

Landskursus FS-øjne 25/1 -27/1 2024, referat fra fredag eftermiddag 26/1

Tak for min friplads til landskurset 2024.

Det var et meget spændende og udbytterigt landskursus.

Jeg har lavet referat fra fredag eftermiddag, hvor vi hørte om Supercare, Okulær gentarapi og Katarakt og IOL beregning.

Supercare – støtte til sårbare patienter.

Ved Inger Marcussen Gryet og Helle Kjær, kliniske sygeplejespecialister, Center for planlagt kirurgisk Forskningsenhed, Silkeborg.

Supercare er et arbejdsredskab for personalet, hvor man retter en øget opmærksomhed på patienten, som har svært ved at klare et standardforløb.

Supercare er en organisatorisk struktur, der understøtter individuelt tilpassede forløb.

Supercare skal opfattes som et positivt ord, hvor der bliver taget individuelle hensyn til patienten.

Ideen til Supercare opstod på et tværfagligt møde i knæspecialet (Ortoklinik) på Silkeborg sygehus. Man ønskede at optimere forløbet for patienter, der havde svært ved at klare et standardoperationsforløb i CPK (Center for Planlagt Kirurgisk forskningsenhed). Konceptet har til formål at øge lighed i sundhed, forebygge komplikationer og sørge for optimal udnyttelse af patientens ressourcer.

Formålet med supercare er:

- At optimere forløb for patienter der har svært ved at klare et standardoperationsforløb i CPK. Indsatsen kan ske præ- og postoperativt.
- Mindske risiko for medicinske komplikationer ifm. Kirurgi.
- Mindske funktionstab fysisk og kognitivt hos i forvejen udsatte patienter.
- Højne patientsikkerheden for skrøbelige ældre mennesker.
- Øge patient og pårørende tilfredshed.

Årsag til supercare kan være:

- Overforbrug eller misbrug af alkohol, medicin eller stoffer.
- Kognitiv problematik f. eks nedsat hukommelse eller følger efter apoplexi.
- Psykisk sygdom som giver udfordring ift at klare et standardforløb.
- Svært nedsat funktionsniveau.
- Sproglige udfordringer.

- Sårbarhed f.eks pga tidligere dårlige oplevelser.

Handlinger i Ortoklinikken, vurdere om der er behov for:

- Ekstra telefonopkald for indlæggelse/ambulant behandling.
- Aftale med f.eks OP/Fys om der skal tiltag i forhold f.eks begrænsninger eller fobier.
- Inddragelse af pårørende/støtteperson/bostøtte.
- Henvisning til tiltag i kommunen (alkoholrådgivning, rygestop, væggtab.
- Optimering ved egen læge.

Tiltag under indlæggelsen, vurdere om der er behov for:

- Tidlig kontakt til primær sektor.
- Evt. opsætte mål for udskrivelsen.
- Tilsyn af Klinik for ældresygdomme.
- Ekstra opkald eller tilsyn efter udskrivelsen.

Okulær genterapi - AMD

Ved Professor Thomas Corydon, Phd. Institut for biomedicin, Aarhus Universitet.

Meget spændende og meget svært emne.

51 forskere har fået tildelt 99 mio. kr. til dette forskningsprojekt, og der er udført forsøg på 18 grise.

Man forsker i at lave en behandling til AMD patienter, så patienten kun skal have én behandling og være meget mere effektiv.

Ideen er man opererer nogle raske gener (terapeutisk gen) ind under nethinden, som så gør kroppen selv danner de stoffer der skal sørge for proteinet med VEGF ikke dannes og dermed heller ikke karnydannelse.

Viruspartikler bruges som transportmolekyle til at få de virksomme hjælpestoffer ind i cellen.

Patientens celler skal selv danne de rigtige stoffer mod AMD.

Katarakt og IOL beregning

Ved Mathias Kiel Nielsen

Sygehus Sønderjylland, Sønderborg

Kataraktkirurgiens historie:

Ifølge WHO er der 2,2 mia. mennesker med synsnedsættelse/blindhed, af disse er der ca. 1 mia. som kan hjælpes men endnu ikke er blevet hjulpet.

De hyppigste årsager til blindhed og synsnedsættelse og blindhed er:

1. Brillebehov (kun 36 % der har behov for brille, har fået det).
2. Katarakt (kun 17 % med operationsbehov er blevet opereret).
3. Diabetisk retinopati.
4. Glaukom.
5. AMD.

Historisk:

- Allerede for 3000 år siden er der dokumenteret "kataraktoperationer", de såkaldte Stærstikkere.
- I **1747** i Paris foretog Jaques Daviel den første ECCE, hvor hele linsen bliver taget ud. En succesrate på 50%.
- I **1753** i London foretog Samuel Sharp den første ICCE, men den slog først an ca. 100 år senere. Det var den hyppigste metode frem til ca. 1970
- I **1967** i New York opfinder Charles Kelman phacoemulsification.
 - Operationen kan foretages gennem et 3 mm hul i stedet for 10-12 mm.
 - Øjet kunne holde formen under operationen.
 - Det kræver et ret komplekst og dyrt udstyr.
- I **1949** i London implanterer Sir Harold Ridley den første intraokulære linse.
- I **1980** i USA opfandt Sanders, Retzlaff og Kraff SRK I formlen til beregning af IOL styrke forud for implantation mhp at opnå emmetropi. Bygger på måling af rigtige patienter før og efter operation.
- $PO = A - 0,9 * K - 0,25 * Ax$
- Dette kunne lade sig gøre fordi man fandt ud af at måle akselængde med ultralyd.
- Disse formler er forbedrede af forskellige mænd og er med tiden blevet mere komplicerede.

Udmåling af akselængde:

- Partial Coherence Interferometry (PCI)
- Udviklet i 1990'erne
- Bruger infrarød læser
- Stadig kun 1 dimension, men mere nøjagtig end ultralyd
- Ulempe: kan ikke se gennem tæt katarakt
- Videreudviklet til Optical Low Coherence Reflectomi (OLCR)

Opmåling af øjet:

- De to vigtigste målinger er Akselængde og K-mål
- Odense og Sønderborg bruger IOL master 700, som kan måle akselængde gennem en ret tæt katarakt.
- Den er meget hurtig, og melder selv hvis der er usikkerhed i målingen
- Optimale målinger kræver et godt samarbejde med patienten
- Patienten kan evt. behandles for tørre øjne, hvis det ikke er muligt at lave gode målinger

På operationsdagen:

- En god forundersøgelse = en god operation
- Vigtigt patienten føler sig tryk
- Vær opmærksom på hvilke ord man bruger, så der ikke sker misforståelser
- Mindske uro
- "Skynde sig langsomt"

Lone Jensen

Øjenafdelingen

OUH

