

**Alle veier fører til  
NORDAFs vinter-  
møte på Soria Moria  
i Oslo 16. og 17.  
januar 2004!**

Foreningen forbereder seg nå til den årlige dagkirurgiske "happening". Her møtes deltagere med spesiell interesse for dagkirurgi fra hele landet. I forlengelsen av et intensivt program følger festmiddag med underholdning. **Se revidert program på side 16.**

**Frie foredrag på  
vintermøtet.**

Lørdag skal vi ha en sesjon med frie foredrag. Her håper vi på innlegg om små og store saker fra hele landet. Innslagene bør ikke være lengre enn 10 min. Innholdet kan være alt fra undersøkelser, praktiske gode tips om nye eller gode metoder eller små debattinnlegg. Det er bare fantasien og tiden som setter grenser innen dagkirurgi! Man kan selvfølgelig også ta opp saker som ikke gikk så bra som forventet. Når først galt skal være, kan komplikasjoner eller uventede hendelser og taklingen av disse være viktig kunnskap å dele med oss andre.

Frie foredrag honoreres med kr, 1000,- Ring 92249669 og snakk med Johan Ræder eller send en E- mail: johan.rader@ioks.uio.no Dette kan gjøres helt til juleribba står i ovnen...og enda noen dager til, i tilfelle det nye året skulle gi ny energi!

**Reisestipend  
kr.5000,- søknads-  
frist 8.januar 2004**

En av foreningens viktigste formål er å samle og spre kunnskap om dagkirurgi. Derfor deler vi ut 2 reisestipender 2 ganger i året pålydende kr 5000. Dette er tenkt som tilskudd til reise, kongressdeltagelse, møter eller studiebesøk i inn eller utland. Forutsetningen for å få stipend er at det må relateres til dagkirurgi, og at man etterpå lager en rapport eller et referat til Nyhetsbrevet. Det kreves medlemskap i NORDAF for å komme i betraktning som søker. Søknad sendes innen 8. jan. 2004 til Johan Ræder, Ullevål Universitetssykehus, anesthesiavd johan.rader@ioks.uio.no

**Nye medlemmer**

Ønsker du å bli medlem i Nordaf? se side 17

**www.nordaf.no**

Vi minner om vår hjemmeside hvor vi fortløpende vil legge ut aktuelt stoff, også om kommende møter og seminarer. Her vil dere også finne linker til aktuelle adresser hvor mye fint dagkirurgisk stoff kan hentes ut.

Innhold:	
<i>Leder ved Johan Ræder</i> .....	2
<i>Er Dagkirurgisk virksomhet forutsigbar ?</i> .....	3
<i>2.International Hernia Congress</i> .....	4
<i>Referat fra Dansk Selskab for Anestesiologi og Intensivmedicin (DASAIM)</i> .....	6
<i>Referat fra dagkirurgisk seminar i regi av Volvat Medisinske Senter</i> .....	10
<i>Rapport fra seminar om infeksjonsforebyggende rutiner</i> .....	12
<i>Kommende møter og arrangementer</i> .....	15
<i>Nye medlemmer</i> .....	17
<i>Informasjon om Norsk Dagkirurgisk Forum, NORDAF</i> .....	17
<i>Nordafs styre:</i> .....	19
<i>Redaksjonelt:</i> .....	19

## Leder ved Johan Ræder

### *Mer informasjon til pasientene: Etterlengtet service eller pådyttet terror?*

Vi har den senere tid sett en opphisset debatt om pasienter skal tvinges til å underskrive informasjonsskriv i forkant av operasjoner på Ullevål Universitetssykehus (UUS). Debatten kom skjevt og høyt ut ved at tiltaket ble sagt å være trumfet gjennom som resultat av en økende mengde pasientklager. Pasienter skal ha opplevd dette som både skremmende og provoserende.

Det er viktig å gå litt lenger tilbake og litt dypere ned i saken enn det enkelte journalister har gjort. Faktum er at det foreligger en ny lov som pålegger behandlere å informere alle operasjonspasienter om mulig risiko ved inngrepet som er planlagt. Man skal informere om alvorlige og hyppige komplikasjoner, informasjonen bør være både skriftlig og muntlig. Det skal videre journalføres hvilken informasjon som er gitt, enkel avkryssing på standardjournal er ikke tilstrekkelig. Dette er en ny og betydelig konkretisert virkelighet vi som behandlere må forholde oss til, helst i forkant av de første presseoppslag og rettssaker, som sikkert kommer, om manglende informasjon. I denne forbindelse har flere aktører, blant annet Norsk Anestesi-

logisk Forening og kirurgisk divisjon på UUS, arbeidet med retningslinjer for hvilke faktaopplysninger slik informasjon bør inneholde. Arbeidet på UUS ledet frem til forslag om et konkret skriv til utdeling. Dette skulle evalueres ved at et utvalg reelle operasjonspasienter og andre fikk det til gjennomlesning, med beskjed om at dette var et forslag som man gjerne ville ha tilbakemelding på. Det aktuelle skriv var langt og detaljrikt, med en avsluttende linje for bekreftende underskrift på at informasjon var mottatt.

Det er ingen tvil om at informasjonsskriv er både nyttige og nødvendige i dagens helsevesen. Det er rett og slett ikke tid til at vi setter oss ned med en og en pasient for å gå gjennom all relevant informasjon muntlig og systematisk. Et skriv har også den fordel at pasienten i fred og ro kan gå tilbake til teksten og lese hva som egentlig står, og gjenoppskrifne momenter som kanskje kom litt fort ved første gjennomgang. Selvfølgelig skal ikke skriftlig informasjon fortrenges muntlig, personlig formidling av viktige hovedpunkter; eller pasientens rett til å stille oppklarende og utdypende spørsmål.

Imidlertid så kan det diskuteres hvilket innhold og form et slikt skriv skal ha. Loven setter klare regler om innholdet, nemlig farer og komplikasjoner. Det er antakelig uunnværlig at slik informasjon kan virke skremmende på enkelte. Utfordringen blir derfor å ut-

forme teksten på en best mulig måte. Mens det kan være hensiktsmessig at et tungt nasjonalt fagorgan (som for eksempel Norsk Anestesiologisk Forening) setter opp en liste over hvilke komplikasjoner og farer som bør være med; så bør prosessen videre være desentralisert. De engelske helsemyndighetene ([www.youranaesthetic.info](http://www.youranaesthetic.info)) anbefaler sterkt at informasjonen utformes av helsearbeidere og pasienter i fellesskap. Testing bør starte på et begrenset antall pasienter og legfolk i lokalmiljøet for å få en god forankring på det stedet og i den settingen skrivet skal brukes. Denne prosessen var UUS begynt på idet pressen gikk til frontalangrep. Et problem i den aktuelle saken kan være at informasjonen var svært detaljrik og eksplisitt, et annet at det ble avkrevd underskrift. Det er mulig at prosessen her har gått litt fort, fordi loven ikke krever signatur for mottatt informasjon. I Norge har vi en litt annen kultur for signaturer enn det man har i bl.a. USA. Hos oss vil ofte spørsmål om signatur bli oppfattet som spørsmål om å underkaste seg ting på egen risiko eller frasi seg rettigheter man ellers måtte ha. Det er derfor avgjørende å få frem at en slik signatur kun innebærer kvittering på at informasjon er mottatt og ikke noe mer.

Denne saken reiser en viktig debatt hvor det er ønskelig at vi i fagmiljøet er i forkant, samtidig som vi må passe på å ha en åpen og ryddig prosess med riktige premisser i bunn.

# Er Dagkirurgisk virksomhet forutsigbar ?

Daglig leder/  
Dagkirurgisk Enhet -  
Rikshospitalet.

Dorte Solnør  
Gulbrandsen

Det burde den være - til en viss grad.

Men virkeligheten er ofte noe mindre forutsigbar enn tilsiktet.

Personalet ved den dagkirurgiske enhet stilles overfor utfordringer på løpende band hver eneste dag, og denne hverdag viser nødvendigheten av god organisering og et personale som er kvalifisert, oppdatert og ansvarsbevisst.

De korte treffpunktene en har med pasientene krever årvåkenhet og kompetanse faglig så vel som menneskelig.

Det er pasienter i ASA gruppe 1, 2. og "friske" 3 som tilbydes dagkirurgisk behandling, men grensene tøyres.

Ikke så sjeldent oppleves at henvisende kirurg ikke oppfatter eller ikke tar hensyn til pasientens øvrige helsetilstand. Anestesilegen ønsker gjerne å tilfredsstille kirurgens ønske om operasjon, selv der

pasienten strengt tatt burde være søkt innlagt i stedet. En god poliklinisk vurdering er grunnlaget for pasientforløpets suksess.

Helseopplysningene fra pasientene er til tider også mangelfulle, og situasjoner oppstår der anestesilegen på operasjonsdagen trenger supplerende undersøkelser før en anestesi. Personalet får uforberedte arbeidsoppgaver som må håndteres raskt for ikke å forsinke det planlagte operasjonsprogram.

Ikke sjeldent utføres mer omfattende kirurgi enn planlagt. Henvisende kirurg og operatør er ikke alltid den samme, det gjøres ulike vurderinger og tidsplanen sprekker. En forsinkelse stiller ekstra krav til personalets diplomatiske evner. Pasienter i dag forventer å få behandling på det tidspunkt de er innkalt.

Økonomiske hensyn tillater ikke pasientstrykninger. Man forsøker å unngå det ved å få tilbakemelding fra pasientene på innkallingsbrev og ved telefonsamtale dagen før inngrepet. Likevel møter enkelte pasienter opp forkjølet, med sår hals, begynnende influensasymptomer etc. Strykninger vil og må forekomme iblant.

Den kapasitet som oppstår ved en pasientstrykning kan forsøkes utnyttet ved innkalling av "koffertpasienter".

(Pasienter som har gitt beskjed at de kan komme med kort varsel). Dette er en utfordring, og det krever ekstra innsats å organisere. På sykehus forekommer ofte strykninger i operasjonsavdelingen for innlagte pasienter. Ofte ønsker kirurgene disse pasientene behandlet ved dagkirurgiens operasjonstuer istedenfor, dersom det er en avbestilling eller et slakk i programmet her. På sparket må alt organiseres rundt pasienten. Det må foretas anestesitilsyn/vurdering om det er mulig, for det er en årsak til at pasienten er innlagt. Et operativt inngrep på en inne-liggende pasient krever muligvis andre instrumenter og utstyr enn det som er tilgjengelig, og utstyr må til tider lånes inn i avdelingen, de må hentes og bringes.

Som jeg har forsøkt å beskrive, kan hverdagen by på mange utfordringer for personalet ved en dagkirurgisk enhet. For mange uforutsette hendelser og "ekstra pasienter" tar tid. Det er positivt med fleksibilitet og stå på vilje. Men det må være en vis forutsigbarhet i hverdagen. Det er ofte en travel hverdag, og arbeidsdagen er 7 1/2-8 timer for de fleste. Ingen

(Forutsigbarhet forts)

kveld eller nattevakt tar over arbeidet, og pasientene skal helst reise hjem før kl. 1800.

Det er en utfordring å sette opp

et realistisk operasjonsprogram, og det er til tider lett å glemme at det er mange oppgaver i tilknytning til de direkte pasientrettede som må utføres for at alt skal gå knirkefritt.

En forutsigbarhet innenfor rimelighetens grenser øker kvalitet og sikkerhet i pasientbehandlingen og gjør hverdagen bedre for alle involverte.

## 2. International Hernia Congress

London, 19 - 21 juni 2003

**Rapport fra en flott kongress omkring den klassiske kirurgis første utfordring.**

**Inge Glambek,  
Haraldsplass  
Diakonale sykehus**

25 - 30% av alle menn har lyskebrokk på et eller annet tidspunkt i livet, mens bare 4% av kvinner har det samme. Til enhver tid har 20 mill. mennesker lyskebrokk, og i UK alene opereres 65000 pasienter årlig. I USA er tallet 750000. Disse temmelig astronomiske tallene antyder betydningen av dette problemkomplekset, og den 2. internasjonale brokkongressen samlet da også rundt 450 kirurger fra hele verden, inklusive en liten, men eksklusiv delegasjon fra Norge. Det må nevnes at prof. Helge Myrvold fra Trondheim var chairman ved en av plenumsesjonene første dag.

Alle de ulike operasjonstypene ble presentert - til dels ved sine opphavsmenn - og dette gjorde diskusjonene spesielt interessante. Det gjør unektelig et visst inntrykk når ærverdige storheter som Stoppa og Nyhus selv kommer og forfekter sine synspunkter. Brokk - og spesielt lyskebrokk - er jo den klassiske kirurgiske lidelse, og de gamle anatomer som Cooper, Marcy, Hesselbach, Scarpa og Hoquet må jo rotere i sine graver etter hvert som anatomien betyr mindre og mindre og nettene mer og mer. Det var flere gjengangere i valg av tema for sesjonene. Jeg skal kort nevne noen:

### Nett vs. Plastikk

Denne diskusjonen synes nå ferdig. Nå dreier spørsmålet seg mer om hvilket nett som skal brukes. Bare noen få sentra fastholder plastikkens fortreffelighet. Ikke uventet var N. Barwell fra Schouldice-klinikken en av disse, og han fikk en viss støtte fra Nyhus og andre "tradisjonelle" kirurger. Men det er nett som skal brukes - resultatene er over-

veldende og undersøkelsene bedre og bedre.

### Åpen vs. laparoskopisk operasjon

Stadig flere sentra opererer brokk laparoskopisk, og resultatene er svært gode. Kort kan summeres at resultatene med laparoskopi (på de sentra der de er gode og har erfaring) er like gode med tanke på recidiv, og bedre mht. post-operativ smerte og retur til arbeid. Derimot er operasjonstid og kostnader vesentlig høyere enn ved åpen operasjon. Sentra, som opererer mange brokk, skal definitivt ha mulighet for laparoskopiske operasjoner, for eksempel hos unge med recidiv. Men standard metode er fortsatt åpen operasjon, og det vil det nok være en god stund fremover.

### Postoperative smerter

Dette er et tema som blir stadig viktigere, jo mer erfaring man får. Smertene kommer man nemlig ikke utenom, og noen av pasientene kan slite med smerter i årevis etter operasjonen. Når det gjelder



smarter kom følgende poenger frem:

- Plastikker har like mye smerter som nett
- Herniorafi alene har like mye smerter som plastikk

- Laparoskopi har mindre smerter
- Mer smerter hos de som har hatt brokket lenge
- Mer smerter hos pasienter med kroniske smertesyndromer

Flere gode undersøkelser ble presentert, spesielt fra Skottland og Danmark.

Disse resultatene stemte godt overens, med følgende omtrentlige tall:

### Smerter etter operasjon for lyskebrokk

	Etter 3 mnd		Etter 4 år
Ingen smerter	<b>54%</b>		
Milde til moderate smerter	<b>43%</b>	Av disse har >	<b>40%</b> milde smerter
		Av disse har >	<b>5%</b> alvorlige
Alvorlige smerter	<b>3%</b>	Av disse har >	<b>45%</b> milde smerter
		Av disse har >	<b>25%</b> alvorlige

Konklusjonen fra denne sesjonen var: Smerter kommer man ikke utenom. Ca.29% har *noe* smerter og 11% påvirket fysisk aktivitet etter 1 år.

#### Tilbake til jobb

Her fikk jeg den første bekreftelsen på min lenge følte skepsis til amerikanske (USA) resultater fra brokklinikker. De skal jo bruke resultatene til å selge seg selv, og noe som selger godt, er at pasientene kommer fort tilbake i arbeid. Derfor utelater like godt amerikanerne pasienter med offentlige sykepenge fra studiene. Disse har nemlig en lei tendens til å være lenger borte fra jobb enn de som betaler for sin egen forsikring. Pasienter med predisponerende plager som muskelsmerter og en del andre sykdommer, ble også strøket av

undersøkelsen. Når jeg ser sånt, blir min tillit til resultatene deretter.

Men en dansk undersøkelse konkluderte med et artig poeng: Av de pasientene som får *beskjed* om at de trenger mindre enn 1 ukes sykmelding, er 75% i arbeid etter en uke. De som ikke spesifikt får beskjed om dette, er signifikant lenger sykmeldte. Kort summert kan pasienter gå tilbake til arbeid etter 1-2 uker uansett arbeidstype, dersom det er satt inn nett. Med plastikker er det kanskje annerledes, selv om Shouldiceklinikken også her reklamerer med kort sykmeldingstid. Men så var det dette med reklame som vitenskapelig dokumentasjon....

#### Hvilke nett skal brukes?

I løpet av de siste par årene har flere typer nett fått stor utbredelse. For lyskebrokk er det prinsipielt 5 typer og anvendelsesmetoder:

- Flatt nett i bunnen av lyskekanalen (Liechtensteins metode)
- Flatt nett preperitonealt (Stoppas og Nyhus` metode)
- Plugg i brokkporten (PerFix, Proloop)
- Plugg i brokkporten + flatt nett i bunnen av lyskekanalen (for eksempel PerFix).
- Dobbeltnett med ett preperitonealt lag og et lag i bunnen av lyskekanalen (PHS-system)

Nettene kan være ikke-resorberbare, fortrinnsvis av polypropylen, eller en kombinasjon av dette og et resorberbart materiale. De fleste synes å anbefale helt ikke-resorberbare nett, men denne sammenlignende studien er det faktisk ingen som har gjort ordentlig ennå. Selv har jeg siste året

brukt mer og mer PHS - et tolags nett som virker meget lovende. I Norge pågår nå en studie der Liechtensteins metode sammenlignes med dette PHS-systemet, og mange sentra er med i denne studien som utgår fra Trondheim.

Brokk er som nevnt den første klassiske kirurgiske lidelse, og i kjent stil har kirurger aldri

gitt opp å finne den beste behandlingen. Det holder de på med ennå, og det er alltid inspirerende å delta på kongresser der de fremste ekspertene er tilstede. Neste år er det 26. møte i European Hernia Society i Praha. Det skal være viet recidivbrokk, og påmelding er allerede sendt. Kanskje vi sees?

# Referat fra Dansk Selskab for Anestesiologi og Intensivmedicin (DASAIM)

Av Jørgen Nordentoft

Årsmøte, København den 6.-8. nov 03.

Nyere aspekter af intravenøs og inhalationsanestesi.

## 1. Sevoflurane og Desflurane (ved Palle Carlsen, Århus)

- MAC for sevoflurane er markant faldende med alderen. Ældre pas. (>70 år) krever ca. 33 % av utgangsdosen for yngre. Husk ASA-vurderingen i tillegg.
- Kjernetemperaturen faller hurtigere innenfor det første kvarter med propofol end sevofluran.
- Sevofluran er en markant bronkodilatator.

- Ved "fast-tracking" er pasienten hurtigst ute ved bruk av desfluran < sevofluran < Propofol, gir markant mer kvalme ved tillegg av lystgass. (Song. Analg./Anaest. 1998. Vol. 86.).
- Fremmer effekten av muskelrelaksantia.
- Bruk av lavflow sevofluran ved nedsatt nyrefunksjon er akseptabelt ved bruk av kalkabsorber av monovalent-ion-type. (Compound A problematikken).
- Anestesiologisk prekondisjonering. Spannende, overveiende eksperimentelle dyrestudier, der dokumenterer 2-faset cellulær beskyttende effekt på kardiell ischæmi og infarktutbredelse av isoflurane > sevofluran. > desflurane.

Intravenøse anestetica skal ikke ha samme beskyttende effekt. (Anaesthesiology 2002. De Henris).

## 2. Remifentanil (ved Johan Ræder, Oslo).

Gjennomgang av kinetikk og dynamikk. Metabolitt (my-bindende) antas at være akseptabel for nyrefunksjonen ved maks. 3 døgns behandling. (Kontinuert analgesi på intensivavdeling). Remifentanil virker hurtigere enn propofol (risiko for thoraxrigiditet før søvn selv ved lave doser ca. 1 microgram/kg.). Hurtig og doseuavhengig nedbrydning av universelt forekommende uspesifikke esteraser, høy clearance og lavt distribusjonsvolumen.

Aldri påvist klinisk betydende evt. esterase-mangel. Der er utviklet remiperfusor (TCI-kontrollert infusjon), med mulighet for valg av kinetikkprofil. Klinisk målt relativt store avvik fra teoretisk TCI-nivå. (Ræder et al, Ullevål).

Remifentanil har overlegent best profil i forhold til Contekst Sensitive t.1/2 (50 % halvering av klinisk effekt). Ingen kumulativ effekt.

Forsiktighet må vises ved markant nedsatt leverfunksjon. Nedsatt nyrefunksjon uten betydning, dog obs tentativt metabolitt. Nedsatt dosering ved høy alder: En 80-åring krever ca. 30 % av hva en 20-åring trenger. Nedsatt dose ved hypotermi (6,4 % pr. grad). Presentasjon av 3-dimensjonell nomogram til angivelse av mulige kombinasjoner av Remifentanil og propofol i forhold til oppvåkningstiden (Anaesthesiology 1997. Vyuk J. Vol. 87).

**Sedasjon.** Propofol synes å ha amnesivirkning. Ved isolert behov for sedasjon uten analgesi: bruk propofol. Ved behov for analgesi: Remifentanil: bolus 0,5 microgr/kg kontinuert 0.03 –0,15 microgr/kg/min. Nøye kontroll av respirasjon. Toraksrigiditet. Pulsoximetri. O<sub>2</sub>-tilskudd. Ved bruk av Fentanyl: bolus 0,8 til 1 microgr/kg. Diazepam hemmer toraksrigiditet, men har jo andre uønskede

effekter. Remifentanil har klart kortere effekt i forhold til fentanyl i egirespirasjonsdeprimerende doser.

Det synes å være beskjedne forskningsmessige referanser til gjennomførelse og resultater av sedasjon med kombinert remifentanil/propofol. Man bør nok være særdeles varsom og aktpågivende.

PONV: Ingen sikker forskjell mellom remifentanil og alfentanil. Propofol beskytter ca. 2 timer postoperativt, men bør i mange situasjoner kombineres med annen antiemetika. Det var en interessant og spennende gjennomgang av teori og praksis omkring peroperativ oppstått **opioidtoleranse**. Bygger antagelig på reseptorstimulering til hyperalgesi samtidig med analgesi. (Chia. Can. J. Anaest. 1999;46. 872-7). Hyperalgesi antas å bli mediert via NMDA-reseptorer, der kan blokkeres av Ketamin. Postoperativt analgesibehov synes nedsatt ved denne kombinasjonen.

#### **Konklusjoner:**

Fordeler: Hurtig "on-off" effekt. Forutsigbart. Lever/nyre uavhengig. Ulemper: Behov for utblanding. Muskelrigiditet. Hyperalgesi(?) Fremtid: TCI-system. Utvidede indikasjonsområder: sedasjon/ bolus ved smertefulle kortvarige prosedyrer (intensiv).

#### **Pasientforløp – har valg af anestesimidler en betydning? Av Claus Lund, København.**

Interessant vinkling av hele forskningsfokus. Hva er det, der virkelig betyr noe for pasienten? Ikke kun relatert til dagkirurgiske prosedyrer. Fokus på det postoperative forløp, innleggelsestid og pasient tilfredshet. Han mente, at en overveldende del av forskningsmålepunkterne var 'surrogatparametre'. Få (15) sammenlignende undersøkelser mellom inhalasjonsanestesi vs. i.v.-anestesi. Hans konklusjon: ingen overbevisende forskjelle. Ingen særlige protester fra de to øvrige forelesere.

#### **Fokus på nye/andre mål:**

Morbiditetsreduksjon. Gjenopptaket preoperativt formåen. Vesentligste faktorer i dette bilde: Evne til mobilisering. Bevart gastrointestinal- og lungfunksjon. Anvend anestesiformer, som forsvinner hurtig, unngå langtidsvirkende morfinpreparater. Bruk standardiserte, optimaliserte behandlingsskjeder. Unngå G-I problemer, herunder PONV.

#### **Referanser:**

Holte. Br.J.Surg. 2000.  
Kehlet, Wilmore. Am. J. Surg. 2002.  
Pedore 1999.  
Møller 2001.  
Smedh 2001.  
Basse 2002.  
Sengore 2001-02.  
Lund 2003.

**Kost/effekt** relaterer sig til: Pasientskomfort, PONV, nedsatt oppvåkningstid, rasjonelt pasient flow, personalforbruk. Medikamentpriser burde ikke være vesentlig.

#### Således fokus på:

- Oppgjør med tradisjoner
- Analyse av resultater
- Standardisering
- Konsept og lojalitet
- Samarbeide
- Informasjon.

Heretter følger omtale av en særdeles interessant undersøkelse om væsketerapi:

#### **Liberal vs. restrictive fluid administration to improve recovery after laparoscopic cholecystectomy. A randomised, double blind study.**

**Kathrine Holte et al,  
København.**

Der foreligger utallige studier av forskjellige intraoperative væskebehandlingsregimer, men ingen av ovennevnte type. 48 ASA I og II pasienter ble randomisert til 15 ml/kg (gruppe 1) eller 40 ml/kg (gruppe 2) intraoperativ administrasjon av Ringer Laktat. Alle andre aspekter av den perioperative behandling (inkl. anestesi, smertebehandling og preoperativ væskestatus) var standardisert. Primære outcome parametere ble testet flere gange i første post-

operative døgn og inkluderende lungefunksjon (spirometri), arbeidskapasitet (tredemølle), kardiovaskulær hormonal respons (aldosteron, anti-diuretisk hormon, angiotensin-II, renin, ANP), objektive mål for balansefunksjon (electronic force plates – BalanceMasters), smerter, kvalme og oppkastning, oppvåkningstid og innleggelsesvarighet. I tillegg egenrapportering vedr. smerter, PONV, appetitt, tørst med videre inntil 3 døgn postop.

Resultater: Intraoperativ administrasjon av 40 ml/kg (median 2928 ml – gav signifikant vektøkning på 1,4 kg 24 timer postop.) sammenlignet med 15 ml/kg (median 997,5 ml og ingen signifikant vektøkning 24 timer postop.) førte til signifikant forbedring i den postoperative lungefunksjon (ca. 50 % bedret), arbeidskapasitet og objektiv balansefunksjon. Man fant dessuten et signifikant redusert stressrespons (aldosteron, ADH og angiotensin-II). Tørst, svimmelhet, kvalme og sløvhet var signifikant redusert i gruppe 2, mens det generelle velvære var økt i samme gruppe både tidlig (0-4 timer) og sent (1-3 dage) postoperativt. Endelig oppfylte signifikant flere pas. i høy-volumen gruppen utskrivingskriteriene (96 % vs. 67 %,  $p = 0,01$ ) og ble rent faktisk utskrevet (95% vs. 65%,  $p = 0,02$ ). Man

demonstrerer således forbedringer i den direkte kliniske outcome (innleggelsestid) ved mer rikelig væskeindgift peroperativt og tillegger årsaken til dette en bedre perioperativ organfunksjon (lunge- og balansefunksjon og arbeidskapasitet, nedsatt kirurgisk stress-respons samt de signifikant bedre pasient evalueringer vedr. kvalme, tørst, sløvhet m.v. Fysiologisk forklares effekten av mulig effekt på dehydrering og økt væskebehov i forbindelse med det kirurgiske traume.

**Konklusjon:**  
**Intraoperativ administrasjon av 40 ml/kg sammenlignet med 15 ml/kg av Ringer Laktat forbedrer den postoperative organfunksjon og recovery og forkorter innleggelsestiden etter laparoskopisk kolecystectomi.**

**Intubasjonsforhold etter rocuron (Esmeron) og suxamethon (Curacit) hos akutte pasienter ved anestesi med propofol og alfentanil.**

**Per Bo Larsen et al,  
Herlev og Glostrup (DK)**

Undersøkelser tyder på, at der ikke er forskjell på intubasjonsforholdene etter rocuron i større doser (0,9-1.2 mg/kg) og suxamethon ved akutt anestesi innledning (AAI) med



thiopental eller propofol. Dette er dog kun dokumentert hos elektive pasienter. Undersøkelsen sammenligner intubasjonsforholdene mellom suxamethon (1.0 mg/kg) og rocuron i en mindre dose (0,6 mg/kg) supplert med opioid ved AAI med alfentanil-propofol til akutte (aspirasjonstruede pasienter).

222 pasienter randomiseres i to grupper. Relevante eksklusjonskriterier inklusive mistanke om vanskelig intubasjon (Mallampati 3 og 4 og atlanto-occipital ekstensjonsvinkel < 50 grader). Præmed. Med morfin 30 minutter præop. i.m. 10 cm elevvert hode. 3 min. præoksygenering. AAI med alfentanil (Rapifen) 10-20 microgram/kg (5 sek.) og propofol 2-3 mg/kg (20 sek.). Muskelrelaks. etter loddtrekning. Cricoidetrykk. Intubasjon ved spesiallege etter 60 sekunder, (laryngoskopi etter 50 sekunder). Scoring av intubasjonsforholdene. Intubasjon betegnet som mislykket hvis intubasjonsforsøk > 30 sekunder.

**Resultater:** 209 pas. Inngikk i forsøket. Klinisk akseptable intubasjonsforhold i 93,5 % for suxamethon-gruppen og 96,1 % for rocurongruppen. (differensen 2,6 %. 95 % sikkerhets- intervall: -3,39 til 8,63). Intubasjon i første forsøk mislykkedes hos 5 pas. etter suxamethon og hos 2 pas. etter rocuron.

Ingen forskjell imellom gruppene for endringer i hjerterefrekvens, middelblodtrykk, muskelsmerter eller histaminfrigjørelse. Ingen tilfelle av Awareness eller aspirasjon.

**Diskusjon:** Første studie med akutte pasienter, der viser, at der ikke er forskjell mellom intubasjonsforholdene etter rocuron 0,6 mg/kg og suxamethon 1 mg/kg ved akutt anestesi innledning med alfentanil og propofol. Større doser rocuron kan derfor unngås hos akutte pasienter, sannsynligvis fordi kombinasjonen av alfentanil og propofol bidrar til supprimering av svelgrefleksene og dermed bedrer intubasjonsforholdene.

**Konklusjon:** Rocuron 0,6 mg/kg kan anvendes som alternativ til suxamethon hos akutte pasienter, når anestesen innledes med alfentanil og propofol.

Referat forts ved Johan Ræder

**Det ble presentert opplegg og foreløpige resultater fra et komplett datasystem for dagkirurgi,** utviklet ved sykehuset i Glostrup i samarbeid med en kommersiell aktør. Programmet var ikke ulikt det norskutviklede Nafreg, men var mer komplett ved at det kunne brukes til hele pasientforløpet: fra booking, via forundersøkelse, informasjonsskriv

til selve det perioperative forløp og data fra hjemsendelse og etterkontroll via telefon eller poliklinikk. Systemet var foreløpig i drift ved 2 sykehus og databasen inneholdt ca 10 000 pasienter. Ambisjonen videre var å utvikle bedre indikatorer på kvalitet, som måles postoperativt og legges inn løpende for alle pasienter. Problemet her er å finne gode indikatorer; men man hadde punkter for utskrivelsestidspunkt, postoperative komplikasjoner og pasient tilfredshet som var tatt i bruk. Systemets styrke ligger i at alt ligger i samme database, samt at det er lett å lage gode rapporter og bruke disse i løpende kvalitetskontroll.

### Fra Herlev og Glostrup sykehus ble det presentert en imponerende

**undersøkelse** av 18500 fortløpende dagkirurgiske pasienter som var fulgt opp etter 60 dager. Man hadde sjekket opp alle pasienter som i den perioden hadde vært i kontakt med sykehus; dvs. kontakter til egen primærlege var ikke med. 149 pasienter (0,8 %) hadde vært i kontakt med et eller annet sykehus innefor 60 dager, det toppet seg rundt 6.-10. dag, mens meget få (kun 4 stk !) hadde kontaktet etter 30 dager. 79 kontakter var relatert til problemer som ikke hadde noe med det dagkirurgiske inngrepet å gjøre, 9 kon

Ref. Ræder forts:  
takter hadde mulig relasjon, mens 64 kontakter var relatert til dagkirurgien. Av disse var hoved delen (34 stk) sårinfeksjoner, mens 7 hadde hematomer, 5 sår-

ruptur og 5 flebitt. Det var 2 tilfelle av lunge emboli. Det var ingen dødsfall relatert til dagkirurgi, men 10 pasienter døde av andre årsaker. Konklusjonen var at dagkirurgi har nær 0 mortalitet,

at sårinfeksjoner er hyppigste langtidsproblem og at monitorering utover 30 dager med tanke på større komplikasjoner har lite for seg.

## Referat fra dagkirurgisk seminar i regi av Volvat Medisinske Senter

Referat ved Edda Steen-Hansen og Unni Naalsund

Møtet 15.november 2003, samlet ca 120 deltagere i GlaxoSmithKline sine staselige lokaler på Gaustad. Dette ble et fint og positivt møte. Det hadde en fin blanding av kjent /kjært stoff fra hverdagen samt nyvinninger som den demonstrasjonen vi fikk av et dataprogram designet for organisering og drifting av operasjonstua. Samtidig er det jo alltid hyggelig å treffe kollegaer fra andre sykehus som alle forenes over emnet dagkirurgi.

**Terje Dybvik** ønsket velkommen, og han startet med å snakke om den begrensede økonomiske situasjonen både nasjonalt og internasjonalt. Penger er blitt en viktig drivkraft, og man er nødt til å drive kostnadseffektivt. Nå som funksjonsfordelingen er i ferd med å komme, kan arbeidsplassene bli endret, man kan sågar miste dem. Kanskje

bare de beste vil bestå. F.eks viste han hvordan operasjonstiden på en arthroscopi i snitt er målt (på Volvat) til 17 min. Dette får man ikke gjort noe med, men tiden som pasienten er inne på operasjonsstuen kan man kanskje klare å redusere ved godt samarbeid i teamet for øvrig.

Krav:

- Faglig høy standard
- Økt effektivitet
- Endre organisering
- Tenke på tvers av yrkesgruppene og ikke ha sine "egne bord"
- Ikke påta seg uoverkommelige utfordringer

### LOGISTIKK

#### Dagkirurgi – poliklinikk eller operasjonsstue ved Urolog Svein Hassellund

Han viste hvordan man organiserer en veldrevet poliklinikk i tett samarbeid med en dagkirurgisk avdeling på Volvat. Her vurderes pasienten av en spesialist, og videre behandlingsopplegg avgjøres. Kan pasienten opereres poliklinisk, skal det gjøres der og da. Det er viktig

å ha gode utredningsrutiner, og tilstrekkelig utstyr (dataverktøy og teknisk utstyr). Slik kan pasienten klare seg med ett kvalitetsbesøk på poliklinikken.

Dette betyr at pasienten får skikkelig informasjon, også om behandlingsalternativene. En poliklinikk må fungere godt; der begynner pasientens forholdt til sykehuset, og det er viktig at pasienten er fornøyd fra start.

Oppsummering:

- Få, men planlagte konsultasjoner
- Flere polikliniske operasjoner
- Standardiserte utredninger
- Kvalitetssikring
- Tett samarbeid poliklinikk/dagkirurgen/avdeling
- Fleksibel bemanning

#### Teamarbeid ved generell kirurg Willey Olsson

Han viste hvor viktig tannhjulsfunksjonen ved et godt samarbeid er. Det er nødvendig med et rigid system i forhold til informasjon, diktering,

utskrivning osv., for at helheten skal fungere for alle.

### **Pasientflyt ved Avdelingsleder Gabriella Bäckström**

Hun poengterte nødvendigheten av parallelle prosesser for at pasientflyten skal gli. Hun tok for seg operasjonsprogrammet, og viste her hva hver yrkesgruppe kunne lese ut av det i forhold til egen oppgave. Hun forklarte pasientens gang gjennom avdelingen, og viste hvordan en avgjørelse fikk konsekvenser for neste ledd. Det er viktig at pasienten blir hentet som avtalt ellers blir det opphopninger, og det får konsekvenser for flyten.

### **OPERASJONSPLAN- LEGGING**

#### **Elektronisk/databasert - booking av pasienter ved Operasjonskoordinator Anne Mari Skaug**

Som operasjonskoordinator kaller Anne Mari Skaug seg en slags impresario. Hun må ha oversikt over pasienttilgang og ventelister, kirurger (hvilke, når og hvor), hjelpepersonell og utstyr.

De har fått laget et eget system, en O-planlegger, i samarbeid med en systemkonsulent tilknyttet Volvat. På den måten hadde de fått et system som var slik de ville ha det.

Det var enkelt, billig, kunne brukes av flere, gav god og sikker dokumentasjon, god oversikt, og det var lett å "booke".

### **- "Fra henvisning til operasjon"**

#### **Hva trengs for å få rett pasient til rett operasjon ved Terje Dybvik/ Anne Mari Skaug**

Når pasienten er vurdert av kirurg og meldt som operasjonspasient til operasjonskoordinator, er kirurgens preoperative arbeid ferdig. Da er det operasjonskoordinators arbeid å tilrettelegge videre. Hun bestemmer operasjonstidspunkt sammen med pasienten (evt. på telefon), tar opp all informasjon om pasientens helsetilstand, innhenter epikriser, bestiller rgt. bilder, bestiller blodprøver og informerer pasienten. At pasienten er med på å bestemme operasjonstidspunkt gjør at de føler ansvar. De får god informasjon, både muntlig og skriftlig, om inngrepets art, hva som skjer operasjonsdagen og evt rehabilitering. De skriver under på informasjonskrivet. Demente pasienter og pasienter som snakker dårlig norsk skal ha med pårørende på preoperativ informasjon, postoperativ informasjon og i tillegg ved innledning av narkose.

Anestesilegen ser papirer – ikke pasienten. Han vurderer om man trenger tilleggsprøver, evt. om det trengs flere epikriser og ASA-klassifiserer. Han godkjenner pasienten til operasjon før all dokumentasjon foreligger, men all nødvendig informasjon skal foreligge før anesthesiinduksjon. Godkjenning signeres av anestesilege.

### **- Aktivitetsregistrering som planleggingsverktøy ved anestesilege Sigmund Røsjø**

Her fikk vi en spennende forelesning om registrering av all aktivitet i et dataprogram utarbeidet av foreleser.

Alle operasjoner ble registrert. De pasientene som var strøket operasjonsdagen ble også registrert, med årsak. Det var lagt opp enkelt slik at det tok 2-3 min. for den som skulle registrere. De brukte anestesisykepleier til denne oppgaven. Et vell av data kunne leses ut av denne registreringen; her ble det lagt inn alt fra operasjonskoder til tider, medikamenter, stue, operatør osv., osv. Ut av dette kunne man hente aktivitetsrapporter og ta ut statistikk.

### **DAGKIRURGI OG BEDØVELSE**

#### **- Bruk av lokalanestesi sett fra operatørs side, ved ortoped Ove Austgulen**

Her fikk vi et morsomt innlegg om en ortopeders bruk av avlokanestesi. Han mente at man i prinsipp skal bruke lokalanestesi ved alle typer inngrep, også ved arthroskopiske inngrep. Man kan bruke infiltrasjons-, ledningsanestesi eller installasjon i ledd. Tidspunktet er så tidlig som mulig, helst ved start av operasjon. Hensikten er å redusere peroperativ stress og som smertebehandling postoperativt. Dette regnet han som en viktig del av pasientens behandlingsforløp.



**-TIVA til pasienter over 75 år – trygt? Ved anestesisykepleier Kathrine Warud og anestesilege Sigmund Røsjø**

De mente at funksjonskrav; i stand til å gå opp en etasje uten hvilepause, var et viktigere parameter enn ASA-gruppering. Men ellers er det nødvendig med gode rutiner når det gjelder forundersøkelser, pasientutvelgelse, planlegging av opphold osv.

I hovedsak er det TIVA som velges som anestesiform til de eldre her.

Innledningen bør være laaaaaangsom. På den måten minimaliserer man sirkulatoriske endringer. Propofoldosen er aldri over target 2.5mikrorgr/ml.

Remifentanildosen startes på ca 0.05mikrorgr/kg/min og økes langsomt.

De kan bruke opptil 10min. før larynxmasken legges ned.

Vedlikeholdsdosene kan være ned i 30-50% av innledningsdosen. Her er det da fint å supplere med lokalanestesi eller blokkader i tillegg. Avslutning må starte tidlig. Dette må være godt ”timet”, og det krever god kommunikasjon med operatør, en fungerende lokal og en rutinert anestesør som kjenner inngrepet og operatør.

## Rapport fra seminar om infeksjonsforebyggende rutiner

Ved Unni Naalsund

Senter for medisinsk metodeforskning (SMM) ved SINTEF Unimed inviterte til seminar i Det Norske Medicinske Selskab 18. nov. 2003.

Direktør Berit Mørland ønsket velkommen til en samlet presentasjon av 3 rapporter om infeksjonsforebyggende rutiner i operasjonstuer. Medisinsk metodevurdering er et system for vurdering av forutsetningene for og konsekvensene av å anvende en medisinsk metode i helsevesenet. Medisinsk metode omfatter medikamenter, utstyr og den praktiske gjennomføringen.

SMM får penger fra departementet for å lage og utrede prosjekter ved innhenting av all tilgjengelig litteratur og dokumentasjon om emnet. De nedsetter ekspertgrupper, og denne gruppens oppgave blir da å legge frem det best mulige beslutningsgrunnlag og konkludere på grunnlag av den innhentede og vurderte vitenskapelige dokumentasjonen. Andre må så ta saken videre administrativt.

Professor Leidulf Sagadal minnet om at 2,5-7.5% av alle operasjoner ender med sårinfeksjon. Av disse er 1% alvorlige med betydelige konsekvenser for pasient og samfunn. Hvilke tiltak er mest effektive for å hindre

sårinfeksjon? Hvilke tiltak er ulønnsomme? Kan enkelte tiltak virke mot sin hensikt?

De presenterte her 3 rapporter om infeksjonsforebyggende rutiner i operasjonstuer og risiko for postoperative operasjoner.

De sentrale spørsmål som lokket oss av gårde var:

- Kan endring av enkel rutine som preoperativ hårfjerning, redusere forekomst av postoperative infeksjoner?

- Hvilken type ventilasjon er best i operasjonstuer for å redusere postoperative infeksjoner?
- Påvirker rengjøring av operasjonstuene fore-



halvparten har minst en stue med ultraren luft.

- Det er behov for store og vel gjennomførte

studier for å få bedre kunnskap om betydningen av ulike ventilasjonstiltak som kan

reducere forekomsten av postoperative sårinfeksjoner.

## RENGJØRINGSMETODER I OPERASJONSTUER, KONKLUSJON:

- Det er ingen sikker dokumentasjon vedrørende en eventuell sammenheng mellom rengjøring og postoperative sårinfeksjoner. Effekt av desinfeksjon av gulv er ikke påvist. Grundig rengjøring etter dagens aktivitet virker rasjonelt. Det samme gjelder etter septiske operasjoner. UV-lys brukt under operasjonen ble undersøkt i en studie som ikke påviste noen effekt med unntak av en undergruppe av rene operasjonssår.

- Det ble ikke funnet relevant litteratur om effekten av ”lufting” av operasjonsstuer.
- Det ble ikke funnet relevant litteratur om postoperativ infeksjonsrisiko ved bruk av trykkdrevet kirurgisk utstyr eller bruk av ”lufting” av operasjonsstuer.
- Det er ikke norske forskrifter for rengjøringsrutiner av operasjonsstuer. Spørreundersøkelsen som ble foretatt for å vurdere praksis ved norske syke-

hus, viste at de spurte operasjonsavdelingene hadde egne rutiner, og at rutinene varierte mellom sykehus og i noen tilfelle innen sykehus.

- Valget om å redusere omfanget av rengjøring mellom rene operasjoner vil, gitt at det ikke medfører økt forekomst av postoperative infeksjoner, bli balansert mellom økte kostnader og økt nytte.

## OM RAPPORTENE:

Alle rapportene er vel verdt å lese gjennom. Her har jeg bare referert konklusjonene for å få gjort oppmerksom på problemstillingene som er reist. Men rapportene inneholder mye bakgrunnsstoff, og referatene fra diskusjonene i ekspertgruppene er interessant og verdifull lesning. Dette er aktuelle problemstillinger som er fint å få vitenskapelig dokumentasjon på. Hvis operasjonsprogrammet kan gjøres større ved hjelp av forenklet renhold mellom operasjonene, er det klare gevinster å hente ut på bak-

grunn av denne undersøkelsen. Men det beror selvfølgelig også på hva slags rutiner man allerede følger og hva som er praktisk gjennomførbart med hensyn til avdelingens øvrige rytme. Dessuten – synlig søl må i alle fall fjernes, og vi vet alle at ”maritime miljøer” fort kan bli en realitet på en skopistue!

Vi kan bare håpe at oppfølging kommer. Forenkling av rutiner er alltid aktuelt stoff for oss som driver med dagkirurgi. Vi kunne vel tenke oss at SMM også etter hvert så litt mer på dette emnet spesielt.

Her var det utelatt. Men hvor lett, med hensyn til arkitektur og oppdekking av utstyr, kan man gjennomføre forsvarlig dagkirurgi i en egen enhet som ikke er blandet med inneliggende pasienter? Vi skulle gjerne hatt litt mer hjelp av SMM til å komme frem til gode løsninger her.

Adm.dirktør Kari Sletnes, Aker universitetssykehus HF roste arbeidet SMM hadde gjort. Men hun beklaget at de markedsførte resultatene så dårlig. SMM gir svar på forespørsler og arrangerer seminarer, men det er ikke de som skal ta administ

relative grep i forhold til svarene. Det ble foreslått at rapportene som et minimum burde sendes rundt til lederne av de 39 ulike helseforetakene.

SMM burde så absolutt drive litt bedre reklame og markedsføring om seg selv. De holder på med flere spennende rapporter og

prosjekter. Det er all grunn til å ”holde et øye” med deres utmerkede hjemmeside. [www.sintef.no/smm](http://www.sintef.no/smm).  
Telefon: 22067300.

## Kommende møter og arrangementer

### Dansk dagkirurgisk Forening sitt vårmøte- 22 april 2004, Kolding.

Følg med på deres hjemmeside [www.dsdk.dk](http://www.dsdk.dk) Her vil man se når nærmere program foreligger.

### Svensk Dagirurgisk møte – Ørebro 6-7 mai 2004

Foreløpig program:

Evidensbaserad medicin

Barn, Pre og postoperativt omhendertagende

Rektala inngrep

Behandling av post operativt illamående

”Outcome”

med mer mmmm

Svensk dagkirurgi har en flott hjemmeside [www.dagkir.nu](http://www.dagkir.nu) Følg med her etter nærmere program.

### Langtidsplanleggere:

6.th International Congress, Sevilla i Spania, april 2005

Arrangeres av International Assosiation for Ambulatory Surgery

**NORDAFS VINTERMØTE 16. OG 17. JANUAR – SORIA MORIA-OSLO****FREDAG 16/1- 2004****10.00-12.30: Status og fremtid for dagkirurgi:**

Møteleder: Johan Ræder, UiO / Omniasykehuset, Oslo

10.00 - 10.30: Dagkirurgi, effektivitet og ventetider: Hva sier de norske tallene?  
(Linda Midttun, Sintef, Trondheim)

10.30 – 10.45: Hva med pasienten og personalet i effektivitetens tidsalder?  
(Unni Naalsund, Dagkir.senter, UUS)

10.45 - 11.00: DRG – ISF- systemet; Smøremiddel eller tvangstrøye?  
(Stein Tyrdal, Dagkir.senter, UUS)

11.00 - 12.00: Diskusjon, med innledning av sentrale administrative aktører:  
- Jorunn Lægland (øk.dir; Univ Sykehuset Nord Norge)  
- Hulda Gunnlaugsdottir (dir, Kir.div; Ullevål Univ. Sykehus)  
- Jon Nordseth (adm.dir; Volvat Med Senter)  
- Bjørn Erikstein (viseadm. Dir. Helse-Sør)

12.00-13.30: Lunch. Besøk utstillere.

**13.30-16.30: Faglige utfordringer i dagkirurgien:**

Møteleder: Inge Glambek, Diakonissehjemmet SH, Haraldsplass, Bergen

13.30 – 14.00: Kan vi operere cancerpasienter (mamma kirurgi) dagkirurgisk?  
(Ellen Schlichting, Kir.avd, UUS)

14.00 – 14.30: Brokk kirurgi; Plankekjøring eller uløste utfordringer?  
(Odd Mjaaland, Kir.avd, Sykehuset Vestfold)

14.30 – 15.00: Pause, besøk utstillere.

15.00 – 15.30: Operasjonshygiene ved dagkirurgi. Er tradisjonelle rutiner for strenge?  
(Inger Marie Blix, Ringerike Sykehus)

15.30 – 16.00: Gastrokirurgi i fremtiden: Alt via scop på ”Dagkirurgen?”  
(Trond Buanæs, Kir.avd, UUS)

16.00 - 16.30: Pause. Besøk utstillere.

16.30 – 17.00: Smertefysiologi og smertebehandling ved dagkirurgi.  
(Johan Ræder, UiO/Omniasykehuset Oslo)

17.00 – 18.00: ”Musica Humana”; terapeutisk bruk av musikk..  
(Niels Eije, Per Thorgaard, København)

**18.00-19.00: Generalforsamling****20.00: Festmiddag**



**LØRDAG, 17/1-2004; INTERNASJONALE OG HJEMLIGE IMPULSER:**

Møteleder Terje Dybvik, Volvat Med. Senter, Oslo:

08.30-09.15: Postoperative analgesia – What can the surgeon do?

( Dick de Jong, Nederland)

09.15-09.45: The future of IAAS (Intern. Ass.of Ambulatory Surgery)

( Dick de Jong, Nederland)

09.45-10.15: Discussion

10.15-11.00: Pause, Utstillingsbesøk

**11.00-13.00: Frie foredrag** a 10 min, i plenumsal ,

ordstyrere:

Eugen Eide, St.Olavs Hospital, Trondheim / Terje Dybvik, Volvat Med Senter, Oslo

13.00: Lunch, Vel hjem!

**Påmelding til Team Congress Tlf 61247070 Mail:post@teamcongress.no**

---

## ***Nye medlemmer***

Ønsker du å bli medlem i Nordaf, må du henvende deg til Team Congress. Enten tlf 61247070, E-mail til post@teamcongress.no eller se vår hjemmeside [www.nordaf.no](http://www.nordaf.no) Her oppgir du navn, yrke, arbeidssted og gjerne din E-mail adresse. Medlemskapet koster kr. 100,- pr år, og det vil da gi deg fortrinnsrett på kurs, stipendier etc. Du vil også motta dette Nyhetsbrevet et par ganger i året.

## ***Informasjon om Norsk Dagkirurgisk Forum, NORDAF***

Norsk Dagkirurgisk Forum er et uavhengig interesseforum for dagkirurgi. Medlemsmassen er tverrfaglig og henvender seg til alle grupper som arbeider med dagkirurgi. Foreningens formål er å være et forum for dagkirurgi i Norge i faglige, organisatoriske og økonomiske spørsmål. Videre skal det være et rådgivende organ overfor myndigheter og enkeltpersoner/institusjoner samt bindeledd til internasjonalt dagkirurgisk organisatorisk arbeid.

Vi arrangerer et årlig vintermøte, utgir nyhetsbrev, deler ut stipendier og har ambisjoner om å bli et knutepunkt for arbeidet med å utvikle dagkirurgi videre i Norge. Vi er gjerne behjelpelige ved arrangering av lokale kurs rundt i landet.

Nordaf er medlem av International Association of Ambulatory Surgery (IAAS) som driver internasjonale prosjekter for standardisering, kvalitetsikring og fagutvikling innen dagkirurgi. I tillegg arrangerer de verdenskongress 2 hvert år og utgir tidsskriftet "Ambulatory Surgery".

**Vi ønsker alle våre medlemmer en riktig God Jul og Godt Nyttår!!**

# NYTT ULLEVÅL-SEMINAR

I regi av Dagkirurgisk senter R

Lørdag 24. april 2004 for Dagkirurgiske hverdagshelter



Sted: GSK GlaxoSmithKline sine lokaler, Forskningsvn  
2a, Vinderen, Oslo  
Pris: Kr 1100,-

Henvendelse og påmelding innen 15. mars til Vigdis Sørensen  
E-mail: [vigdis.sorensen@ulleva.no](mailto:vigdis.sorensen@ulleva.no) Telefon: 22119908

- Preoperativ informasjon i ly av ny helselov: Må vi undertegne på at vi kan dø da?
- Er hygienen på avdelingen god nok for dagkirurgi? Vi har dristet oss på en infeksjons etterundersøkelse....
- Hvordan leve av, med og uten hemoroider: kirurgi, anestesi og smerteterapi ved analinngrep
- Steroider- Bør vi kanskje alle få det før et operativ inngrep? Hva med gallepasientene? Har de hatt nytte av steroider?
- Laparoskopisk subtotal hysterectomi "LASH blir SMASH på dagkirurgen!"
- Hva med din hverdag?
- Hvordan kombinere fagutvikling, effektivitet, kvalitet, initiativ, samhold, trivsel og godt humør i en travel hverdag?
- Gruppedynamikk på godt og vondt?
- Vi har også litt tid igjen til frie foredrag på 5- 10 min. varighet. Kom og del gode råd, erfaringer eller undersøkelser med oss.



## ***Nordafs styre:***

Styreleder **Johan Ræder**, Anestesiavd. Professor Ullevål universitetssykehus HF.  
Mail: [johan.rader@ioks.uio.no](mailto:johan.rader@ioks.uio.no)

Kasserer **Terje Dybvik**, Volvat Medisinske SenterOslo- overlege anestesi  
Mail: [terje.dybvik@volvat.no](mailto:terje.dybvik@volvat.no) Tlf 22957500

**Eugen Eide**, Regionsykehuset, St Olavs Hospital HF, Trondheim- Overlege ortopedi  
Mail: [Eugen.Eide@rit.no](mailto:Eugen.Eide@rit.no)

**Inge Glambek**, Overlege Dagkir.avd, Haraldsplass, Bergen.  
Mail: [inge.glambek@haraldsplass.no](mailto:inge.glambek@haraldsplass.no)

**Dorte Solnor Gulbrandsen**, Daglig leder, Dagkirurgen, Rikshospitalet Oslo  
Mail: [dorte.solnor.gulbrandsen@rikshospitalet.no](mailto:dorte.solnor.gulbrandsen@rikshospitalet.no)

**Toril Johnsen, Avdelingsleder/overspl. Dagkirurgen, Universitetssykehuset Nord Norge HF** Mail: [torild.johnsen@rito.no](mailto:torild.johnsen@rito.no) Tlf 77627418

**Jørgen Nordentoft**, Bærum Sykehus HF, anestesilege  
Mail: [jnordent@online.no](mailto:jnordent@online.no)

**Unni Naalsund, Dagkirurgisk Senter R, anestesisykepleier**  
Ullevål universitetssykehus HF Mail: [unn-naal@online.no](mailto:unn-naal@online.no) Tlf 22119908

## ***Redaksjonelt:***

Vi tar mer enn gjerne i mot stoff fra våre lesere til nyhetsbrevet. Det kan være en artikkel, rapport eller referat fra et møte eller kongress, rapport fra et studiebesøk eller en bokanmeldelse. Vi oppfordrer også innstendig alle som har lest en ny artikkel om å sende inn en E-mail med et kort notat om dette til redaksjonen. Notatet bør inneholde fullgod referanse, kort norsk sammendrag, gjerne med en personlig kommentar. Men kommentarer kan også overlates til redaksjonen.

**Honorar: Innlegg av et visst omfang eller størrelse honoreres med kr 500-1000.- så her er bare å gripe pennen fatt!**

Stoff til Nyhetsbrevet kan sendes til redaktør Unni Naalsund, Ullevål univ.Sykehus Tlf 22119908  
E-mail [unn-naal@online.no](mailto:unn-naal@online.no)

Eller styreleder Johan Ræder, anestesiavd Ullevål univ.sykehus Tlf 22119690 E-mail  
[johan.rader@ioks.uio.no](mailto:johan.rader@ioks.uio.no)

