

Referat af Netværksmøde for sygeplejersker med interesse i hofte- og knæalloplastikker

1. Centerforskelle ved Kirill Gromov:

Der er set på centerforskelle i forhold til SDK patienter. Der skelnes imellem 3 centertyper; satellit, elektiv og alm. Ortopædkirurgisk afdeling. Implementering af SDK patienter på en ren elektiv afdeling er nemmere. Dette skyldes bl.a. at der ikke er akut indtag, der lukker operationslejer, optager sengepladser osv. Egnede SDK patienter har dobbelt så stor sandsynlighed for at gå hjem samme dag på et satellit/elektiv center som på en almindelig ort. Kir afd.

2. SDK status ved Kirill Gromov:

Der er opstartet samarbejde med 8 andre centre i Danmark, som tilsammen dækker 50 % af alle hofte- og knæalloplastikker. Samarbejdet skulle gerne ensarte forløbet for SDK patienter, også perioperativt, til trods for logistiske forskelle. Derudover er der ens SDK kriterier i forhold til, om patienterne egner sig til at være SDK patienter. 15 % af alle alloplastikpatienter (både hofte og knæalloplastikker) udskrives samme dag. 23 % af alle patienterne egner sig til at være SDK patienter. Sidste år var det på 50 %. Skyldes formentlig komorbiditet og skrøbelige patienter. 50 % af alle agnede SDK patienter bliver udskrevet samme dag.

3. Er opvågningen nødvendig? Ved Helle Krogshøj Hansen og Sofie Raaschou.:

Prospektivt single kohorte studie hvor primære outcome var at se om de patienter, der kørte udenom opvågningen, havde brug for at komme retur på opvågningen. Det sekundære outcome var at beskrive alle events inden for de første 24 timer. Der var specifikke udskrivelseskriterier for at køre direkte op i stamafdelingen. Inkluderet 696 patienter hvoraf 307 patienter ikke var på opvågningen. Ingen patienter havde brug for at komme retur på opvågningen. Patienter der kørte på opvågningen ventede typisk i 110 min før de var klar til at blive udskrevet til stamafdelingen, men der gik yderligere 40 min før de reelt blev kørt op i stamafdelingen. Udskrivelseskriterierne til stamafdelingen gør det sikkert for patienterne at bypasse opvågningen. Events blev ikke skubbet til stamafdelingen, da de typisk skete efter 2 timer, hvor patienter alligevel var retur til stamafdelingen. Afdelingen fik andre sygeplejeopgaver bl.a. i form af SIK. Patienter, pårørende og personale var glade for at have patienterne retur hurtigt. Erfaringen gør at personalet har mere ro og det er nu blevet normalt at patienterne bypasser opvågningen. (Slides vedhæftet)

4. Data fra sygeplejeambulatoriet, herunder lim af cicatricer Ved Helle Krogshøj Hansen og Sofie Raaschou:

Randomiseret kontrolleret studier foretaget på bilat TKA. Formålet var at se på sårsvingningen ved brug af lim, ved at se på antal skift inden for de første 72 timer. Desuden blev der også kigget på sårhelingen ved brug af ASEPSIS score. 29 patienter fik randomiseret det venstre knæ til enten normal

procedure eller lim. Det højre knæ blev foretaget i normal procedure. Bandageskiftet blev foretaget af samme sygeplejerske og der blev fotodokumenteret. Antal skift noteres de næste 3 uger og ved agraffjernelse 3 uger postoperativt blev der foretaget ASEPSscore ved erfarne sygeplejerske i afdelingens sårambulatorie. 59% af knæene i interventionsgruppen havde ingen skift inden udskrivelse og ingen knæ havde sivning 7 dage efter operationen. ASEPSIS score var ens ved 3 ugers kontrol. Lim reducerer antal skift og ændrer ikke ASEPSISscoren. Sygeplejerskerne skulle vænne sig til ikke at skifte plastre rutinemæssigt, f.eks før udskrivelse. Kirurgerne lærte at limen skulle tørre i den anbefalede tid. Der blev udviklet sårplejepjecer til patienterne. (Slides vedhæftet) På Hvidovre ses alle patienterne 2-3 uger efter operationen til agraf/suturfjernelse. Data registreres i procordo; bl.a. brug af smertestillende, gangredskab ASEPSISscore. Mellem 90-95 % af hofte- og knæalloplastik patienter tager smertestillende 2-3 uger efter operationen. 49% af knæpatienterne tager også morfin og 44 % af hoftepatienterne tager også morfin. Der er ikke taget højde for, om det kun er som PN. 36% af knæpatienterne og 20% af hoftepatienterne har haft kontakt til afdelingen. Knæpatienterne ringer typisk pga. smerter, hvorimod hoftepatienterne typisk kontakter afdelingen pga. "andet" som f.eks. kunne være ændringer i tider, recepter osv. 6,6% af knæpatienterne og 5,8% af hoftepatienterne har været genindlagt, typisk i skadestuen. Ca. 82 % af alloplastikpatienterne oplyser, at de har benyttet vores patientapp. (slides vedhæftet)

5. SAGA ved Anne Louise Elkjær Christensen:

spinal anæstesi sammenlignes med general anæstesi. Der findes kun gamle studier, hvorfor der er brug for ny viden. Studiet foregår på Hvidovre og Vejle. Gælder både TKA; THA og UKA. Patienter skal udføre gangtest på 5 meter 6 timer postoperativt. De skal EWS/TOKS 4 og 6 timer postoperativt. Her registreres også PONV, urinretention, delirscreenes osv. Der udover registreres LOS. Data ikke opgjort.

6. Diabetes ved Luma Mahmoud Issa:

10-20 % af patienterne har diabetes. Kirurgien er ens, men guidelines er ikke ens. Der kigges på hvordan diabetes patienterne klarer sig i et fast track set up og hvordan deres blodsukre påvirkes. 2 studier. Libre ser på 25 IDDM og 25 NIDDM og registrerer blodsukre i 7 dage postoperativt. Libre påsættes og kobles til patientens smartphone. SGLT2i er et nyt præparat, som beskytter nyre og hjertet. Det udskilles via urinen dvs. patienter ophober ketonstoffer og er i risiko for ketoacidose. Disse patienter vil typisk ikke have høje blodsukker, når de ophober ketonstoffer og er derved svære at fange. Der skal 30 SGLT2i patienter igennem med en kontrolgruppe på 30 patienter (typisk er de i Libre studiet). Data er ikke opgjort.

7. Draw ved Birk Grønfeldt:

pilotstudie, hvor der kigges på om knæ patienterne egentlig har brug for

genoptræning. Dette er et feasibilitystudie dvs. vil patienterne egentlig gerne deltage i sådan et studie. Nationale retningslinjer er senest opdateret i 2012 og anbefaler funktions- og bevægelighedstræning. Træning ved vi ikke om det overhovedet gør en forskel og vi ved heller ikke, om det skal være ved en fysioterapeut eller om det er nok at patienterne vender retur til deres vanlige gøremål. Er genoptræning bedre end ingen genoptræning. 140 TKA er inkluderet. Outcome ses på KOOS-12 spørgeskema. Followup foretages 3, 12, 26 uger efter operationen. Status er, at 450 patienter er screenet. 37 patienter ville gerne deltage. 25 blev reelt inkluderet, hvoraf 3 sprang fra, da de fortrød. Der er lavet follow ups på 19 patienter, hvoraf 6 har gennemført. Der er foretaget 7 interviews – også med de patienter, der sprang fra. Data er endnu ikke opgjort. Hvis studiet viser at patienterne ikke har brug for genoptræningen skal der formentlig tænkes anderledes i forhold til genoptræning, idet fysisk aktivitet er godt for patienterne.

8. High Dose responder og CRYO ved Anders Holten Springborg :

Vi ved glukokortikoider har god effekt på kvalme og smerter bl.a. men vi ved ikke, hvilken dosis der er den rette og om det er en fordel at gentage den. Der ses på TKA patienter. To grupper. Highrisk responder viste, at 24 timer efter operationen havde de mindre smerter ved højdosis steroid. Low pain responders viste, at der ikke var nogen forskel 24 timer postoperativt lige meget hvilken dosis steroid de fik. Derudover kiggede man på om repeat dose kunne ændre smerterne 48 timer postoperativt. Patienterne skulle have en PCS over 20. Dagen efter operationen fik de oral steroid til at tage derhjemme. Dette forudsat VAS over 30. Disse data er endnu ikke opgjort. Cryo er et studie, hvor tanken er at man ved at nedfryse nerver kan give mindre smerte. Det er et perkutant apparat, hvor man fryser nerverne, dvs. laver nerveskade. Denne er dog generativ, men kan godt tage op til flere måneder. Der skal inkluderes 22 patienter til CRYO og 22 patienter i en kontrolgruppe. VAS skal være over 45 og behandlingen udføres 24 timer postoperativt. Dette projekt er lige startet.

9. Nyt fra afdelingerne:

Odense har fokus på forskning. Terapeuterne deltager i plejen. Fusionerer med ambulatoriet.

Svendborg har de opvågningsafsnit i afdelingen. Terapeuterne er også en integreret del af afdelingen.

Vejle har god gavn af at bruge støttestrømper til TKA patienterne.

Farsø er startet op på at patienterne bypasser opvågningen. Der er tværgående funktioner for plejepersonalet. De er påbegyndt udfasningen af informationsmødet. SDK patienterne ringes op dagen efter operationenc, men er formentlig ved at blive udfaset.

Næstved har opstartet forløbsapp. Samtidig med dette blev forløbskonceptet revurderet og informationsmødet blev afskaffet.

Gentofte er ved at udfase depot malfin. SDK patienter ringes alle op dagen

efter operationen. Alle patienter ringes op ugen efter operationen og der bruges spørgeguide.

Bispebjerg arbejder på at få bedøvet patienterne hurtigere. Svært at få depot morfin ud af standard smertepakke. SDK patienterne skal der fokus på, evt. ved at standardisere det.

Århus har halvandet års ventetid på operationerne, hvilket giver en ændring i patientkategorien. Patientapp er ved at være implementeret.

Sønderborg har de fleste patienter LOS 1. SDK bliver opstartet efter sommerferien. Patienterne ses til 2 ugers kontrol i agraf amb, hvor der også tales om smertestillende. 6 ugers kontrollen ved fysioterapeut er ved at blive udfaset. De er ved at skabe fokus på sygeplejeopgaverne så sygeplejersken ikke bliver "blæksprutter". God erfaring med støttestrømper. Der er ingen kontinuitet i det smertestillende. Der er selekteret informationsmøde til patienterne. Dette fordi mange har langt til hospitalet.

10. Nyt fra FSOS hvor Gitte informerer:

Vi har afviklet temadag i samarbejde med DSHK (Dansk hofte- og knæalloplastik selskab) d. 15. marts. Der var ca. 35 deltagende sygeplejersker (ud af 120) så det må ses som en succes. Der var mange spændende oplægsholdere og god energi og engagement hos deltagerne. Vi (netværksgruppen) vil forsøge at blive mere involverede i planlægningsprocessen næste år, så vi kan få et par fællesoplæg med lægerne. Ugen efter havde vi FSOS temadag i Kolding, hvor temaet var "livsvigtige sygeplejersker – faglighedens betydning". Der var ca. 60 deltagere, hvilket var tilfredsstillende – set i lyset af at der er kursusstop i flere regioner. Der blev i forbindelse med temadagen afholdt generalforsamling, hvor vi fik 2 nye medlemmer; Bitten Friis fra Århus og Anne Grue fra Herlev. Dejligt at få nye kræfter ind i bestyrelsen, hvor vi i 2025 har et medlem, Lenette; der går på barsel. Vi er allerede nu i gang med planlægningen af næste års konference, som bliver 18. og 19. marts i Aalborg. Vi vil gerne opfordre alle til at deltage til den skandinaviske konference, som i år afholdes i Malmø d. 23-24 oktober ortopedisjukskötorskor [Ortopedisjukskötorskor i Sverige](#) | [Svensk sjuksköterskeförening \(swenurse.se\)](#) Her til sidst vil jeg opfordre jer til at gå ind på FSOS's hjemmeside og tjekke op på netværksgruppen og se om alt er som det skal være og om der er yderligere ønsker [Netværksgrupper | dsr.dk](#)

11. Nyt fra FSOS fortsat:

Der er en forespørgsel på om privat hospitalerne skal deltage ved netværksmødet.

Ved næste netværksmøde skal der tages op i forhold til om DSHK skal erstatte et af vores netværksmøder. Dog skal der medtages at DSHK koster penge og der er flere steder, hvor der er kursusstop.

Til kommissoriet skal der diskuteres om muligheden for teams skal være en nødløsning, hvis udfaldet ellers er ingenting. Tæller teamsdeltagere med som ved fysisk fremmøde?

12. Næste netværksmøde bliver 4. november 2024 i Silkeborg. Vel mødt.