vi løper på stansalarm der, og vi løper på stansalarm de som kommer inn med hjertestans og kanskje skal på ECMO.

[MALIN MARIA DRAMDAL]

Ja, og så hva er deres rolle der, da?

[HANNA ]

Rollen vår er jo å ... Egentlig som alt annet, vi er et team på to sykepleiere.

Den ene er steril, den andre er koordinerende.

Og det er jo ... Målet er jo fortest mulig å få etablert sirkulasjon.

[MALIN MARIA DRAMDAL]

Altså ECMO?

[HANNA ]

ECMO.

Koblet til ECMO.

Og da blir det samme som på ...

Vi må få operert inn disse kanylene så fort som mulig.

[MALIN MARIA DRAMDAL]

Gjør dere det hvor som helst, eller er det på intensiv- eller operasjonsavdelingen primært?

[HANNA ]

Vi foretrekker jo hvis pasienten kan komme opp til operasjon, men ofte er jo ikke det mulig.

Så da skjer det der pasienten er.

Så vi er ofte på intensiv.

Vi er også mye på intensiv for operasjon.

Blødninger, tamponader, for eksempel.

Hvor vi åpner pasienter som har vært operert tidligere på dagen eller dagen før.

Som må åpne hytten og styrten og evakuere hematomer på dem.

[MALIN MARIA DRAMDAL]

Ja.

[HANNA ]

For de som ikke vet hva en tamponade er, hva er det?

Det er når hjertepesten har fylt seg med blod.

Når det blør ut fra ... Det kan være hvor som helst, egentlig, etter operasjon.

Men at det er såpass mye blod rundt hjertet at det ikke klarer å pumpe, da.

[MALIN (RIKSHOSPITALET)]

Våre har ingen hjertepeste igjen, så da har det fylt hele ... Altså brystkassen.

[MALIN MARIA DRAMDAL]

Så her er det jo essensielt å faktisk forstå den anatomien som ligger rundt, og på en måte skjønne hva som gjør at disse tingene skjer, tenker jeg.

Og som er en del av det de faktisk kommer og lærer hos oss, da.

Så hvis du ennå ikke har begynt på operasjon, og sitter og lurert, så er dette noe du vil få undervisning i når det går hos oss.

Men det er jo det som jeg synes òg gjør at dette blir veldig spennende, samtidig som når du begynner å jobbe med det på den måten som dere òg gjør.

Så forstår du òg tilbake igjen, synes i hvert fall jeg, at å ja, nå gir det mening at jeg har lært dette, og nå forstår jeg det jeg lærte da mye bedre, for jeg ser det egentlig rett foran meg.

Absolutt.

Som er litt kult, da.

Det er det.

Men hva skjer når alarmen går hos dere?

[MALIN (RIKSHOSPITALET)]

Det har bruk for hva de sier når alarmen går, men det er ofte den vakthavende ... Kan du gi meg et eksempel?

Vakthavende sykepleier ringer ofte og sier kanskje at de får inn en hypotamidrunning med hjertesans.

Kommer da til utifra.

Så får vi oftest vite hvor den kommer fra, så vi vet ca.

hvor mye tid vi har.

Og hvis man ...

Og det kan komme både til Ullevål, for dit kommer de voksne hypotermiene, og så til Riksen, der barn kommer, og annen type hjertestans, da.

Kommer man til Ullevål, så er det bakvaktene, de som er hjemme på vakt, som drar.

Ja.

Vi har jo også bakvakter.

Eller la oss si at han er opptatt med kirurgi her, så må vi ringe bakvakter for å legge ECMO.

For det kan jo skje på vakttid at det er samtidskonflikter.

Men da henter vi utstyret vi trenger, og løper ned på Angiolab.

For de vil jo ha gjennomlysning når det ligger inn ecmo.

Når det ligger kanyler i lyskene, så er det fint å kunne sjekke at man er på riktig sted.

Da tar vi utstyret vårt, og så løper vi ned dit.

Vi bestemmer på veien hvem som skal gjøre hva.

... koordinerende, og vi ønsker å være strilte utøvende.

Når vakthavende ringer også, så sjekker vi ... Eller sier at vi ringer perfeksjonist, for det er vår oppgave, og så skal de kontakte anesthesi så snart anesthesi sier at de vet om det.

Anestesileger som sier ifra til anesthesisykepleie.

Så det er liksom en hel sånn ringdans med hvem som skal ... Det er tydelig hvem som skal si ifra til hverandre.

Men det er klart, det er mange nye leger, og det er ikke så enkelt å være ny lege her heller og gå vakter.

Så derfor er det alltid greit å sjekke, sånn at vi vet at alle har gjort ...

[MALIN MARIA DRAMDAL]

Alle har fått med seg at vi skal være på plass.

[MALIN (RIKSHOSPITALET)]

Så når vi da kommer inn på den Angiolabet, så er det oftest mange mennesker, og av og til så kommer vi etter at pasienten er der.

Men er vi på huset, så er vi oftest der før pasienten kommer.

Og da kommer jo oftest pasienten med Lucas, som driver med hjerte-lunge redning.

Eller kompresjoner, heter det.

Og så får vi en kort brief av ambulanspersonalet, og så hjelper korordinerende, sammen med mange andre som er inne på rommet, over på operasjonsbordet.

Og vi er veldig fokusert på vår egen oppgave, at vi skal dekke opp så den som står stilt, har det den trenger.

Setter på diatermiplater og ...

Vask er kanskje ikke det vi prioriterer.

Vi vasker ut, men det er ikke sånn at jeg ber andre stoppe det de driver med.

Steriliteten er liksom ikke prio én når vi har en hjertestans.

[MALIN MARIA DRAMDAL]

Nei, ikke sant.

Det er jo en omstilling, det.

Å klare å rive seg litt løs fra de sterile prinsippene når det er snakk om liv og død, versus når du har god tid.

[MALIN (RIKSHOSPITALET)]

Ja, det er viktig.

[HANNA ]

Vi har ikke fokus på sterilitet eller leiring i de situasjonene i det hele tatt.

Og ofte får vi jo beskjed av kirurgene om at ikke vask, ikke dekk, vi må bare ha kniv med en gang.

[MALIN MARIA DRAMDAL]

Ja.

Da får man jo et bilde av hvor tidskritisk dette er.

[MALIN (RIKSHOSPITALET)]

Og vi gir kirurgene det de trenger for de ... Altså vi vet hva de trenger.

De får det i hendene.

Det er ikke masse snakk, det er ikke masse roping.

Det er ofte sånn anestesilegen som kanskje blir som en teamleder, i hvert fall fram til kirurgen kommer.

Det er vel de to som snakker mest, vil jeg si.

Men det er viktig å få i gang sirkulasjonen.

Så står jo anestesi for oppvarming da, om det er hypotermi.

Så da er jo ikke ... Vi anlegger ECMO, og når vi er ferdig med det, så trekker vi oss ut.

Så vi er ikke med på oppvarmingsbiten. Men ...

[MALIN MARIA DRAMDAL]

Nei, ikke sant.

[MALIN (RIKSHOSPITALET)]

Så vi fort inn, fort ut.

[MALIN MARIA DRAMDAL]

Hvor lang tid tar et sånt inngrep?

[HANNA]

For oss så kan det jo ... Altså, vi kan etablere Ecmo i løpet av et par minutter hvis det virkelig haster.

Er det litt bedre tid, så er vi klare på 10-15 minutter.

Men vi er ikke så veldig ... Vi liker det jo best når vi kommer før pasienten.

For da har vi litt bedre tid til å dekke opp bordet og telle brikka og finne fram det vi trenger.

Men veldig ofte får man jo ikke telt brikka.

Man får ikke forberedt suturer, ingenting.

Du må bare hive deg rundt, åpne lokket og ...

Håper du finner det du skal.

[MALIN MARIA DRAMDAL]

Ja.

Hva er kontrollrutinene deres da, når vi ikke kan gjøre det som på en måte er standard?

Sånn som nå har vi jo på en måte gått ut ifra alle de prinsippene vi har med sterilitet og kontrollrutiner.

Hva er det som ... Hva gjør dere da?

[HANNA ]

Da teller vi etterpå.

Når vi har etablert ECMO, og ting er under kontroll, så teller vi brikka og går over instrumentene og nåler og kompresser i ettertid.

[MALIN MARIA DRAMDAL]

Da har du jo en rimelig oversikt over hva som har blitt brukt, kanskje.

[HANNA ]

Ja.

Til en viss grad.

Det er ikke mange suturer som skal til på en ECMO.

Det er heller ikke en stor åpning, så det er ikke kjempestor risiko for å glemme en kompress i feltet.

Så da teller vi over før vi forlater åstedet, holdt jeg på å si.

[MALIN MARIA DRAMDAL]

Nå har vi jo lokka litt med at vi skal snakke om teamarbeid.

Og i alle disse situasjonene, spesielt i kanskje både donorsituasjonen, men òg i disse hyperakutte, hva vil dere si at er kjennetegnet et godt teamarbeid i en sånn situasjon?

[HANNA ]

For oss operasjonssykepleiere, så er det jo ... Vi er jo ofte bare to stykk på vakttid, altså på natt og helge og hellige dager.

Og da har vi faste makkere, noe som er veldig fint, for da kjenner man hverandre veldig godt.

Og da kjenner man makkeren sine styrker og svakheter.

[MALIN MARIA DRAMDAL]

Så det vil jeg ... Dere kan ha samme turnus, da.

[HANNA ]

Ja.

Vi er to og to som går i samme turnus.

Og det er veldig fordel i akuttsituasjoner, at du kjenner makkeren din, du vet hva den er god under press eller ikke, og at man kan hjelpe hverandre sånn, da.

Vi kjenner jo også kirurgene såpass godt og vet stort sett hvordan de reagerer.

Og så er det jo kommunikasjon i teamet er veldig viktig.

Og det er ofte veldig klare, tydelige beskjeder i sånne situasjoner.

Og da er det ingen som lurere på hva man skal gjøre.

[MALIN MARIA DRAMDAL]

Nei.

Og så har man jo òg et sett ... Altså dette er veldig mye ... Eller alt dette er vel prosedyre.

Sånn at du har jo en god del forhåndsbestemte faktorer.

Med hvem som gjør hva, nesten hvor du skal stå, og i hvilken rekkefølge du skal legge ting opp.

[MALIN (RIKSHOSPITALET)]

Klar rollefordeling er veldig viktig.

Og sånn som Hanne kom inn på, close loop-kommunikasjon.

Spesielt kanskje med kirurgene og anestesi.

Som vet at vi har medisiner og sånt som er gitt.

Og felles situasjonsforståelse.

At alle jobber mot samme mål.

At vi er et team som jobber med hverandre og ikke mot hverandre.

[MALIN MARIA DRAMDAL]

Ja, ikke sant?

Så hvordan lærer man å bli en god teamdeltaker, da?

[HANNA ]

Gjennom erfaring, vil jeg si.

Først og fremst når man er ny operasjonssykepleier, så går man jo gjerne sammen med en erfaren operasjonssykepleier.

Da er det jo gjennom å være med i situasjoner som er akutte.

Man blir ikke nødvendigvis så god om å lese om det i en bok, men man må gjøre det, rett og slett.

Man må erfare det.

[MALIN (RIKSHOSPITALET)]

Ja ... Det er enklere om man kjenner teamet også.

Og det tar ofte litt tid å bli kjent med både kolleger, kirurger, anestesileger, profesjonister som vi har.

Det er jo lettere når du kan navnet på folka.

Skal alle bruker navneskilt, blir det lettere å adressere noen.

Og du operasjonssykepleien som man av og til hører.

Det er lettere om man kan si navnet på folk.

Det gjør det lettere å jobbe i team når man er kjent.

Og da mener vi kanskje at man følger mer og lytter.

Lytter mer når man snakker, kanskje.

[HANNA ]

Så lærer man seg etter hvert å lese situasjonen litt, for det er ... Det er mye nonverbal kommunikasjon innpå operasjonsstuene, eller i sånne situasjoner, og man kjenner fort om det er spenning i rommet eller ikke.

Lærer man seg når man kan snakke og ikke, og ... Man skjønner veldig fort hvordan situasjonen ligger an.

Ja.

[MALIN MARIA DRAMDAL]

Dette handler jo om det med situasjonsforståelse, og hvis man da er bevisst disse ikke-tekniske ferdighetene, som det kalles.

Og det kan man trene på, men det er klart erfaring vil jo gjøre deg bedre.

Og faktisk har stått i situasjoner hvor det er viktig å ha gode ikke-tekniske ferdigheter, vil jo hjelpe deg å fortsette å utbedre de til enda bedre.

[HANNA ]

Absolutt.

Vi har jo kirurger som noen er veldig glad i å prate, og prater veldig mye, og så vet vi at hvis den kirurgen blir stille underveis i inngrepet, da er det litt kritisk, så da prater vi ikke.

[MALIN MARIA DRAMDAL]

Ja, ikke sant.

Mens vi forberedte, så nevnte dere at av og til ... Det er gjerne 20 mann i rommet, men alt går likevel på skinner.

Og så ser dere at det av og til nesten kan føles litt magisk at ting skjer.

Altså at det går så bra.

Hva legger dere i det?

Kan dere fortelle meg litt om den følelsen?

[MALIN (RIKSHOSPITALET)]

Ja, altså det er jo når alle vet hva de skal gjøre.

Og det er på en måte en stressig og presset situasjon, men samtidig så er det rolig på stuen.

At det liksom ikke er armer og bein og folk som flyr rundt, og alle er fokusert og arbeider mot et felles mål, som da er å redde livet, som henger i skjør tråd for de pasientene som ligger på bordet.

Det liksom kan være sånn.

Av og til kan det nesten føles som du er i en film.

Altså selv om vi har noe livsviktig, så er det sånn ... Herregud, er dette på riktig?

Altså sånn ... For alle er så fokuserte og vet ... Ja.

Nei, det kan være veldig fint.

[MALIN MARIA DRAMDAL]

Ja.

Og da skjønner jeg jo at man kaller det nesten litt sånn magisk følelse, for det må jo være utrolig kult å være en del av det å kjenne at nå gjør jeg virkelig en forskjell her.

Ja, det er det.

Er det noe dere vil si noe mer rundt dette med team og sånn, før vi runder av dagens episode?

[HANNA ]

Nei, ikke annet enn at det er ... Selv etter mange år, så er det fortsatt givende.

Og det er fortsatt nye erfaringer og situasjoner man havner oppi.

Og man blir veldig godt kjent både på godt og på vondt.

Og det er vel det som gjør det så gøy å jobbe som vi gjør, og det som gjør hverdagen spennende, da.

[MALIN (RIKSHOSPITALET)]

I denne tiden så er det mye snakk om å være ... om resilience.

Og det i ... Altså, vi ser jo at i vår jobb er det veldig viktig å være fleksibel.

Ikke fast i at nå gjør vi dette.

Man må være på en måte robust for ...

[MALIN MARIA DRAMDAL]

Det er jo tøffe situasjoner dere står i. Det er jo ikke alltid det går bra.

[MALIN (RIKSHOSPITALET)]

Og det er ikke for alle, eller heller.

Det er ikke alle som trives i dette miljøet, noen blomster her i dette miljøet, mens noen syns det blir for tøft.

Og det ... Ja.

Ja.

[MALIN MARIA DRAMDAL]

Da er det jo viktig å understreke at du likevel kan trives veldig godt som operasjonssykepleier, kanskje bare ikke akkurat på thorax-seksjonen, hvis ikke du trives i et sånne typer akuttmiljø.

Absolutt.

Men igjen, operasjonssykepleiere er heller ikke for alle, altså.

Hun har like ordning og reda!

Helt.

Ja.

Og jeg mener jo at det er jo den kuleste jobben man kan ha.

[MALIN (RIKSHOSPITALET)]

Og det er mye mer variert enn folk tror.

Folk tror vi bare leverer kniv og gaffel til kirurger.

Nei, det er mye mer ... Veldig spennende og gøy.

[MALIN MARIA DRAMDAL]

Absolutt.

Og det har vi jo hørt masse av nå.

Og dette er jo egentlig bare å skrape overflaten av det dere holder på med, og jeg kjenner jo jeg kunne gjerne ha snakket med dere i timevis.

Så gjentar jeg veldig gjerne det, men likevel så er vi begge i dager der vi har andre oppgaver å gjøre, så jeg er dessverre nødt til å avblåse oss for i dag.

[MALIN (RIKSHOSPITALET)]

Takk for at vi fikk være med.

[MALIN MARIA DRAMDAL]

Tusen takk for at dere har blitt med, og takk for at du har lytta på denne episoden av Steril sone.

Jeg håper du har fått litt ut av både å høre litt om akuttsituasjoner, av teamarbeid og spesielt dette med torakskirurgi, og hva de har å by på innenfor den seksjonen og det fagfeltet.

Så med det sier jeg takk for i dag, vi lyttes!

[VANNMERKE]

Du har hørt en podkast fra Universitetet i Stavanger.