

**Neste vintermøte blir fredag 12. og lørdag 13. januar 2007!**



NORDAF feiret sitt 10 års jubileum på årets vintermøte, og dette ble markert med et storslagent møte med flotte foredrag og en lystig festmiddag. Det

samlet over 400 deltagere fra hele landet. Når vinterstormen raser og tiden nærmer seg neste møte, vil nok flere av våre deltagere få tilløp til abstinens og

fornyet lyst på dagkirurgiske nyheter, faglig oppdatering og hyggelig samvær. Så merk datoen 12. og 13. januar 2007.

### **Vårens faglige nyheter og høydepunkter**

Denne utgaven av Nyhetsbrevet inneholder til dels lange referater fra vårens ulike møter. De er ment som et lite nyhets eller inspirasjonsdryss over hva som rører seg rundt i den dagkirurgiske sfære. Det kan jo alltid være litt ny kunnskap, tanker eller ideer man kan bringe inn til revisjon eller inspirasjon i egen

hverdag. Så får jo heller den enkelte arbeidsplass bli enige med seg selv om man har fått bekreftelse på egen fortrefelighet, skal skifte til andre smertestillende medikamenter eller muligens også skifte politisk ståsted. Johan Ræder har blant annet laget et grundig fagreferat fra vintermøtet fra side 4.

Hvem vil ut på tur? Søknadsfrist for NORDAFs stipend er 20. august. Se mer om dette side 33

### **Hvem vinner tur til Amsterdam?**

Nordaf fortsetter sin spektakulære loddrekning blant medlemmene om tur til verdenskongressen i dagkirurgi i Amsterdam april 2007. Vinnerne denne gangen ble Henry Quaynor fra Kongsberg og Tor Buøen fra Drammen priv. sykehus. Her er det vår amerikanske gjest og foreleser Paul White som står for trekningen ved hjelp av Terje Dybvik og Torild Johnsen. Neste vintermøte trekkes ytterligere 2 turer ...

**Medlemskap i NORDAF - se side 33**

### **Innhold:**

<b>Leder.....</b>	<b>side 2.</b>
<b>Kjøkkenskuffens mangfold.....</b>	<b>side 3</b>
<b>Fagreferat fra vintermøtet.....</b>	<b>side 4</b>
<b>Dagkirurgisk avd. Bodø.....</b>	<b>side15</b>
<b>Dagkirurgisk møte i Örebro.....</b>	<b>side18</b>
<b>Ullevålseminaret.....</b>	<b>side23</b>
<b>Rapporter fra IAAS generalforsamling</b>	<b>side 29</b>
<b>Internasjonal sesjon</b>	<b>side 31</b>
<b>Kommende møter.....</b>	<b>side 33</b>
<b>Div.opplysninger fra ...</b>	<b>side 33</b>

## Leder ved Johan Ræder

### **Samarbeide, erfaringsutveksling og sunn konkurranse – forenlige idealer?**



Innen dagkirurgi, og medisin for øvrig, forteller vi ivrig

andre om alt det lure vi driver med: nye behandlingsmetoder, forbedret logistikk og kostnadseffektiv ressursbruk. At dette ikke er noen naturlov, har jeg nylig erfart fra sidelinjen i et prosjekt som utvikler nytt utstyr til pasientbehandling. Mens klinikerne som deltok var ivrige etter å presentere erfaringene på kongress og skrive artikkel til et internasjonalt tidsskrift, var det også andre sterke krefter i sving: man skulle sikre patenter og holde mest mulig hemmelig lengst mulig for å få et godt forsprang på konkurrenter.

Konkurranse bringer ofte ut det beste og mest kreative i oss, men for å vinne eller hevde oss må vi ha noe ekstra som ikke alle de andre har. Når vi forteller om dette er vi ideelt sett allerede i gang og klare til å gå videre med nye ideer, mens de andre jobber med å

komme à jour. Men det kan også være slik at vi er så slitne og tømt for kreativitet at de andre, som bare kan kopiere oss, har masse energi som tar dem videre og forbi.

Heldigvis har det tradisjonelt vært slik i medisinen at gevinsten ved å sitte på hemmeligheter er liten. Det strømmer ikke inn masse penger til de som ligger et hestehode foran og pasienter har det vært nok av enten vi er veldig gode eller bare sånn midt på treet. Snarere har det vært slik i medisinen at det å være først med noe nytt har gitt anerkjennelse og prestisje. I universitetsmiljøet premieres man for å være først ute med å fortelle om sine nyvinninger; den som publiserer først blir anerkjent og får bedre forskningsbudsjett. Den som på egen hånd har funnet ut det samme, men skriver om det en måned senere blir glemt.

Men etter hvert som pasientstrømmen har minnet, pengene følger pasienten og trusselen om funksjonsfordeling henger over alle som ikke har kostnadseffektiv drift, har konkurransesituasjonen blitt mer tilspisset. For pasienten og samfunnet skulle dette være et gode; alle behandlere må anstrenge seg for å få en best

mulig kvalitet og størst mulig kostnadseffektivitet i kampen om pasienter og de regionale foretaks gunst. Vi vet imidlertid at god kvalitet ofte kan være i konflikt med maksimal kostnadseffektivitet. Styrende myndigheter har dessverre hatt mer sans for lave kostnader enn kvalitet. Man skulle tro at pasientene ville kompensere for dette ved å velge kvalitet; men fordi våre kvalitetsmål er såpass upresise, blir premissene for å velge spinkle eller til og med helt gale. Hvis det også blir slik at vi i konkurransens ånd får mindre kommunikasjon fra de virkelig gode miljøene, med hemmeligholdelse av suksesskriterier og metoder, vil det bety større forskjeller og dårligere tilbud hos de som ikke har kapasitet til å utvikle ting selv.

I stedet for at alle snakker med hverandre og blir gode, blir det noen få gode og mange middelmådige.

Konklusjonen må vel være at vi stadig må kjempe for åpenhet, kommunikasjon og iver etter å lære av hverandre. Det er jo heldigvis også slik at dette ikke er enveis prosesser; selv de flinkeste og mest innovative vil ha noe å lære av dialog med andre.

## Kjøkkenskuffens mangfold

Ved Unni Naalsund



I mitt kjøkken har jeg en skuff som de mer velordnete

ville kalt roteskuff. Jeg foretrekker imidlertid å se på den som mulighetenes samlingsplass. Hver gang jeg leter etter rare ting som alt fra superlim til ekstra pærer til juletrebelysningen, så finner jeg det sannsynligvis der. Samtidig har jeg da et sted å putte disse små gjenstandene som jeg ikke helt vet hvor skal oppbevares.

Struktur, orden og systemer kan være vel og bra, og hadde dette blitt gjennomført i min skuff, ville nok mye av innholdet blitt kastet før det kom så langt som til oppbevaring. Skuffen ville vært oversiktelig, men også i sin ryddighet vært mer innholdsløs og kjedelig. De store funnene, som redder en situasjon når du mest trenger det, ville dermed uteblitt.

I vår hverdag med pasientarbeidet kan en erfaren helsearbeider også benytte seg av en slik skuff hvor man til tider kan trenge alt hva den måtte romme av muligheter. Enkelte pasienter byr på større utfordringer enn andre, både faglig og mentalt. Det er da det gjelder at skuffinnholdet er

rikholdig, med et repertoar av litt gammelt og litt nytt, for å kunne møte pasientens behov der de er.

I dag har man på sykehusene skriftlige rutiner for standarder og retningslinjer rundt vårt fag. Dette er nødvendige og vedtatte deler av et kvalitetssystem som alle avdelinger skal ha.

”

For den enkelte pasient oppleves det akkurat like skremmende eller farlig i dag som for 10 år siden hvis de sendes hjem med mangelfull informasjon eller uoppdagete kirurgiske komplikasjoner.

Det kan likevel ikke herske tvil om at i møte med pasienten, kan man bare benytte seg av de vedtatte oppskrifter til et visst punkt. Det nytter ikke lage oppskrifter for empati, humor, engasjement, begeistring og formidlingsevne. Det å kunne se hva pasienten både ønsker og trenger, krever en innsikt, kunnskap og evne til kommunikasjon som tar flere år å bygge opp. For den enkelte fagarbeider betyr

vanligvis ny administrasjon, nye ledelsesprinsipper, ny BI-terminologi, utvidet kvalitetsseksjon, nytt navn og ny logo lite i vårt daglige virke med pasienten. I høyden gir det oss litt mindre økonomisk spillerom i vår kliniske hverdag fordi slike reorganiseringsprosesser alltid er kostbare. I klinikken styres både fremdrift og rytme likevel av faglige utfordringer. Jeg mener på ingen vis at vi skal være sinker i systemet. Omsorg ligger på mange plan. I et større perspektiv er det også å vise ansvar og sørge for at flest mulig får den rettmessige behandling innen de tidsrammer man har til rådighet.

Da man i sin tid startet opp med dagkirurgi, var det en forutsetning for gjennomføringen at pasienten skulle behandles, opereres og pleies av erfarent personell. Dette var pasienter som skulle utskrives direkte til hjemmet, og det var viktig at risikoen for komplikasjoner ble minimalisert. God informasjon og tilpassete opplegg for riktig smertebehandling ble nødvendige forutsetninger for å lykkes.

Nå opplever man imidlertid ved flere sykehus at dagkirurgiske avdelinger igjen skal inkorporeres med de større avdelingene. Personalet skal i større grad rotere for å lage fleksibilitet i systemet. Dette virker ganske historieløst

når man vet at det nettopp har vært stabiliteten av personellet med gode, trygge tverrfaglige team i rollene som både nasjonalt og internasjonalt har vært nøkkelen til denne suksessen. En sykehusleder vil gjerne kunne bruke sine "brikker" over alt. Men er dette sammenfallende med pasientens interesser og hvor ble da den gode behandlingen av? For den enkelte pasient oppleves det akkurat like skremmende eller farlig i dag som for 10 år siden hvis de sendes hjem med mangelfull informasjon eller uoppdagete

kirurgiske komplikasjoner. Dessuten gjennomføres i dag større og mer kompliserte inngrep dagkirurgisk. Dette stiller enda sterkere krav til kvaliteten ved gjennomføringen av tilbudet.

Skal de offentlige sykehusene også i fremtiden kunne yte god og sikker dagkirurgi, må de fortsette med faste rammer og personell som kan sitt fag og sine roller. Vår lojalitet går først til pasienten, og vi beklager hvis vi nå skal oppleve forringelse av et fra før velfungerende tilbud.

Etter hvert som livet leves har kjøkkenskuffens innhold blitt justert og tilpasset til å inneholde nettopp de små sakene som måtte trenge både til hverdag og fest. Jeg er til og med kommet så langt at jeg omtrent vet hva den inneholder. Hvorfor i all verden skulle jeg da kvitte meg med skuffen nå? Det vil faktisk ta år å bygge opp nytt innhold i den.

[unn-naal@online.no](mailto:unn-naal@online.no)

## **VINTERMØTE , Clarion Hotel, Gardermoen 13. og 14. januar 2006**

### **Referat – Faginnhold v/Johan Ræder**

Det henvises også til [www.nordaf.no](http://www.nordaf.no) , vintermøte 2006, der de fleste innleggene er lagt ut i sin helhet.



### **Åpning v/leder**

(Johan Ræder, UUS/UiO):  
Man konstaterte at årets møte med ca 400 påmeldte deltakere (hvorav 50 utstillere) var ny rekord og en fin bakgrunn for 10-års jubileet. I Norge utgjør

dagkirurgi ca 60 % av alle elektive kirurgiske inngrep (målt i antall), noe som plasserer oss i verdens-toppen, sammen med Sverige, Danmark, UK og Nord-Amerika. Godt utført dagkirurgi er et "Columbi-egg"; bra for pasienten, samfunnet og de ansatte; sikkert og kostnadseffektivt. Suksess er imidlertid avhengig av kontinuerlig kvalitetsarbeid; en alvorlig komplikasjon er en for mye. Slapper man av på krav, standard og dokumentasjon, kan man lett komme i samme situasjon som kontorbasert plastikkirurgi i Florida. Mangelfull standard førte her til flere dødsfall.

### **Aktuelle politiske**

**føringer** (statssekretær Vegard Harsvik, Helse og Omsorgsdepartementet)

Den nye regjeringen er opptatt av sosiale forskjeller som årsak til forskjeller i folks helse, videre så har man mindre tro på marked og konkurranse innenfor helsevesenet, man ønsker et klarere skille mellom private kommersielle versus ikke-kommersielle aktører. Rusmiddelomsorg, psykiske lidelser og rehabilitering er satsingsområder; man ønsker flere registre over behandlingskvalitet (eksempel: hofteprotese registeret), flere faglige retningslinjer for å sikre lik behandling, samt mer

aktivitetspremiering innefor forskning som avløsning for faste rammer. Innsats styrt finansiering (ISF) er satt ned fra 60 % til 40% og man ønsker et stabilt, forutsigbart nivå fremover. ISF skal ikke brukes til å prioritere mellom pasienter. ISF skal tilfalle de regionale Helseforetak og ikke automatisk sendes videre ned i systemet. Helse-Norge skal gå i balanse i 2006, noe som innebærer en reduksjon i aktivitet ned til 2004 nivå. Man ønsker å desentralisere og bevare lokalsykehus, f. eksempel ved at de mindre sykehusene finner nisjer å spesialisere seg på. Hvis det viser seg at kvalitet eller pasientsøkning blir for dårlig, så må hensyn til desentralisering vike for hensyn til god kvalitet. Man anser Sykehusreformen som vellykket, men ønsker å styrke den demokratiske kontroll med de regionale HF ved å sørge for bred folkevalgt rekruttering inn i styrene, i tillegg til de oppnevnte medlemmene.

Husk NORDAFs  
hjemmeside

[www.nordaf.no](http://www.nordaf.no)

***Nye økonomiske  
modeller i norsk  
helsevesen. Erfaringer  
og forventninger.  
Implikasjoner for drift,  
kvalitet og kvantitet.***

*(Terje Hagen, UiO)*



Helsefinansiering kan være basert på faste rammebevilgninger, på bevilgninger knyttet til aktivitet eller en blanding (i 2006: 60 % ramme- 40 % ISF). Videre kan bevilgninger gis prospektivt (på forhånd) for forventet eller normert behov, eller de kan gis/justeres etterskuddsvis basert på den faktiske produksjonen. Helse-Øst har utviklet en modell (som de andre regionene er i ferd med å ta opp) basert på vektning av befolkningsmessige helsebehov som skal dekkes av det enkelte sykehus; justert for forskning, undervisning og spesielt krevende pasienttyper med tillegg av ISF og justering for gjestepasienter. I tillegg har man en liten andel av bevilgningen knyttet til tilbud overfor private, kommersielle sykehus. Dette utgjør bare 2,8 % av den totale DRG og således en nokså liten del av de totale sykehusutgifter. Mens

denne beskjedne andelen er gjenstand for stort fokus og debatt, så er det trolig mye mer å hente ved å se på utgifter til private avtale-spesialister og laboratorier. Hele 80 % av spesialisert poliklinikk utføres av private og det kan være grunn til å se på om det her gjøres en del dobbeltarbeid, samt at det kan være potensial for en større offentlig andel av disse oppgavene knyttet til sykehusenes poliklinikker. Man har gjort undersøkelser for å se om finansieringsordningene skyver alvorlige lidelser bak i køen til fordel for eksempelvis bedre betalt dagkirurgi. Dette synes ikke å være tilfelle, med unntak av ortopedi hvor det synes som om enklere inngrep venter kortere enn mer omfattende inngrep for mer alvorlige lidelser. Skal man styre eller begrense kostnader så kan det gjøres ved å redusere ISF (til 40 %), men dette kan redusere produktivitet og lyst til å gjøre ekstra innsats for å redusere ventetid eller kø. Et trolig bedre alternativ er å beholde høy ISF (60%) sette tak på samlet aktivitet, fordi foretaket da lettere vil kunne prioritere det som er viktigst, samtidig som god produktivitet vil lønne seg. ***Hvordan får vi bedre kirurgisk kvalitet? Utdanning, kvalitetsregistre, private aktører,***

**volumtrenting etc.**  
**(Brynjulf Ystgaard, St. Olav Hospital)**



Tre hovedmodeller for sykehusbehandling kan skisseres: Den "autoritære" tyske modellen hvor en hierarkisk oppbygd avdeling er ansvarlig for pasienten; den "spesialist-baserte" (engelsk-amerikanske) hvor den enkelte kirurg er i sentrum for hele forløpet og bestiller hos sine hjelpere og partnere for å utrede og behandle pasientene og den alternativt "flate, anarkistiske" skandinaviske modellen. Her blir pasienten ivaretatt av et faglig kollektiv av spesialister. Kirurgen har sine kontakter og samarbeidspartnere som har et mer selvstendig ansvar innenfor sine fagfelt. Den skandinaviske modellen har mange fordeler i form av kompetansebredde og lite stengsler rundt pasienten, samt ryddige arbeids og fritidsforhold for fagpersonalet; ulempen kan bli manglende oversikt og kontinuitet. Dette søkes styrket med innføring av pasientansvarlige og behandlingsansvarlige legeroller, samt styrking av

journal rutiner. I fremtiden er det viktig å være bevisst på at noen pasienter er "attraktive", de har et definert problem som kan løses og som tilbydere kan "slåss" om hvis finansieringen er god. Motsatt finnes det pasienter som er et problem, hvor kronisk og langvarig forløp gjør de mindre attraktive og vanskelige å "prise". Disse opplever av og til en kamp for å få noen i helsevesenet til å forplikte seg til å ta ansvar. Ordninger med anbud og fritt sykehusvalg kan i noen grad komme i konflikt med hensyn til særlig utdanning, men også forskning. Mens den tradisjonelle "mester-svenn" modellen for læring er pedagogisk på topp, så er den samtidig ressurskrevende. Et problem er blant annet å få til nok veiledet/overvåket mengdetrening for kirurger, før de slippes til med selvstendig hovedansvar. Simulatortrening og virtuell kirurgi (eksempel: endoskopi) kan bidra noe til ferdighetstrening uten pasienter, men nytten er foreløpig mangelfullt dokumentert. Det vil i fremtiden være viktig å bygge opp institusjonskompetanse, dvs. at for større, mer kompliserte pasienttyper så bør et mindre antall institusjoner få nok ressurser og trening.

**Obesity and Anesthesia**  
**- A Growing Problem**  
**(Paul F. White, Dallas)**



(se for øvrig egen artikkel fra White om emnet på [www.nordaf.no](http://www.nordaf.no) )

I USA, men også etter hvert i Norge, så er de overvektige og ekstremt overvektige økende i antall, med klare utfordringer for helsevesenet nå de trenger kirurgi. Fedme eller ekstrem overvekt er i seg selv ikke noen kontraindikasjon for dagkirurgi, her er det viktig å foreta en individuell vurdering av pasientens helse, valg av anestesiform og aktuelt kirurgisk inngrep før man setter i gang. Pasienter med uttalt søvnapnoe som ikke er vant til å bruke CPAP utstyr bør man vurdere å legge inn med respirasjonsovervåking til neste dag. Fete pasienter bør helst tas tidlig på dagen slik at man har tid til å observere dem lenger i enheten før hjemsendelse. Kort operasjonstid er viktig, helst ikke mer enn 2 timer på op.bordet i generell anestesi for disse pasientene, tar inngrepet

mer enn 1 time så bør larynxmaske erstattes av intubering. Vanlige fasterutiner gjelder for fete; men det kan ofte være en fordel å innlede anestesi med overkroppen litt hevet, fordi disse ofte har spiserørsbrokk og regurgitasjon. God oksygenering på maske med PEEP-ventil bedrer evne til å tåle kortvarig apnoe i forbindelse med innsetting av tube eller larynxmaske. Hurtig innledning (crash-intubasjon) er vanligvis ikke indisert. Remifentanil infusjon egner seg utmerket til fete (doserer etter idealvekt), anestesi-innledning med propofol og vedlikehold med inhalasjonsmidler (desfluran teoretisk bedre enn sevofluran) er en grei teknikk. Fete personer er vanskeligere å sy igjen, endoskopiske teknikker og små snitt anbefales.

### ***Fast-tracking: Efficacy and quality. (Paul F. White)***

#### ***What are important for success? Key issues***

(se for øvrig egen artikkel fra White om emnet på [www.nordaf.no](http://www.nordaf.no))

Begrepet "Fast-tracking" beskriver opprinnelig det at pasienten er så våken og stabil når han/hun forlater operasjonsstuen at opphold på spesialisert overvåkingenhet er unødvendig. Dette sparer et

ressurskrevende ledd i recovery prosessen, samtidig som det senere forløp også blir raskere og mindre ressurskrevende. Et strømlinjet totalforløp for pasienten kan innebære inntil 35 % innsparing, men enkelt tiltak slik som kortvirkende medikamenter, kvalmeprofylakse etc. i beste fall sparer inn 5-10 %. Stikkord er i første rekke skånsom, minimalt traumatiserende kirurg; et optimalt anesthesiologisk regime inkludert kvalmeprofylakse og non-opioid smerteprofylakse, samt fokus på forenkling av hele pasientkjeden fra ankomst i enheten til utskrivelse. Kombinasjon av lokal-anestesi og intravenøs sedering bør brukes der hvor det er mulig.

### ***Økende velstand og økende travelhet: Motsetning eller sameksistensen, ved Thomas Hylland Eriksen***



En rekke paradokser og tankekors knyttet til vår økende velstand og travelhet ble tatt frem under innlegget. Økende byråkratisering er et slikt paradoks, i flere og flere organisasjoner er det snart flere som passer på de andre ansatte enn det er folk som faktisk utfører de opp-

gavene organisasjonen er satt til å løse. Helsevesenet og universitetene er eksempler på steder hvor man ser en slik utvikling. Alternativer til slike demokratiske, konsensus organisasjoner er enten opplyst enevelde eller desentraliserte modeller av små, selvstyrte celler. Tidsbesparende teknologi viser seg å ikke gi folk mer tid, fordi presset for å fylle den innsparte tiden med noe effektivt og nyttig er så stort at dette i seg selv skaper stress. Det samme ser man med økende tilgang og mengder av informasjon, jo mer som strømmer inn, jo mindre tid får man til overblikk, oppsummering og ettertanke. Vi lever i et samfunn preget av klart mer velstand, spørsmålet er om dette fører til mer velferd. Det finnes eksempler på samfunn (Kerala, India) hvor man med en årsinntekt på under 10 000 kroner har det man trenger og fremviser målt lykke i minst like stor grad som for eksempel USA. Nærhet, tillitt og tette, gode relasjoner til mennesker i nærmiljøet er stikkord for lykke. Et stort problem i Norge er det som mange oppfatter som et nådeløst arbeidsliv, med økende antall utbrente personer og folk på uføretrygd (p.t. mer enn 10 % av befolkningen).

***Når skal vi bry oss om trombose og antikoagulasjon i dagkirurgi?***

***Mekanismer, risiko og tiltak. (Per Morten Sandset, UUS)***

Svært mange pasienter har tromber etter kirurgi, men hos relativt få blir dette til kliniske problem, selv om det med jevne mellomrom inntreffer lunge-emboli og dødsfall, som kunne vært unngått. Økt risiko er knyttet til store inngrep, med mye traumatisering,

blodtomhet, store sårflater og påfølgende mobilisering; f. eksempel større ortopedi. I tillegg er det risikofaktorer knyttet til den enkelte pasient: genetikk/arv, Leiden mutasjon, høy alder, malignitet, tidligere trombose, P-piller, infeksjon, betydelig overvekt, høyt trombocyt eller celletall i blod. For dagkirurgi gjelder at de fleste inngrep og pasienter har under 5-10% risiko og skal derfor ikke ha profylakse. Enkelte inngrep vil innebære risiko (5-40%) og bør få profylakse, eksempel: terapeutisk artroskopi i blodtomhet, større

osteotomier, åpen abdominalkirurgi hos pasienter >40 år. Aktuelle tiltak kan være strømpes, dekstran eller warfarin som er likeverdige og middels effektive. Mer effektive er lavmolekylært heparin og trombinhemmere (herunder nye per-orale), mest effektivt er pentasakkarid. Standard vil være lavmolekylært heparin hvor første dose godt kan vente til postoperativt. Ideelt sett bør man faktisk gi profylakse i 2-6 uker, mens man i praksis vil vurdere behandlingens lengde og dose avhengig av risikograd.

***Reklame***





## Når ting går galt – Hva kan vi lære?

Denne sesjonen hadde god deltakelse av tilhørere som også bidro til engasjert og viktig debatt. Nordaf deltakerne oppfordres til å "samle" på tilfeller de selv kommer over, som kan være aktuelle å bruke ved senere møter.

(NB: Enkelte påstander/kommentarer i referatet er tilføyd av referenten, og skal ikke automatisk hefte ved den som holdt innlegget).

### Lungekomplikasjon: Lang vei hjem og stort inngrep (J. Ræder)

Kasuistikken belyste en ung, frisk kvinne som reiste flere timer (15 mil) hjem i mannens bil om natten etter et omfattende 8 timers plastikkirurgisk inngrep. 3 dager etter inngrepet ble hun innlagt for reversibel lungesvikt (ARDS), en tilstand som kan utvikle seg gradvis over flere dager etter omfattende fettsuging. Diskusjonen gikk imidlertid mer på det generelle ved å gjøre så omfattende kirurgi dagkirurgisk, adekvat postoperativ beredskap og dokumentasjon, samt forsvarligheten i å la pasienter få reise ut av klinikkens nærområde kort tid etter omfattende prosedyrer. Konklusjonen i aktuelle tilfelle var at det

syntes å være i strid med god legepraksis, men ikke direkte uforsvarlig ut fra et "worst case scenario".

### Paracetamolforgiftning Feil bruk av hjemme- medisin.

(L. Romundstad)

Kasuistikken tok for seg et 8 år gammelt barn som utviklet alvorlig, men heldigvis reversibel levernekrose etter paracetamol inntak. Foreldrene hadde fått beskjed om å ta "500 mg ganger 4, det vil si hver 6 time". Dette var blitt misforstått til: "4 stk 500 mg tablett hver 6 time".

Dette understreker betydningen av å unngå formuleringen "x mg x 4" eller lignende; x4 kan tolkes som 4 ad gangen eller (det vi vanligvis mener) 4 x i løpet av et døgn. Følgende type entydig formulering kan anbefales: "Paracetamol 1 stk 500 mg tablett hver 6.time. Denne dosen må ikke overskrides". Absolutt maksimaldose paracetamol hos friske barn er 100 mg/kg per døgn (noe lavere hos voksne). Toksisk fare inntreffer allerede ved 175 mg/kg per døgn. Symptomer er tretthet, sløvhet, evt. magesmerter, oppkast. Rask diagnose

(enkel blodprøve) og behandling er helt avgjørende og livreddende.

### Overdosering av lokanestestika: (J. Nordentoft)



Kasuistikken tok for seg en nyfødt gutt som utviklet respirasjonssvikt, bradykardi og hjertestans etter omskjæring i lokalanestesi. Det viste seg at barnet hadde fått 2-3 ganger anbefalt maksimaldose av både lidokain og bupivakain. Maksdoser er henholdsvis 7 mg/kg (lidokain) og 1,5 mg/kg (bupivakain). Bupivakain er spesielt farlig og toksisk, det gir arytmier og hjertestans, som kan være vanskelig å resuscitere fordi hjertemuskelen blir "bedøvet" og responderer dårlig. Lidokain overdose gir sanseforstyrrelser og (i litt høyere dose) reversibelt generelt krampeanfallet. Det er viktig å huske at maksimaldoser gjelder for et middel gitt alene, gis blandinger så skal maks dose kravet være lavere.

Videre så bør man generelt bli flinkere til å bruke enten levobupivakain eller (enda bedre?) ropivakain, som er fullgode men klart mindre toksiske alternativer til det rimeligere bupivakainet.

### **Luftveisproblemer: Får ikke ventilert eller intubert. (C.E. Bjerkelund)**

Det ble referert 2 kasuistikker med pasienter hvor både maskeventilering og tradisjonell intubasjon var svært vanskelig. Dette illustrerer at ALLE enheter som gir generell anestesi må ha utstyr og gjennomtenkte algoritmer for hvordan man skal håndtere denne type problemer, som kan oppstå også hos pasienter hvor man ikke på forhånd kan forutsi vansker. Hvis pasienten er fastende og lar seg greit ventilere på maske så har man vanligvis god tid og anledning til å avlyse inngrepet, evt. prøve forskjellige teknikker med ledesonde, intubasjonslarynxmaske eller fiberoptisk intubasjon. Hvis man ikke får ventilert så må man prøve larynxmaske (type Fast-Track eller Pro-Seal) eller Easytube, men uansett så må man ha mulighet for å gjøre nødtracheostomi i spesielle tilfelle. Generelt så har man bedre marginer hvis pasienten er godt

preoksygenert og anesteseres med teknikker som bibeholder egenrespirasjon, f. eksempel sedasjon + lokalanestesi (transtrakeal spray), inhalasjonsanestesi (sevofluran) eller ketamin.

### **Aspirasjon; Oral premedikasjon gitt for sent? (J. Nordentoft)**

Innlegget problematiserte rundt en vanlig rutine innen dagkirurgi: "Per-oral premedikasjon kan gis i et par slurker/ ½ glass vann inntil 1 time før inngrepet". Hva skjer når dette "tøyes"? Tempoet er høyt, pasienten nettopp kommet til enheten og skal på operasjonsstuen om 15-30 minutter? Pasienten får ikke i seg tablett(e?) med noen slurker og ber om mer vann? En kasuistikk med ventrikkel regurgitasjon ble referert: 12 åring på 48 kg som drikker 1,5 glass vann 15 minutter før inngrepet.

Crash (curacit) innledning og endotracheal intubasjon beskytter best, men er noe drastisk for rutinene med dagkirurgi. Hodet lett hevet og Pro-Seal larynxmaske (med ventrikkelsonde) beskytter mot regurgitasjon, mens tradisjonell larynxmaske eller vanlig maskeventilasjon ikke gjør det. Vann tømmes ut av en frisk ventrikkel på 30-45 minutter, men tabletter kan

ta lenger tid: store tabletter som svelges liggende med lite vann kan bruke opptil 15 minutter gjennom spiserøret før de når ventrikkelen.

### **Akutt blødning: Tonsillektomi (J. Ræder)**

Innlegget tok for seg et av de "farligste" inngrepene innen dagkirurgi, nemlig tonsillektomi, hvor postoperative dødsfall rapporteres i Norge med 1-2 års mellomrom. Mortaliteten kan skyldes søvnapnoe/ufri luftvei (som mange av disse pasientene har, spesielt de overvektige eller barn under 3 år) eller blødninger. De akutte, dramatiske blødningene inntreffer oftest per-operativt eller umiddelbart postoperativt; men sivblødninger og blødning når skorpen løsner (etter 5-10 dager) kan også bli dramatiske hvis de ikke erkjennes og tas hånd om innen rimelig tid. Ved fare for søvnapnoe skal pasientene legges inn og overvåkes første døgn. Hos stabile, ikke-blødende postoperative pasienter regnes hjemsendelse samme dag som trygt, men pasientene må få god informasjon, ha lav terskel for å ringe operatør og ikke befinne seg for langt unna ØNH kompetanse med døgnberedskap.



*Glimt fra vintermøtet 2006**En tettpakket foredragssal med over 400 deltagere**Hva ser Vidar Aasbø etter??**Stemningen var upåklagelig...**Uforglemmelige KETAMINDS synger "Give me TIVA"*

## **Frie foredrag**

Som alltid tidligere er de frie fordragene noe av det som engasjerer mest under Vintermøtet. Alle som jobber innen dagkirurgi oppfordres til å tenke gjennom om de har noe som kan meddeles/tas opp ved kommende møter.

## **Hva er viktig for å unngå forsinkelser ved Dagkirurgisk drift?**

**Fred A. Andersen,  
Haukeland Univ.  
Sykehus**

Pasientflyt ble registrert prospektivt for 11 plastikk kirurgiske pasienter og 20 pasienter til mamma kirurgi. Spesielt ble forsinkende faktorer rundt oppstart, strykninger og forsinket byttetid på stue registrert. Undersøkelsen vist at bytte av operatør på op. dagen og underordnet lege som hovedoperatør var forsinkende elementer for god pasientflyt.

## **Logistikk ved tre forskjellige inngrep: Ulike inngrep – ulike problemstillinger. Inge Glambek, Haraldsplass Sykehus:**

Innlegget tok for seg presisjon rundt pasientoppmøte og kvalitet på henvisning fra allmennpraktiker for tre forskjellige typer dagkirurgiske inngrep. For

90 % av lyskebrokkpasientene fungerte henvisningsskrivet godt og presist med tanke på om operasjonindikasjon forelå. For åreknuteoperasjoner var det motsatt, her må pasientene vurderes av operatør på poliklinikk for å få god nok kartlegging av symptomer og funn med tanke på å stille operasjonsindikasjon. Hovedproblemet rundt en av tre pilonidalcyste inngrep var manglende oppmøte eller at pasienten ikke ønsket inngrepet likevel. Henvisnings skriven var adekvate for denne gruppen, men her bør pasienten ringes kort tid før inngrepet for å avklare om inngrepet er ønsket og oppmøte planlagt.

## **Pasienttilfredshet – 1 mnd etter inngrepet.**

**Cecilie Galtung  
Gundersen/Anette  
Wiel, Omnia sykehuset**

Innlegget refererte erfaringer fra løpende registrering av pasienttilfredshet, gjort med frankert spørreskjema til alle pasienter utsendt 3 uker etter inngrepet. Litt avhengig av hvilke ting man spør etter så er bare 2-6% middels fornøyde eller mindre fornøyde/misfornøyde. Det som scorer lavest er tilfredsheten med resultatet av kirurgien, selv om 88%

er godt tilfreds eller meget godt tilfreds, så er det 1,4% som er mindre tilfreds og 8% som er middels fornøyde. Det som er viktig i kvalitetssammenheng er å ta tak i de som ikke er helt fornøyde; disse bør studeres nøye for å finne ting som kan forbedres.

## **Endoskopi; nå også ved variceoperasjoner – resultater og veien videre. Inge Glambek, Haraldsplass Sykehus**



Innlegget refererte løpende erfaringer med endoskopisk teknikk for variceoperasjoner. Teknikken krever spesielt utstyr og interesse/kompetanse hos operatør. Konklusjonen er at dette er et skånsomt alternativ som bør brukes mer, spesielt ved recidiv varicer. Komplikasjonsraten er lav, men tilfeller av sensibilitetstap og venterombose kan forekomme.

## **Resultater ved biofix menisk suturer.**

**Nina Kise, Martina Hansens Hospital**

Innlegget refererte langtidsoppfølging (mean 4 år) av 60 menisk pasienter som var operert med biofix sutur (polymer skrue/stift) med tanke på forekomst av re-operasjon og kne-funksjon generelt. Halvparten av pasientene måtte reopereres, noe hyppigere ved medial menisk skader og ved korsbåndsskader som ikke ble fiksert i tidlig fase.

## **Dagkirurgisk behandling av "Frozen Shoulder"**

**Ove Austgulen, Bergen kirurgiske sykehus.**

Innlegget refererte en oppfølging av 83 pasienter som hadde fått kirurgisk behandling/mobilisering av "frozen shoulder". 79 av disse var godt fornøyde og opplevde klar forbedring i funksjon og målbare bevegelsesutslag etter operasjonen. Konklusjonen er at kirurgisk behandling er et godt alternativ når vanlig, konservativ behandling ikke kommer til målet.

## **Postoperativ kvalme og oppkast: Utvidet profylakse med kortikosteroid og metoklopramid.**

**Henry Quaynor, R. Duesund, B. Ensrud. Kongsberg Sykehus:**

100 fikk kvalme profylakse i form av 8mg Fortecortin iv ved starten og 20mg Afipran mot slutten av operasjonen. Dessuten Afipran 10mg x3 postop. for 2 dager.

En kontrollgruppe på 100 pasienter fikk ingen kvalmeprofylakse. Alle pasienter fikk med seg spørreskjema som skulle sendes tilbake etter 2 dager. Kvalme forekom hos 11% etter profylakse (ingen hadde oppkast), og 18% etter placebo (4% med oppkast). Bruk av kvalmescore ad modum Ullevål score (Trope A et al, Tidsskr. DNLF 2000,s.2423-6), ga ingen hjelp i å forutsi hvem som ble kvalme i dette pasientmaterialet.

## **Hvilken larynxmaske er best? Klinisk test av 4 typer hos 120 pasienter.**

**Bjørn Løvland, Sandefjord sykehus:**

Fire forskjellige larynxmasker ble testet med tanke på suksess mhp riktig

plassering og i hvor stor grad de tålte overtrykksventilering før lekkasje. Alle 4 typer var greie å plassere, Pro-Seal var den som tålte høyest ventilasjonstrykk (30-35 cm H<sub>2</sub>O), mens tradisjonell (Classic) og engangsmasker fra Mallincrodt eller O.Preiss var relativt likeverdige på 2.plass.

## **Larynxmasker: Flergangsbruk forenlig med god hygiene?**

**Gunn Glimsdal, Haraldsplass Sykehus**

I en studie ble 3 masker som var brukt og rengjort (vaskemaskin eller autoklave) mer enn 40 ganger testet grundig bakteriologisk. Det var ingen tegn til oppvekst i noen prøver. Et viktig poeng med Pro-Seal type er å få god gjennomskylling av begge løp ved vask.

## **Cox-II hemmere: "Over og ut" eller "kom igjen senere" ?**

**Johan Ræder, Ullevål Universitetssykehus**

Tema har vært gjenstand for opphetet debatt og man er ennå usikker på hva som blir konklusjonen etter som flere forskningsrapporter kommer til. Det som er vist er at tradisjonelle NSAid gir mer magesårsproblematikk enn

COX-II hemmere, mens det muligens er slik at forholdet er motsatt når det gjelder risiko for alvorlige, cardio-vaskulære problemer. Det er vist at langtidsbruk (> ½ - 2 år) øker forekomst av hjerteinfarkt og slag, det samme er vist ved 10 dagers bruk etter kransarterie-kirurgi. Hvorvidt tradisjonelle NSAID er bedre eller like farlige er omstridt,

blant annet så er de Europeiske og Amerikanske kontrollmyndighetene uenige her. Problemet knytter seg blant annet til at disse er dårligere undersøkt. Legemiddelverket har nylig laget en konsensusrapport om emnet som er inne til publisering i Tidsskriftet DNLF. Ved indikasjon for COX-hemmere bør uselektive midler være

førstehåndvalg, mens selektive COX-2 hemmere kun skal brukes etter nøye vurdering av alle relevante aspekter i det enkelte tilfelle. I en postoperativ setting kan dette være: pasienter med GI problem eller astma, samt inngrep hvor ekstra blødning er spesielt uheldig.



*Det var stor interesse for og hektisk aktivitet i "pausene" på den store utstillingen.*

*50 utstillere fra ulike firmaer hadde det travelt med å presentere sine produkter.*



*Clarion Hotell, Oslo Airport, Gardermoen er også bestilt til vårt neste vintermøte.*

*Stort sett har dette stedet passet bra både med gode plassforhold, pris og forpleining.*

*Maten var god, og de som ankom med fly var selvfølgelig fornøyde med plasseringen..*

**DAGKIRURGISK ENHET PÅ NORDLANDSSYKEHUSET BODØ**

Skrevet av Heidi Aadde og Mariann Harneshaug



Vi er to anestesisykepleiere som har vært med siden oppstart av Dagkirurgisk enhet (DKI) i 2001. I februar i år feiret vår avdeling 5 års jubileum. Det ble markert med kaffe og kaker til ansatte og pasienter, i dagkirurgisk ånd - uten at det gikk ut over dagens drift og effektivitet...

Avdelingen startet opp i helt nyoppussede lokaler i den gamle administrasjonsfløya, fysisk langt unna sentraloperasjonen. Til å begynne med var vi en avdelingssykepleier, fem spesialsykepleiere innen anestesi, intensiv og operasjon, en anestesilege og en postsekretær. Det ble ikke ansatt rengjøringsassistent fra starten. Alle vi som ble ansatt i begynnelsen, kom fra sentraloperasjonen og intensivavdelingen. Det

var spennende og utfordrende å skulle bygge opp en helt ny avdeling med tre operasjonsstuer, fire senger og fire hvilestoler. Vi var alle med i prosessen med å utstyre og møblere avdelingen. Det å tenke praktisk var én ting, noe helt annet var å komme inn i ny tenkemåte. For hva var egentlig dagkirurgi?

Som på andre steder dagkirurgi har blitt etablert, ble det også hos oss en ubetinget suksess, både for pasienter, personale og ikke minst sykehusets økonomer. Vi ble etter hvert pålagt å operere flere pasienter og nye pasientgrupper. Etter allerede tre års drift så vi behovet for en utvidelse i de pre- og postoperative lokalene. Vi ble tilgodesett med "hele" 22 kvadratmeter! Resultatet ble syv senge-

plasser, av disse er to senger forbeholdt barn i et eget avlukke, og syv hvilestoler (brukes både pre- og postoperativt).

Siden oppstart har vi også hatt en stor økning i antall ansatte. Avdelingen har nå (i antall stillinger) En avdelingssykepleier, fem operasjonssykepleiere, fire anestesisykepleiere, fire intensivsykepleiere, en anestesilege, halvannen postsekretær og halvannen rengjøringsassistent. Anestesilegene ruller. Vi har hele tiden hatt et godt arbeidsmiljø som vi har klart å bevare, tross stadige utvidelser av staben. Vi jobber bevisst for at det gode arbeidsmiljøet skal vedvare. Hver fredag har vi felles lunsj. Da dekker vi langbord med hvit duk, og alle bidrar til bordets

*Rapport fra Bodø forts.*

gleder. Kreative sparemetoder fører til at årets blåtur strekker seg over en helg i september. Bursdager og andre merkedager blir markert. Vi har sykehusets morsomste julebord – helt objektivt! Dette er viktige ting å få med, ikke minst på en dagkirurgisk avdeling hvor det er mye fokus på effektivitet og DRG-poeng. Mange pasienter bemerker også at dette er et hyggelig sted, og de ser trivselen og arbeidsgleden hos oss som jobber her

**Organiseringen**

Vi er organisert under akuttmedisinsk storavdeling sammen med sentraloperasjon, intensiv, mottakelse/AMK og ambulansetjenesten. Sykehuset har enhetlig ledelse, og vår øverste leder er anestesilege. Som en del av innsparingene og effektiviseringen ved sykehuset går nå tre av de fire anestesisykepleierne i helgeturnus i akuttmottak og sentraloperasjon. Fire av intensivsykepleierne jobber halv stilling på Dagkirurgien og halv stilling i turnus på

intensiv.

Anestesisykepleierne i sentraloperasjonen må gå vakter i helgene i akuttmottaket. Det fører til at de får huller i sin egen turnus. Resultatet av det er at 3 av 4 anestesisykepleiere på DKI ble innlemmet i denne rulleringen, og går dermed helgevakter i sentraloperasjonen og akuttmottaket.

Anestesisykepleiere i sentraloperasjonen skal fylle opp våre vakter på DKI når vi har kompensasjonsfri etter helgevakter.

Vi mener dette er en negativ utvikling for DKI. Avdelingen får en dårligere kontinuitet ved at vi har vikarer som er ukjente i avdelingen og driften. Selv om de er dyktige i sitt fag, mangler de den fleksibiliteten mellom faggruppene som vi har utviklet. De har, forståelig nok, ikke øye for alle detaljene som gjør at driften går smidig og effektivt.

Det blir merarbeid på de gjenværende med at de daglige rutinene ved sjekking, bestilling og oppfylling faller på dem. Avd. leder får også en mer komplisert drift, ved at hun bruker mye tid på å få tak i/forsikre seg om at vi får vikarierer.

I dag opererer vi generell kirurgi (laparoskopisk cholecystectomi, hyperhidrosis, hernie, varicer etc), gynekologiske inngrep (sterilisering, TCER, diagnostisk laparascopi, ab.prov etc), ortopedi (artroskopiske knær og skuldre, korsbånd, diverse småinngrep på hender og føtter), ØNH (septumplastikk, ethmoidectomi, pct, adenotomi, aures alates, BRA, tann/kjeve etc) og alle cancer mammae-operasjoner. Anestesimetodene vi bruker er TIVA eller blokk/lokanestesi, og gass i beredskap for barna. Avdelingens politikk er at de ansatte skal være fleksible på tvers av profesjonsgrensene. Innbakt i turnus har vi alle sistevakter på postoperativ. **Åpningstiden** vår er fra 07.30 til 17.00. Første pasient kommer kl 07.45. Hvis en pasient ikke er klar til å reise hjem innen stengetid, overflyttes han til den aktuelle sengeposten. Som nærmeste nabo har vi et nytt flott pasienthotell som bl.a. blir brukt av cancer



mammae-pasienter, og til galleopererte som har over én times reise vei til hjemmet.

Som alle andre sykehus jobber vi for å få ned **strykprosenten**. Vi har en senvakt som er øremerket til å ringe pasienter som ikke har lever svarskjema/bekreftelse på operasjonstid. Strykprosenten gikk ned etter at vi innførte dette. Høsten 2005 startet vi med et prøveprosjekt med å operere adenotomi og pct på barn. Som kjent er disse pasientene ofte syke, noe som dessverre har medført en høyere strykprosent.

Det første året opererte vi 850 pasienter, i 2005 hele 1700 pasienter,

altså en økning på 200 %. Målet for 2006 er 2500 operertepasienter.

Lars Vorland, Direktør for Helse Nord, har uttalt at mellom 60 og 70 % av all elektiv kirurgi skal være dagkirurgisk.

Nordlandssykehuset er i gang med omfattende om- og utbygging. I løpet av 2011 er det planlagt at vi skal flytte til en annen del av sykehuset. Vi skal fortsatt være en selvstendig avdeling og ha en fast stab.

Det er planlagt seks operasjonsstuer og en økning av antall pasienter til 5000 årlig. Vi ser frem til å slippe trangboddhet, ha egen barne- og voksen-

oppvåkning og ikke minst ha separate pre- og postoperative rom. Som tidligere nevnt har vi jobbet på DKI siden oppstart. Det har skjedd store forandringer på disse fem årene, både innen logistikk og ikke minst faglig. Nye pasientgrupper gir nye utfordringer. For å få faglig påfyll gis det rom for at hver ansatt skal på minst ett kurs årlig. Vi har begge vært på flere vintermøter og i fjor var vi på Verdenskongressen i Sevilla. Som avslutning ønsker vi å si at vi har en super arbeidsplass sammen med gode kollegaer! Vi synes også at vi har faglige utfordringer selv om vi har de friskeste pasientene.

Husk NORDAFs hjemmeside [www.nordaf.no](http://www.nordaf.no) her vil du finne linker til andre aktuelle dagkirurgiske adresser.

Samtidig gjør vi oppmerksom på at I.A.A.S. (International Assosiation for Ambulatory Surgery) har fått helt ny hjemmeside.

[www.iaas-med.com](http://www.iaas-med.com)

## Dagkirurgi i Sverige, Ørebro 6. og 7. april 2006

Referenter Unni Naalsund og Edda Steen-Hansen

Svenskenes årlige dagkirurgiske møte i Ørebro ble avholdt i velkjent god stil. Årets møte hadde et faglig og variert program med parallelle foredragsesjoner, så her var mye å velge mellom. Ulempen er at velger man en forelesning, velger man bort en annen. Samtidig som fordelene ved denne faglige spissingen er spennende, mister man kanskje litt av det tverrfaglige tilsnittet som har preget dagkirurgien. Selv om ikke alt hele tiden treffer like godt ved alle felles forelesninger, så vil vel et innblikk i ulike gruppers arbeidsområder muligens gi en større innsikt og respekt for hverandre i det videre samarbeidet..

Ellers er deltagelse på de nordiske møtene absolutt å anbefale. Kultur og problemstillinger blir lett gjenkjennelige og sammenlignbare med våre egne.

En uforglemmelig forelesning var innslaget – Surkorvar och russin – om kunsten å lede ved L. Carlborg. Det var et tankevekkende og svært malerisk innlegg om det vanskelige arbeidet med å lede andre. Hun tok utgangspunkt i den ballast hver av oss hadde med fra start av, og hvordan den enkelte taklet sorg, hverdag og glede. Selv en stor og kantete sorg kan bearbeides og slipes til en diamant.

Vi byr her på noen smakebiter fra et stort møte. Alle lysbildene fra foredragene er også lagt ut på deres nettsider. Så skulle dette gi mersmak, gå til [www.dagkir.nu](http://www.dagkir.nu) (gå inn på konferanser).

### *Den svenske dagkirurgiforeningen*

Svenskene har en nasjonal dagkirurgisk interesseforening. Fra 1999 har de hatt en svært oppegående nettverksside som har vært drevet frem av en sterk dagkirurgisk gruppe i Ørebro med godt utviklet datakunnskap. Denne nettsiden kan sterkt anbefales: [www.dagkir.nu](http://www.dagkir.nu) I tillegg arrangerer foreningen årlige konferanser på lik linje med våre vintermøter. De ser på kvalitet og oppfølging som viktige satsingsområder, og de har som mål å bli best i europa på dagkirurgi innen 2010! Sverige er nå også blitt medlem av den internasjonale dagkirurgiske foreningen, IAAS, hvor også Norge har vært med i alle år.

**Smertebehandling ved bruk av opioider** ved *Metha Brattwall, Sahlgrenska univ. sjukhuset/Mölndal, Göteborg (Nyvalgt leder for den svenske dagkirurgi foreningen.)* Den postoperative smertelindringen er enda ikke bra nok. Følgen av dette kan bli utvikling av kroniske

smerter. Det er fortsatt en balansert multimodal analgesimodell som gjelder. På den måten utnytter man de additive og synergistiske effektene av flere medikamenter. Ved sterke smerter kommer man heller ikke utenom opioidene. Hun poengterte her at det er viktig å starte med langtidsvirkende opioider preoperativt, for å minske opioidbehovet postoperativt. Flere preparater og deres virkning ble gjennomgått. Hvorfor man anvender hva i de ulike avdelinger beror på kunnskap, kostnad og ulike avdelingers rutiner. Obs tidligere narkomane som står på subutex - da blir opioider som en antagonist å regne. Eldre trenger lavere doser, og til adipøse må man dosere etter idealvekt. Opioider har sine bivirkninger som tilvenning, kvalme og forstoppelse. Fentanyl og oksykodon er nå mye brukt postoperativt sammen med paracetamol.

**NSAID/cox-2 hemmere** ved M. Segerdahl, Univ.sykehuset i Huddinge. Skal vi anvende NSAID? Kombinasjonen paracetamol + NSAID - flere studier viser bedre effekt både på intensitet og effekt-durasjon. Tillegg av diclofenac minsker opioidbehandlingen. Rofecoxib (Vioxx) kan gi hypertoni, ødemer og "hjerte-hendelser". Dette gjelder også ved bruk av



tradisjonelle NSAID, og litt mer forsiktighet må utvises i bruk også av disse. Ved Karolinska brukes Dynastat ved brystkirurgi, oksykodon x2, paracetamol 1g x 4 og ibuprofen 200mg x 4. En kan også sette NSAID intraartikulært ved skopiske inngrep, for eksempel korsbånd. Her er Toradol 60 mg likeverdig med morfin 5mg, og gir bedre effekt enn systemisk smertebehandling.

Den antiinflammatoriske effekten er viktig ved akutte smerter. NSAID fyller en viktig rolle i den postoperative smertebehandlingen, men man må gjøre risikoavveininger. Paracetamol bør gis i dobbel første dose for å utnytte effekten.

**PONV - behandling med 5-HT3 antagonist** ved Jan Jacobsen, Stockholm  
Hva vi enn gjør vil alltid noen bli kvalme og kaste opp. Den vanligste 5-HT3 antagonisten som brukes, er Zofran (ondansetron). Det gis 4- 8 mg til dem man forventer vil bli kvalme. De som har blitt kvalme tidligere viser seg å ha bedre effekt av 8mg. Ved kvalme, når det ikke er gitt Zofran profylaktisk, gir man Afipran 10mg. Ved behandling av postoperativ kvalme bør man gi Zofran først hvis det ikke er gitt profylakse. Er det derimot gitt profylakse bør man gi Afipran. Det er gunstig å kombinere preparatene vi bruker som profylakse eller behandling. Rotér preparatene.

**Steroider** ved Magnus Wattwil, Ørebro  
Steroider gir oss en stressfri anestesi, samtidig som de har en antiinflammatorisk effekt.

Dexametason reduserer kvalme og oppkast, da det har en antiinflammatorisk effekt på tarmslimhinnen. Dexametason er like bra som ondansetron. 20 % føler seg dårlige til tross for kvalmeproylakse. Dose 2.5-8mg, helst 8mg, bør gis så tidlig som mulig. Det tar et par timer før effekt oppnås. Det gir mindre kvalme, mindre smerte, bedre søvn og mindre munnbesvær (fra en tannstudie).

Bivirkninger kan være økt infeksjonsrisiko og forlenget sårtilhelning(?), økt blodsukker – forsiktighet bør utvises spesielt hos barn med diabetes. Kan være psykisk oppkvikkende.

Konklusjon: Kortison er et billig og effektivt middel mot kvalme og oppkast. Det beste er å kombinere steroider med ondansetron. Droperidol er mer omdiskutert, da det kan gi forlenget QT-tid.

### **Komplikasjonsregistrering i fremtiden** av J. Hallèn,

Ørebro  
Han forklarte om en internasjonal registrering av perioperative komplikasjoner.

NCEPOD the National Confidential Enquiry into Perioperative Deaths er et register som lagrer data for komplikasjoner. Disse har

som mål å lage anbefalinger for kvalitetsforbedringer mm. De startet sin første datainnsamling i 1989. De har sett på årsaker til komplikasjoner, årsaker til død. Det er gjort mange studier for å identifisere risikofaktorer som er pasientrelaterte, som er anestesirelaterte, som er forårsaket av anestesi, som er kirurgi-relaterte og som er forårsaket av kirurgi. Han viste utregningsmodeller for risiko for død. Det må gjøres en standardisering av hva som måles, når det måles osv. Dette kan igjen settes i et internasjonalt register som kan brukes til kvalitetsforbedring i fremtiden.

### **Accelerating Recovery and Improving Outcome**

**Accelerating recovery through improved pain management**, ved Johan Ræder, Ullevål sykehus.

Ved operative inngrep som avstedkommer store postoperative smerter, er det påvist at utvikling av kroniske smerter kan bli resultatet. Det er derfor viktig at man sørger for god smertebehandling i alle ledd.

Etter for eksempel thoracotomi hvor epidural var satt, viste studier at 11 % fortsatt hadde smerter etter 3 mnd, etter 6 mnd hadde 12 % smerter. Der hvor ingen epidural var satt, utviklet 47 % av pasientene kroniske smerter. Noen studier indikerer at det er en sammen-

**Nr. 1 – 2006**

**Side 19**



heng mellom intensitet av smerte postoperativ og smerte etter 1 år.

Etter colonkirurgi var det forsøkt å sette epidural opp mot smertepumpe med opioider. Resultatene etter 6 og 12 mnd var langt bedre der epidural var satt enn med morfinpumpe.

Kvalmeinsidensen var også klart bedre i epiduralgruppen. Tidlig smerte behandling – før kirurgisk stimulus; preemptiv effekt er ikke vist; er det dårlige studier? Har man gitt medikamenter som ikke varer lenge nok? Gir man medikamenter preoperativt som varer lenge, ser det ut til at det kanskje kan virke. Preemptiv epidural har effekt.

#### **Andre forslag:**

Rofecoxib gitt preoperativt har klart best effekt, og bedre enn hvis det gis under operasjonen før smerte oppstår.

Ketorolac satt opp mot petidin gav også raskere rehabilitering og mindre kvalme.

Ibux satt opp mot Paralgin forte – Ibux best ut.

Inguinalblokk vs generell

anestesi – der hvor blokkade var satt, fungerte pasientene bedre og var langt mer tilfreds. De kom bedre ut smertemessig, lenge etter at blokket var ute.

Bethametasone 8 mg – effekt fra 24 timer til 2. og 3. dag. Dexamethasone 16 mg pluss paracetamol og rofecoxib som smertestillende under operasjonene.

Paracetamol 2g til pas.>60 kg. <60 kg: 1.5g.

Diclofenac 100mg eller celecoxib 400mg.

Alternativt iv: perfalgan 1g og ketorolac 30 mg

Postoperativt fentanyl og ny dose ketorolac.

#### **Fast Track Recovery – Ian Smith, UK**

Fast track vil si at man hopper over recovery-avdelingen etter operasjonen og går direkte til post etter oppvåkning. Bruk av recovery øker byråkratiet og fordyrer behandlingen. Triks for å lykkes med dette er å gi så

skreddersydde anestasier som mulig (bruk av BIS). Tidlig oppvåkning en fordel, man må for eksempel beregne anestasiens avslutning tidlig, slik at pasienten våkner allerede mens bandasjering pågår. Forenkling er et nøkkelord. Ved surstoffmetning over 92-94 er det ikke nødvendig å gi surstoff postoperativt. God smerte- og kvalme-profylakse er en forutsetning. Pasienten må instrueres om at tablettene skal tas uansett smerter i øyeblikket. Han påpekte i tillegg hvor viktig det er at man gjør ting fordi det er påkrevet – ikke fordi det er rutine. Tilpass behovene. Som sparetiltak er dette verdiløst så sant ikke personell reduseres samtidig. Det ble som kommentar fra salen påpekt at ettersom også dagkirurgiske pasienter blir tyngre med stadig større inngrep, vil det likevel være behov for recoveryplasser.

### **Dagkirurgi til pasienter med hjerte-kar sykdommer eller luftveislidelser**

#### **Referat fra forelesninger i Ørebro (+ litt til) v/ Johan Ræder, UUS**

Tradisjonelt har lidelser i åndedretts- eller sirkulasjonsorganene vært det som oftest skaper begrensninger og problemer i forbindelse med kirurgi og anestesi. Dette er livsviktige organer som utsettes for økte påkjenninger i det perioperative forløp, der selv

kortvarig bortfall eller svikt kan ha fatale konsekvenser. Innen dagkirurgien er det slik at vi jobber elektivt, dvs vi har anledning til å utsette, forbehandle, stryke eller henvise til inneliggende behandling pasienter med skrøpelig generell helse. Dette betyr også et fallhøyden er stor. Hvis noe går galt, kan vi ikke dekke oss bak at ”det

hastet og vi måtte gjøre noe” eller ”vi var nødt til å sende pasienten hjem”. Selv om disse momentene tilsier en forsiktig og kanskje litt defensiv holdning til pasienter med redusert generell helse, er det også slik at henvisning til innleggelse ofte innebærer lengre ventetid for pasienten, økte kostnader for samfunnet og ikke

nødvendigvis bedre sikkerhet eller kvalitet. Det er derfor viktig å gå for en saklig og dokumentert holdning til pasienter med redusert generell helse; når bør vi si: nei / ja / ja med forbehold / tiltak, vent?

### Hypertoni:

Det ideelle blodtrykket hos voksne er 120/80 eller lavere, mens behandlings mål ofte settes til 140/90. Det er viktig at blodtrykket registreres riktig (mansjett bredde! evt. begge armer) og i en rolig situasjon. Prehospitalt målinger hos egen lege er ofte lavere og riktigere enn de vi måler ved ankomst til poliklinikk eller dagkirurgisk enhet. Mens forhøyet blodtrykk helt klart innebærer risiko over måneder og år, er det ikke vist at moderat forhøyet trykk innebærer noen fare i det perioperative forløp. Blodtrykk under 180/110 innebærer liten risiko, mens blodtrykk videre opp mot 210/120 innebærer økt risiko for arytmi og kardiell hypoksi, uten at pasienten normalt skal strykes. Ved blodtrykk over 210/120 anbefales det å utsette inngrepet og behandle pasienten først. For selve gjennomføringen av inngrepet er det ønskelig å minimere svingningene i blodtrykk, samt unngå kombinasjonen av lavt blodtrykk og lav flow (mens lavt blodtrykk og god flow tåles forbausende

godt). Pasientene skal ha sine preoperative blodtrykksmedisiner, spesielt viktig er å unngå seponering av betablokker. Enkelte vil velge å sløyfe ACE-hemmere fordi disse ofte gir lavt blodtrykk sammen med anestesi.

### Angina pectoris og hjerteinfarkt:

Mens man tidligere skulle vente minst 6 mnd etter et infarkt før elektiv kirurgi, er denne grensen nå endret til ca 2 mnd. Rent medisinsk kan man ved ukomplisert infarkt redusere dette til 5-6 uker uten redusert risiko ved å vente ytterligere. Ved angina pectoris eller infarkt for mer enn 2 mnd siden er symptomstyrke avgjørende for risiko: brystmerter ved rolig trappegang opp en etasje (eller ved enda mindre anstrengelser / hvile) innebærer høy risiko. Pasientene bør få sine faste medisiner, inkludert diuretika og kolesterol-senkende midler. Ved de aller fleste dagkirurgiske inngrep er blødningsfaren begrenset, slik at det kan vurderes å opprettholde lavdosert acetylsalicylsyre når indikasjonen ellers er god. Pasienter med klopidoogrelbehandling (Plavix) bør få seponert denne en uke før inngrepet, alternativt må man være forberedt på mulig blødningsproblem og evt. ha beredskap for trombocyttransfusjon. Perorale

antidiabetika øker sjansen for infarkt ved peroperativ ischemi; ideelt sett (men ikke alltid gjennomførbart) bør disse seponeres en uke i forveien og pasienten kontrolleres med intensivt diet og evt. insulin. For den perioperative håndtering av pasienter med coronar ischemi er det viktig med god EKG-monitorering (avledning V2), unngå tachycardi (dvs. HR > 90/min), god oksygenering, evt. supplere med betablokker og sjekke CKmb og Troponin ved mistanke. Nyere studier kan også tyde på at inhalasjonsanestesi beskytter hjertet mot ischemiskade (via såkalt "pre-kondisjonering").

### Hjertesvikt:

Alvorlig hjertesvikt foreligger når pasienten ikke klarer mer enn en-to etasjer trappegang uten dyspne. Disse har 50 % mortalitet innen 5 år, og man bør være restriktiv med dagkirurgiske inngrep av større omfang. Preoperativ utredning hos kardiolog, evt. med ekko av hjertet, kan være nyttig. Serum BNP kan brukes, positivt svar taler for hjertesvikt (mange feilkilder), mens negativ prøve entydig taler imot. Røntgen thorax er nyttig for å bedømme hjertestørrelse og evt. stuvning. Optimal behandling med ACE-hemmere eller betablokker er viktig.

## Forkjølelse / luftveisinfeksjon:

Vanlig virusforkjølelse uten tydelige almenntegn (feber, slapphet, dårlig matlyst) er ingen sterk kontraindikasjon mot anestesi og kirurgi, men det kan være mer behagelig for pasientene å vente til de er friske. Ved bakterieinfeksjon (positiv CRP, evt. forhøyde leukocytter) så er risiko for luftveisspasme, atelektase og pneumoni øket slik at inngrep bør utsettes, helst minst 2-4 uker avhengig av infeksjonens alvor.

## KOLS (kronisk obstruktiv luftveis sykdom):

Dette er oftest røykere eller tidligere røykere som har langsomt progredierende luftveisobstruksjon over tid. Diagnostisk er redusert evne til å puste ut stort volum på 1 sekund (FEV1). Klarer man mer enn 2,3 liter er funksjonen grei, kommer man under 1,5 liter klarer man så vidt å gå rolig og har stor risiko postoperativt ved invasiv kirurgi i buk eller thorax. Lav pO<sub>2</sub> i hvile på romluft (<92 %) er et annet tegn på KOLS. Blodgass og spirometri er nyttige preoperative undersøkelser, rtg. thorax gir vanligvis lite. Pasienter med pågående bakterieinfeksjon (positiv CRP) bør behandles og utsettes. Det

ideelle for luftveiene er om pasientene kan slutte å røyke 6-8 uker før kirurgi, uansett bør de avstå fra røyk minst 12 timer preoperativt for optimal oksygen-transport med hemoglobin. Med unntak av supra-claviculær eller interscalen plexus (som gir delvis diafragma-parese) er regional- og lokalanestesi å foretrekke. For generell anestesi er propofol å anbefale, det gir mindre følsomme slimhinner (larynxmaske) og ingen nedre luftveisobstruksjon, kfr. barbiturater.

## Astma:

I motsetning til KOLS kjennetegnes astma av et syklisk forløp. I gode perioder eller med god behandling er det lite ekstra risiko med kirurgi eller anestesi. Det er viktig at pasientene får sin vanlige spray og behandling preoperativt, et multimodalt sprayregime er best, men ikke alltid nødvendig: betastimulantia, anti-kolinergika, steroid, leukotrienhemmer. Ved mer alvorlig astma kan man også vurdere å supplere med en peri-operativ systemisk kortikosteroid kur. Astmabarn tåler stort sett vanlige NSAID godt, mens det hos voksne (spesielt de med nese-polypper) er en del astmatikere med NSAID-allergi. Her kan trolig cox-II-selektive midler vurderes

som alternativ for smerte, ved siden av steroider.

## Søvnapné syndrom:

Pasienter som er velfungerende i det daglige og skal til kirurgi i lokal- eller regionalbedøvelse uten perioperativt opioidbehov, kan vanligvis tas dagkirurgisk uten forbehold. De som har mer enn 20 pustestopp per time ved somnografi og i tillegg enten skal opereres i luftveiene eller har behov for intravenøst opioid postoperativt skal ikke tas dagkirurgisk, men overvåkes med respirasjonsfrekvens (evt. Puls-oksymetri) første postoperative døgn. Det samme gjelder barn under 3 år med søvnapné syndrom, for eksempel på grunn av store tonsiller. Mellom disse ytterpunktene vil det være en skjønnsmessig avgjørelse basert på pasientens helse, type inngrep og type anestesi/smertelindring som er planlagt. De som bruker CPAP hjemme har redusert risiko hvis de bruker denne etter operasjonen. For dem med alvorlige plager kan preoperativ start med CPAP-trening rettferdiggjøre en utsettelse av inngrepet for å få det til som dagkirurgi. En detaljert gjennomgang med praktiske råd er nylig publisert: *Anesthesiology* 2006;104:1081-93

## **Kvalitet og dagkirurgi**

(Ørebro forts)  
Referent Dorte Solnør  
Gulbrandsen, Dagkir.enhet,  
Rikshospitalet.

For å vite eksakt hvilken kvalitet som ytes, må den måles. Uansett hvordan denne målingen utføres, så tar det tid å gjennomføre målingene, sammensette resultatene, og å komme sammen til diskusjon for å gjennomføre forbedringer. Pasientbehandlingen i den kliniske virksomhet bør være evidensbasert.

**Kvalitet, kvalitets-systemer, evidens og metoder som kan benyttes til kvalitetsmåling.** Lena Gunningberg, forsknings og undervisningsleder ved Akademiska Sykehuset i Uppsala.

Hun gikk kort igjennom hva evidensbasert sykepleie handler om og metodene som kan benyttes. Det ble referert til flere forskningsprosjekter og kvalitetsoppfølginger som hadde ført til diverse forbedringer og nye rutiner ved

Akademiska sjukhuset (les referat på nettsiden)

**Kvalitet på Sykehus ved Magnus Berndtzons, Skaraborgs sjukhus.**

Vi fikk en gjennomgang av kvalitetsarbeidet ved sykehuset og metodene som ble benyttet.

- Intervju/pasient undersøkelser, telefonoppfølging, miniKUPP ("kvalitet ur pasientens perspektiv") "vårdhverdagskunnskap". Kvalitetsarbeidet virket både godt planlagt, systematisk og bra gjennomført med bruk av Internett i pasientinformasjonen. De hadde også laget illustrerende informasjonsbrosjyrer "din dagkirurgidag" både til voksne og barn.

Det ble poengtert at mottagelsen er det sentrale i avdelingshverdagen. – en god mottagelse skaper god kvalitet!

På Skaraborgs sjukhus benyttet man jevnlig KUPP ("kvalitet ur pasientens perspektiv") målinger. De hadde et eget data program for dette. (men noen må registrere inn -tidkrevende!)

Han refererte resultater fra en miniKUPP gjort i 2005 på "bemøtandet" eller mottagelsen.

Pasientene satte spesielt pris på og merket seg god stemning i avdelingen, vennlighet, omtanke og glade profesjonelle sykepleiere med effektive rutiner.

*IAAS har nedskrevne kliniske kvalitetsindikatorer* som er et resultat fra flere kliniske studier. Disse viser at pasienttilfredsheten øker dersom man har god postoperativ smertelindring, minimerer PONV/ingen PONV, har god pre-og postoperativ informasjon, hyggelig mottakelse og vennlig miljø.

Utskrivningskriteriene må være gode. Pasienten må ikke skrives ut for tidlig eller for fort.

Telefonoppfølging dagen etter operasjonen bør tilstrebes.

Vi fikk også se Skaraborg sjukhus sitt imponerende operasjonsregistreringsprogram "Fenix" og vi fikk en rask innføring i å gjøre en "miniKUPP" på dagkirurgien.

## **Nytt "Ullevål-seminar" avviklet 1 april 2006**

I regi av Dagkirurgisk avdeling R, UUS  
Seminalet ble avviklet i GlaxoSmithKline sine lokaler i Forskningsparken. Det samlet ca 90 deltagere. Hovedtema var "Den

dagkirurgiske hverdag". Seminalet denne gangen var mer audiovisuelt enn tidligere med små, illustrerende videoinnslag fra avdelingen. Som avslutning hadde sykehusprest Ida

Faye en engasjerende forelesning/ forestilling om dette med å finne inspirasjon, se og bli sett og fargelegging av egen hverdag.

Her følger noen av de øvrige smakebitene:  
Ref. ved G. Pettersen/  
T. Petlund

### **Hva har ”pasienten i sentrum” å gjøre?**

Ved overlege Hans-Olaf Johannessen, gastrokir avd, UUS

Han startet sitt innlegg med en introduksjon til postmodernisme og New public management i vår hverdag. Han forklarte om et paradigmeskifte i et organisasjons vitenskapelig perspektiv.

New Public management er en lite omtalt bakenforliggende retning i offentlig virksomhet og forvaltning i Norge i dag. Der er ingen forskjell på vare- og tjenesteproduksjon. Lojale kunder gir langsiktig profitt. - En moderniseringsbølge i offentlig sektor.

New Public management i Postmodernistisk organisasjonsteori og markedstenkning:

#### **Hovedelementene i NPM:**

Profesjonelt lederskap: klare ansvarlinjer, sentralisert makt.

Klare målsetninger: målbare suksessindikatorer øker effektivitet.

Prestasjonsmålinger og resultatkontroll: individuelle fordeler, incentiv. Delegering av resultatansvar:

Lønne de dugende.

Konkurranseselementer i offentlig sektor:  
Øke standard og redusere kostnader.

Lære av privat sektor:  
Fleksible ansettelser, individuell lønn, PR- teknikker  
Disiplinert ressursbruk:  
kritisk til ressurskrav og fagforeningsaktivitet.

Språket definerer virkeligheten: Tilbake til pasienten i sentrum. Hva har pasienten i sentrum å gjøre? Det ble påpekt at ”kunden i sentrum” er et begrep fra varehandelen. ”Maksimal profitt” oppnås ved kontinuerlig kostnadsreduksjon og kvalitetsforbedring. Er en organisasjon helt innstilt på å tilfredsstille kundens krav?

Gjennom NPM blir pasienten først og fremst et objekt der ”selgerens” fokus er objektiviserende, fordi pasienten ikke ses som et reelt subjekt, men kun som et middel til økt omsetning for bedriften. Men i helsevesenet er det tradisjonelt det fundamentalt motsatte siktemål som gjelder. Den objektiviserende og rasjonaliserende medisinskteoretiske kunnskap er her kun et middel for bedre å kunne møte og ha omsorg for det individuelle subjekt.

***Endometriose – fra bagatell til alvorlig lidelse, ved overlege Anton Langebrekke,***

### ***Gynekologisk avdeling, UUS.***

Langebrekke startet med å definere endometriose som tilstedeværelse av endometrievev utenfor uterinhulen.

Den regnes som den moderne kvinnesykdom – en av årsakene kan være at kvinner har for mange menstruasjoner. Det anbefales å bruke p-piller som hindrer menstruasjon. 90 % av dysmenorrhea lar seg behandle med P – piller. Disse gis i tidlig alder ved problemer. Flere immunologiske faktorer som årsak.

Symptomer på dypt infiltrerende endometriose er: Dysmennorrhea, samleiesmerter, tarmkramper, stenosesymptomer, urinveissymptomer uten bakteriell årsak, ubevegelig cervix.

En undersøkelse på 24 pasienter viste at symptomene ble markant bedre etter kirurgisk behandling. Komplikasjoner ved inngrepet kan være rektovaginale fistler (0-10 %), konvertering til laparotomi (5-14%) og lang operasjonstid.

Alder, fertilitet, grad av smerter og lokalisasjon av endometriosevev må tas i betraktning i forhold til behandling.



Langebrekke konkluderte med at det er mulig å gjøre noe for disse pasientene ved hjelp av laparoskopisk kirurgi.

Behandlingsoppleggene må sentraliseres slik at det blir riktig ekspertise som behandler disse pasientene. Tidligere ufullstendig kirurgi kan komplisere senere kirurgi ved endometriose.

### **Hvorfor elsker vi galler?**

Ullevål var de første som startet med dagkirurgiske galler i 1994. Siden har gallene vært en viktig del av den laparoskopiske virksomheten på avdelingen. Her har man fått en god, sikker rutine og en grei logistikk. De har et konsept som er enkelt og passer bra inn i avdelingen. Derfor liker vi dem også så godt.

### **Laparoskopisk dagkirurgisk cholecystectomi**

ved Erik Trondsen, Overlege ved gastrokir. avd., UUS

Trondsen viste ved hjelp av video hvor utfordrende, spennende og uforutsigbare galleoperasjoner kan være. For å bli operert laparoskopisk dagkirurgisk ved UUS, må du bo innen 30 minutter fra sykehuset, du må ha en voksen person hjemme første natten, og du

må kunne fungere adekvat sosialt og mentalt.

All forberedelse før operasjon foregår med en konsultasjonstime på poliklinikken. Her vurderes om pasienten er egnet for dagkirurgi. Ellers fastsettes operasjonsindikasjon, vurdering av anestesi-problemer, informasjon om forventet forløp/ resultat/ eventuelle komplikasjoner og kontroll av blodprøver. Først når alt dette er klart, gis time til operasjon.

Fra 1994 til 2004 ble det operert 1271 galler. Komplette dagkirurgisk var 84 % og primær utskrivelse var 91,2 %. Av disse ble 6,5 % re-innlagt.

Årsaker til primær innleggelse av gallepasientene var peroperativt erkjente tilstander som gallegangstein, preoperative komplikasjoner, galleblære-empyem, konvertering til laparotomi, atrie-flimmer, cancer, colonfistel og usikker galleveisanatomi.

Det ble poengtert at rutinene for re-innleggelse må være sikre og trygge.

Årsaker til re-innleggelse var gallelekkasje, gallegangstein, infeksjonskomplikasjon, dyp betennelse, pneumoni, sårinfeksjon, sårhematom og generelle symptomer.

0,8 % alvorlige komplikasjoner som gallegangsskade, gallelekkasje og intraabdominal abscess.

Pasienttilfredsheten:

Av 173 galleopererte var 98 % fornøyd, 1 % middels og 1 % misfornøyd.

Laparoskopiske galleoperasjoner er svært vel-egnet til opplæring av kirurger. 65 % av disse operasjonene utføres av assistentleger med overlege til stede.

Han konkluderte med at laparoskopisk dagkirurgi er trygt. Pasientene får en grundig preoperativ informasjon. Evaluering av ansvarlig kirurg før utskrivelse er viktig. Pasienttilfredsheten er god. Konseptet er fordelaktig for utdanningskandidater, og det er betydelig økonomisk gevinst. Ventelistene blir borte.

**Operasjonssykepleier Marianne Jungersen** delte noen tanker og refleksjoner omkring laparoskopisk cholecystectomi.

Operasjonssykepleierne synes fortsatt etter alle disse årene at galleoperasjoner er spennende og utfordrende. Jo mer man kan om en ting, jo morsommere blir det å perfeksjonere seg videre og dermed finne nye utfordringer. Det tverrfaglige arbeidsmiljø og fordelene ved rutiner og erfaringer

sykepleiere ble også trukket frem. Instrumentene og det medisinsk-tekniske utstyret må være i orden. Men når man er sikker på alt dette, er det pasienten og operasjonens gang som får hovedfokus og oppmerksomheten. Små tips og utfordringer ble delt med salen, og en forsikring om at perfektjoneringen gjør at vi fortsatt elsker galler!

**Anestesisykepleier Helen Littorin Sandbu** presenterte ”skopi-pakken” som blir brukt til galleoperasjonene.

Man benytter seg av TIVA med remifentanil og propofol. Vanligvis brukes ikke muskelrelaksantia ved intubasjon og gjennomføring av operasjonene, men det gis på indikasjon. Som smerte/kvalme-profylakse får de peroperativt:

Fortecortin (dexamethason) 8 mg, Dridol (droperidol) 1,25mg, Perfalgan (paracetamol) 1g, Zofran 4mg (ondansetron), Fentanyl 50 – 100 micrg.

Som kommentar fra salen (Sandefjord) ble det opplyst at de ved galleoperasjoner hadde sluttet å legge ned ventrikkelsonde. Derfor kunne de nå gi disse medikamentene per os før operasjonen og spare kostnader.

**Post operativ sykepleier Ellen Borge**

For postoperativ har disse

pasientene vist seg å være forutsigbare pasienter. De er på forhånd godt informert og undersøkt når de ankommer avdelingen operasjonsdagen. De drikker med en gang, spiser innen 2 timer og reiser hjem etter 3-4 timer (tidligst 2,5 timer.) De er lite plaget med smerter og kvalme. De får fentanyl iv ved behov etter operasjonen. evt. Oksykodon tbl og opptil 3 l væske iv.

De har fått resept og kjøpt smertestillende på forhånd. Kanskje er sykepleierne litt mer skjerpet disse dagene, og flinkere til å skape ro enn ellers?

Det er alltid en balansegang mellom å la pasienten hvile, samtidig som de må dyttes litt eller mye for å komme videre på veien mot utskrivelse.

### ***Må ammende velge mellom morsmelk og smertelindring?***

*Ved overlege*

*Siv Høymork, anestesivdeling, UUS*

Hun stilte og belyste en del sentrale spørsmål i forhold til denne problemstillingen:

1. Går medikamenter over i morsmelk, og i så fall i hvor store mengder?
2. Er medisinen til stede når barnet dier?
3. Tas medisin opp fra barnets tarm, og i så fall i hvor store mengder?
4. Er medikamentet

skadelig for barnet?  
5. Evner barnet å omsette legemiddelet?

Medikamenter passerer fra plasma til melk vesentlig ved passiv diffusjon.

Hvor mye som går over vil avhenge av bl.a. mors serum, grad av proteinbinding, legemidlets surhetsgrad, fettløseligheten og molekylstørrelsen.

Diffusjon er en likevektsreaksjon, slik at når mors plasmanivå synker, diffunderer legemidlet tilbake fra melken og konsentrasjonen der synker.

Medikamenter som ikke tas opp ved peroral tilførsel, vil heller ikke tas opp hos barnet når det tilføres via morsmelk. Medikamenter med lav biotilgjengelighet ved peroral tilførsel fordi det har utstrakt grad av førstepassasjemetabolisme, er f. eks morfin. Det må doseres langt høyere ved peroralt enn parenteralt inntak.

Hun viste ved utregninger hvor utrolig lite fentanyl som faktisk går over i barnets tarm.

Allergiske reaksjoner kan forekomme hos barn som blir tilført medikamentet via morsmelk.

Et medikament som ofte skaper diskusjon og usikkerhet ved postoperativ smertebehandling hos ammende, er Ketorolac.

NSAIDs er syrer og har derfor en minimal overgang til morsmelk. Ketorolac angis å være det midlet som har lavest overgang.

Høymorks oppsummering var klar. Vanlige medikamenter, brukt til perioperativ smertebehandling, tilføres barnet i så liten grad ved diegiving at det ikke er grunnlag for å gjøre noen spesielle restriksjoner om barnet er friskt og har nådd terminalder.

Mor kan – men må ikke (husk noen vil ha hvile fra ammepresset!) – amme så fort hun kjenner seg kjekk nok til det.

*Dette foredraget vil i sin helhet bli referert i neste utgave av NAF forum.*

### **Pre- og post operative utfordringer i hverdagen**

*Med noen tips inkludert av postoperativ sykepleier Ellen Borge*

Hun skisserte en postoperativ sykepleiers mange-sidige rolle. Det er viktig å få etablert et godt forhold til pasienten fra mottak til pasienten reiser hjem. Tidlig aner man hvordan dagen blir og hvor ”kruttet” må settes inn. I møtet med pasienten dukker det stadig opp forhold som ikke var notert i journalen, men det kan være opplysninger som sykepleierne må gå videre med og som kanskje kan ha

konsekvenser for programavviklingen. For eksempel alvorlige allergier, panikkangst, migrene, infeksjoner eller annen sykdom.

Pårørende kan heller ikke oversees, og det er kulturelle hensyn å ta. Sykehustøyet er obligatorisk for operasjonspasienter og hijab byttes med operasjonshette.

Ventetiden gjøres så komfortabel som mulig; de må være tilgjengelige, tilby seng, koordinere legesamtale, anestesitilsyn etc. Intravenøs væske bør gis til dem som venter lenge. Sykepleierne må være ”på hugget” til enhver tid. Ta smertene tidlig! Bruken av Oxycontin og Oxynorm har økt. Varmeflasker til skjelvende pasienter som fryser. Seng anses ikke som luksus! Pasientene får mat på sengen før de står opp mens de er på ”en god bølge”.

En postoperativ sykepleiers viktigste egenskaper: Ha øyne i nakken, ekstra armer og bein, bruke alle sanser, være kreativ, ha godt humør, utholdenhet og å kunne svare på det meste!

### **Logistikk**

Ved avdelingsleder Gunn Goksøy

Hun presenterte sukseskriterier i en dagkirurgisk virksomhet slik:

Egne lokaler som er geografisk samlet og godt arkitektonisk utformet, ikke for stor avdeling, fast

personale og én leder for hele personalgruppen, dvs. flat struktur, med utstrakt delegering. Fleksibelt personale og mulighet for fagutvikling.

Dagkirurgisk avdeling produserte totalt 1393 operasjoner på 2 opr.stuer i 2005:

643 laparoscopier, fordelt på gynekologi og gastrokirurgi, og 750 åpne inngrep, slik som brokk, analinngrep, tilbakeleggelse av stomi, varicer, AV-fistler, tannbehandling, øyeopr. etc.

Personalbehov, åpningstid/ arbeidstid og rombehov for en avdeling med 2 operasjonstuer med 5 – 12 operasjoner pr. dag ble presentert.

Kritiske faktorer kan være: Dårlig forberedt/informert pasient, operasjonsprogrammet, opplæring/ undervisning, anestesilege, operatører, manglende/upresist fremmøte(pasient, personale), transportproblemer, rengjøring og IT.

Videre utfordringer:

Stadig større inngrep – hvor går grensen?

Ren dagkirurgi eller dagkirurgi – hotell eller også dagkirurgi – post – hotell? Få til god logistikk som gir god pasientbehandling og god ressursutnyttelse

Alt henger sammen med alt.

## ***Må vi ta hensyn til andre etniske minoriteter?***

*Ved spesialrådgiver Anita Walsøe, UUS.*

Hun minnet om at alle mennesker bosatt i Norge skal tilbys likeverdige helsetjenester, uavhengig av bl.a. etnisk, kulturell eller religiøs tilhørighet.

I følge pasientrettighetsloven skal alle ha lik tilgang på helsetjenester av god kvalitet, dvs. at hjelpen er like tilgjengelig, forståelig og meningsfull til tross for ulike forutsetninger og forståelse. Hun påpekte at når minoritetsgrupper blir syke, mister noen språket. Utfordringen er å se det allmenmenneskelige og kjente, før en begynner å fokusere på det som er ukjent og forskjellig.

Behovene kan være like, selv om uttrykksformene er ulike. Formidling av et budskap kan være en balansekunst. Vi kan bli så redde for å være støtende og tydelige at vi blir utydelige. Ved kommunikasjon i et flerkulturelt møte på sykehuset, må man tenke fag, være tydelig og ikke henge seg opp i kultur. Det må settes de samme krav og grenser til disse pasientene og deres pårørende som vi gjør til dem som er etnisk norske. Barn må vernes. De skal ikke tolke for sine foreldre.

## ***MusiCure - Økt velvære med musikk***

*Ved operasjonssykepleier Marianne Jungersen,*

Musicure er ”genreløs” musikk iblandet naturlyder. Den er spesielt laget for å virke fysisk avslappende, avstressende og beroligende. Den skal kunne favne alle uansett alder, kjønn eller musikksmak. Den danske forskningsorganisasjonen Musica Humana har dokumentert positiv virkning av dette.

Dagkirurgisk avdeling har ved hjelp av Musica Humana deltatt i en nordisk studie om dette. 150 dagkirurgiske pasienter - 50 fra Ålborg, 50 fra Malmø og 50 fra Norge skulle sammenlignes.

Formålet med prosjektet var å påvise en sammenheng mellom pasientenes velbefinnende og deres opplevelse av lydnivået i oppvåkningsavsnittet. Dessuten ville man se om bruk av lyd dosert via audiopute hadde samme positive effekt på pasienten som dosert fra høyttaler i taket. Konklusjonen av denne undersøkelsen viste at 75 % av pasientene foretrekker designet lyd- og musikkmiljø. Antallet av meget velbefinnende pasienter økte med 133 % ved å tilby dem en audiopute.

Da resultatene forelå, startet avdelingen et nytt prosjekt hvor audioputen blir tilbudt inne på operasjonstua til pasienter som opereres i lokal anestesi og/eller med sedasjon. Denne undersøkelsen pågår enda.

## ***Elektronisk pasientjournal***

*ved po-spl. Orvokki Mikkelsen og operasjonsspl Katrina Hjermann*

I følge norske helselover er alle sykepleiere pålagt å dokumentere utført sykepleie for å sikre kvalitet og kontinuitet i pasientbehandlingen.

Ullevål bruker VIPS modellen, en svensk forskningsbasert modell for sykepleiedokumentasjon.

Etter at alle sykepleierne på postoperativ hadde vært på Doculive kurs, ble innnotat mal utarbeidet og lagt inn på data. Når man var kommet godt i gang med bruken av dette, ble mal for utnotat utarbeidet og tatt i bruk. Malene er korte og raske å fylle ut på en travel hverdag.

Operasjonssykepleierne startet med å dokumentere elektronisk høsten 2005. I forkant av oppstart var det utarbeidet skriftlige, godkjente, operasjonssykepleieprosedyrer. Alle hadde gjennomført Doculive kurs. De gikk så sammen om å utarbeide dokumentasjonsmal med utgangspunkt i det

tidligere rapportskjemaet. Rapporten til operasjons-sykepleierne er også VIPS-basert. På tross av en del tekniske problemer og små, trange operasjonsstuer, gikk oppstarten greit. Anestesiavdelingen på UUS har foreløpig ikke startet med elektronisk dokumentasjon av anestesikurvene.

### **Pasienttilfredshet og infeksjonsregistrering**

ved Reidun Lie Larsen, opr.spl.

Dagkirurgen har fra høsten 2005 hatt en pågående undersøkelse om pasienttilfredshet og infeksjonsregistrering seks uker etter inngrepet.

Formålet er å bli bevisst kvaliteten på arbeidet som utføres og å innføre tiltak i forhold til disse.

Registrering av data krever ressurser. Etter å ha forsøkt flere varianter, har man nå oppnådd en svarprosent på 75 % ved bruk av følgende metode: Pasienten innføres om undersøkelsen

operasjonsdagen. Etter fem uker får de tilsendt et skjema som skal besvares den sjette uken.

Utformingen av et greit, enkelt spørreskjema er viktig.

Resultatene så langt viser at et langt overveldende flertall er svært godt fornøyd, både med behandling, opphold og informasjon. 3,1 % hadde fått en infeksjon og 24 % mente de fikk for kort sykemelding.

### **RAPPORT FRA GENERALFORSAMLINGEN I IAAS Budapest, 22. april 2006v. ref. Jørgen Nordentoft**

IAAS (International Association for Ambulatory Surgery) er den internasjonale paraplyorganisasjonen som samler de enkelte lands nasjonale foreninger med fokus på dagkirurgi. NORDAF er det norske medlemmet, og vi er fullverdige medlemmer av organisasjonen. Øvrige medlemmer er: Spania, Portugal, Frankrike, Australia, Belgia, England, Tyskland, Sverige, Danmark, USA, Nederland, Italia, Polen, Hong Kong, Romania og Ungarn (de to siste er nye assosierte medlemmer).

Styremedlem Inge Glambek og undertegnede representerte Norge ved generalforsamlingen.

Jeg skal kort oppsummere enkelte av punktene fra den daglange generalforsamlingen.

Man arbeider med å utvikle foreningens nettside:

<http://www.iaas-med.org>

bl.a. med linker til interessante nettsider.

IAAS utgir tidsskriftet: **'Ambulatory Surgery'** som har slitt med dårlig økonomi og få innsendte artikler de siste årene. Norge unnlot å stemme i spørsmålet om nedleggelse/mulighet for rekonstruksjon - herunder bytte av forlag. Det ble vedtatt å forsøke å opprettholde utgivelsen.

Et av de mest givende programpunktene er rapportering fra de enkelte land om status for dagkirurgien.

Frankrikes innlegg var preget av stor pessimisme i forhold til så vel dagens situasjon som et framtidig mål om 70 % dagkirurgi (elektivt). Det mangler ressurser, både senger (800?) og personale: 8000 anestesileger og 5000 kirurger(?!).

USA kunne fortelle om endringer i MediCare-systemet fra 2008, som skal gi bedre kontroll med systemets utgifter. Man forutser oppkjøp av mindre forsikringsselskaper i et system med mer og mer 'kontor-kirurgi' (office-based surgery), intensivt bruk av 'våken' sedasjon og mangel på personale.

Nederland har med sitt 'sykekasse-system' 99 % av befolkningen i graderte



forsikringsordninger. Man antar at all forsikring vil være privat i 2006. Det innføres DRG system uten insentiv for dagkirurgi. Nederland har ca. 52 % dagkirurgi.

**Australia** har et system der 1,25 % av alle inntekter går til et medicare-system. De fleste har privatforsikringer: Ca. 1700 Euro/år for familier, det halve for enkeltpersoner. Lengre ventelister i det offentlige har medført økt privat aktivitet. Det skal være 700 offentlige sykehus, og 300 private. Staten støtter aktivt det private initiativ. Dagkirurgisk aktivitet utgjør 55-65 %.

**Tyskland** har mest dagkirurgi i privat regi (90 % av all dagkirurgi). DRG-systemet dekker ikke omkostningene. Man forutser et nytt system i landet - det nåværende er angivelig 'bankerott'. En antar at det skal etableres et offentlig forsikringssystem med mulighet for privat tilleggsforsikring. En angir 37 % dagkirurgi. Medisinsk management er mer og mer i fokus.

**Belgia og Portugal** fortalte om manglende insentivsystemer for dagkirurgi.

**Polen** forventes å videreutvikle offentlig, obligatorisk helseforsikring med private suppleringsforsikringer. Utviklingen går mot færre sykehus, færre senger og mer privat helse.

I **Sverige** derimot er det få private klinikker og offentlig behandlingsgaranti på tre måneder. Her er ca. 60 % dagkirurgi. Svenskene har et mål om å være best i Europa i 2010 innenfor dagkirurgi.

**Italia** har 9000 dagkirurgiske senger og en frekvens av dagkirurgi mellom 18 og 42 % med uttalte regionale forskjeller.

**Ungarn** har hatt en stigning i dagkirurgi fra 5 til 15 % mellom 2001 og 2004.

**IAAS** har satt i gang et prosjekt i regi av det italienske formannskapet, som skal forsøke å gi organisasjonen politisk innflytelse på EU-nivå.

I IAAS-regi er det nettopp utkommet en slags kanonisert manual for dagkirurgi: '**Day Surgery – Development and Practice**'. Norsk bidragsyter er, ikke helt ufortjent, Prof. Johan Ræder, som omtaler anestesilogiske metoder. Det er tanken at

denne boken på engelsk skal kunne kjøpes billig via NORDAF.

Neste formann for organisasjonen er dansk, og i motsetning til den nåværende, engelsktalende. Neste kongress i 2007 finner sted (hovedsakelig på engelsk!) i Amsterdam, i 2009 i Australia og i 2011 i København.

Vi to delegatene fra Norge hadde **to viktige oppgaver med fra vårt hjemlige NORDAF:**

For det første forsøke å overbevise alle andre om at kongresser i en internasjonal organisasjon på dette ambisjonsnivå må ha forhandlinger/fordrag på **engelsk**. Vi har vel en fornemmelse av at vår strategi med uoffisielle tiltak i så henseende lyktes ganske godt.

For det andre er det fra norsk side et uttalt ønske om å utvide og videreutvikle det nordiske samarbeidet på feltet.

På vårt initiativ ble det nedsatt en nordisk 'arbeidsgruppe' som skal arbeide fram mot en **fellesnordisk kongress** de årene det ikke arrangeres internasjonale møter, senest i år 2008, samt styrke det nordiske samarbeidet på området.

## IAAS internasjonale sesjon i forbindelse med Ungarns nasjonale møte – i Hungarian Association for Ambulatory Surgery

### ved Inge Glambek

I forbindelse med generalforsamlingen i IAAS i Budapest 22. april, ble det holdt en internasjonal sesjon i regi av IAAS, som en del av Ungarns nasjonale dagkirurgiske kongress. Mye var kjent stoff for oss, men åpenbart av nytteverdi for andre nasjonaliteter – som vertslandet Ungarn for eksempel. Hovedpoengene slik jeg oppfattet dem, følger i kortversjon:

1) **C. Castoro (Italia)** representerte egentlig det nye presidentskapet i IAAS og la frem *foreningens målsetning*. Det er tydelig at de politiske ambisjonene er skjerpet nå, og forskjellene i tradisjoner mellom kontinentet og oss kom tydelig frem. IAAS legger opp til et tettere samarbeid med EU og WHO samt flere enkeltland – deriblant Norge – og universiteter. Tanken er å overbevise politikere om dagkirurgiens fortreffelighet, utvikle demonstrasjonsavdelinger med dagkirurgi etter benchmarking-prinsipp, samt avholde internasjonale kurs i dagkirurgi. Forelesningen antydte meget ambisiøse mål, kan man vel si.

2) **Dick de Jong (Nederland)** foreleste om *dagkirurgi i Nederland*, som fortsatt er en liten del av kirurgien. Utviklingen startet der etter en kraftig reduksjon i antallet sykehussenger i perioden 1985-95. "Dutch Association for Ambulatory surgery" ble stiftet i 1994. Det er store regionale forskjeller i andelen dagkirurgi, de små inngrepene trekker opp. Men for eksempel gjøres bare 2 % av laparoskopiske galler som dagkirurgi, og bare 30 % av lyskebrokk. Problemet er finansieringen som ikke stimulerer til dagkirurgi. Bare 25 % er i praksis inn-satsstyrt og 75 % av finansieringen er fiksert. Ca 10 % av prosedyrene er DRG-finansiert. Det er fortsatt også en del motstand hos kirurgene mot dagkirurgi.

3) **P Jarret (England)** foreleste om *utfordringer i dagkirurgien*. Han tok utgangspunkt i de store forskjellene som fortsatt finnes: 80 % av alle brokk i USA opereres dagkirurgisk, mens tallene i Europa varierer: Danmark 70 %, Norge og Sverige 60 %, Nederland 30 % og Skottland 10 %. Til tross for ny utvikling innen kirurgi (laser, laparoskopi, angioplastikk) og anestesi

(bedre lokalanestesi, nye stoffer til intravenøs anestesi) kjemper man fortsatt mot gammeldagse holdninger hos mange kirurger. Mange land har få fasiliteter for dagkirurgi, Spania ble nevnt som eksempel. Og finansierings-systemet stimulerer mange steder, for eksempel Tyskland og Nederland, ikke til dagkirurgisk produksjon.

4) **L Roberts (Australia)** holdt samme forelesningen som i Sevilla i fjor, om *strukturen i en dagkirurgisk enhet*. Hans hovedpoenger er å plassere og dimensjonere avdelingen etter behov, og å føre pasientene en vei gjennom systemet – aldri tilbake – inn i en ende og ut i en annen. Han predikerer også for frittstående dagkirurgiske sentra som i det australske systemet er mye billigere enn enheter knyttet til et større sykehus.

5) **Kathy Bryant** (president i FASA- Federated Ambulatory Surgery Association) la frem *status for privat dagkirurgi i USA* der nå 80 % av all kirurgi gjøres som dagkirurgi. Her brukes tall imidlertid litt annerledes enn hos oss – småkirurgi og endoskopier teller for eksempel med, og

da blir jo prosentdelen større. Det er ca 4500 frittstående Ambulatory Surgery Centers (ASC) i USA, vanligvis helt eller delvis eiet av leger, supplert av private investorer. Disse sentrene gjør mer enn 14 mill. prosedyrer hvorav 5 mill. prosedyrer for Medicare – dette er 20 % av all dagkirurgi i USA. De største gruppene er katarakt

og endoskopier, og mange spesialiteter er representert.

6) **P Vercruyse (Belgia)** gikk gjennom *ulike anestesiformer i dagkirurgi*, og snakket om lokalanestesi, generell anestesi og smertekontroll. Av og til er det godt å se at vi gjør alt helt riktig her hjemme.

7) **P Baskerville (England)** snakket om den ”*kliniske løypen*”-om viktigheten av å dele pasientflyten opp i etapper og så analysere hver etappe for seg. Sette opp mål og kvalitetskriterier for hvert steg – henvisning, preoperativ vurdering, operasjon, postoperativ overvåking og utskrivelse. En ganske tysk forelesning fra en engelskmann.

## Reklame





**8) P Lemos (Portugal)**

snakket om *pasientresultater* – medisinske, sosiale og økonomiske. Han presiserte viktigheten av å dokumentere og registrere resultater i alle disse tre delene for seg. Det er nå dokumentert at den viktigste indikatoren for smerte 24 timer etter kirurgi, er smerter umiddelbart etter kirurgi. Dette har vært mitt inntrykk også – og konsekvensen er jo å bruke mye og god lokalanestesi – men det er godt å få tall for det. Og det var vel Lemos` hovedpoeng.

**9) G Parmentier**

(Frankrike) holdt en *filosofisk forelesning* jeg hadde stor sans for, om det å finne på nye ting (inventing) og det å endre ting (innovating). Dagkirurgien var eksempel – mange steder kjemper jo den mot både holdninger og frykt for det nye og ukjente. Han mente det er tre faser i denne prosessen: Først en negasjonsfase der man protesterer mot det nye uten å vite helt hva man protesterer mot. Så kommer ”motefasen” der entusiastene har klart å etablere en prosess som holdes oppe av at det er nytt og

spennende. Til sist kommer utviklingsfasen der prosedyren er etablert og ikke så spennende lenger – hverdagen er kommet og dette er den langvarige fasen der prosedyren virkelig skal bevise sin berettigelse. Alle disse tre fasene må håndteres hver for seg som en ”bevisst incentivpolitikk”.

Alt i alt ga denne dagen en god systematisert gjennomgang av dagkirurgiens ulike sider. Mye har vi allerede vært bevisst på lenge her hjemme. Men det er jo alltid noen nye poenger å plukke.

**Kommende dagkirurgiske møter:****Nordafs vintermøte 12. og 13. januar 2007**

Neste svenske dagkirurgiske møte blir i Gøteborg 26.- 27. april 2007 ”Ro i land, kirurgi på løpende bånd”. Om dagkirurgi og sikkerhet. Hjemmesiden, [www.dagkir.nu](http://www.dagkir.nu) vil gi nærmere informasjon om programmet.

**I.A.A.S- 7.th.International Congress, Amsterdam 15.-18 april 2007  
Melbourne 2009 og København 2011. [www.iaascongress2007.org](http://www.iaascongress2007.org)**

**Vil du bli medlem i NORDAF?**

Klikk deg inn på vår hjemmeside [www.nordaf.no](http://www.nordaf.no) Du kan også ringe eller send en mail til KS Conference@Incentive. Tlf.66 90 40 23 Medlemskapet koster kr 100,- pr. år, og det vil da gi deg fortrinnsrett til kurs, stipendier etc. Du vil også få tilsendt dette nyhetsbrevet et

par ganger i året  
**Søknadsfrist for å søke stipend er 20. august 2006 og 10. januar 2007**  
Vi fortsetter utdelingen av tre stipendier à kr 5000,- to ganger i året. Dette er ment å være et bidrag til en studietur, et aktuelt dagkirurgisk møte i inn- eller utland eller andre kreative formål som kan bidra

til økt kunnskap om dagkirurgi.  
Forutsetningen for å få stipendiet, er at du er medlem av NORDAF, og at du sender en liten rapport til nyhetsbrevet etterpå. Stipendiet er personlig og kan ikke overdras til andre. Hvis noen likevel ikke skulle benytte seg av tilbudet, går pengene tilbake til foreningen.

**Frie foredrag**

Langtidsplanleggerne har nå muligheten til å forberede sitt bidrag med frie foredrag til neste vintermøte. Alle saker, både små og store, som kan være aktuelle for det dagkirurgiske liv, er av interesse. Innslagene bør være av ca 10-12 minutters varighet. Dette honoreres med kr 1000,- Har du tanker om dette, start forberedelsene i tide og send en mail til

johan.rader@medisin.uio.no ,  
eller ta en telefon 92249669  
før neste møte.

**Stoff til Nyhetsbrevet innen 5. oktober 2006**

Vi kunne så gjerne tenkt oss mer innsendt stoff til nyhetsbrevet som kan være av interesse for det dagkirurgiske miljøet. Det kan dreie seg om en fagartikkel, en anbefaling av en lest artikkel eller bok, et

debattinnlegg eller andre kreative innslag. Innlegg av et visst omfang vil bli honorert med kroner 1000,- så her er det muligheter for rikdom!

Stoff til nyhetsbrevet kan sendes til Unni Naalsund [unn-naal@online.no](mailto:unn-naal@online.no) tlf.22119908 el. 91588808 eller Inge Glambek [inge.glambek@haraldsplass.no](mailto:inge.glambek@haraldsplass.no) tlf. 55978500 eller [johan.rader@medisin.uio.no](mailto:johan.rader@medisin.uio.no) tlf. 22119690.

**Valgkomité**

Det er nå nedsatt en valgkomité som skal forberede neste valg på styremedlemmer.

Dersom noen skulle ha lyst til å sitte i Nordafs styre eller vil foreslå aktuelle kandidater, kan de nå henvende seg til Avd. leder/overspl. Torild Johnsen i Tromsø, Tlf 77 62 71 18 [torild.johnsen@unn.no](mailto:torild.johnsen@unn.no)

eller Eugen Eide, ortopedisk avd. St Olav Hospital HF. Mail [eugen.eide@rit.no](mailto:eugen.eide@rit.no) el Klinikk Stokkan tlf 7386800

**Når ting går galt – kan vi lære noe av det?** Vi vet alle at feil, avvik og hendelser forekommer rundt på sykehusene. Dette kan ha større eller mindre konsekvenser for pasientene. Felles for alle sakene er imidlertid at det kan være mye å lære av historiene. På siste vintermøte hadde vi en tankevekkende og lærerik sesjon hvor nettopp slike saker ble referert. Dette kunne vi tenkt oss mer av. Dersom flere lesere har kjennskap til eller har erfaring fra slike hendelser, ber vi om at dere gjemmer på disse og henvender dere til Johan Ræder før neste møte.

**Redaksjonelt**

Nyhetsbrevet er i ferd med å utvide redaksjonen. Det ligger mye arbeid bak hver utgivelse, og vi styrker nå redaksjonen med en co-redaktør, overlege Inge Glambek, kirurgisk avd, Haraldsplass Diakonale sykehus i Bergen. Meningen er blant annet at han skal bedre det kirurgiske engasjementet i Nyhetsbrevet. [Inge.glambek@haraldsplass.no](mailto:Inge.glambek@haraldsplass.no) Tlf 55 97 85 00.

Til det lokale, redaksjonelle arbeidet har vi også fått med Edda Steen- Hansen, dagkirurgisk avd. R, UUS, [zeeta@c2i.net](mailto:zeeta@c2i.net)

Unni naalsund, dagkir avd. R, UUS fortsetter som redaktør. [unn-naal@online.no](mailto:unn-naal@online.no) Tlf 22 11 99 08

Stoff til Nyhetsbrevet kan også sendes til styreleder Johan Ræder, [johan.rader@medisin.uio.no](mailto:johan.rader@medisin.uio.no)  
Vi tar gjerne imot innspill, gode ideer, ros eller ris..Se for øvrig ”stoff til nyhetsbrevet” i spalten over.

**Reklame til Nyhetsbrevet**

For å finansiere utgivelsen av Nyhetsbrevet, er vi avhengige av reklameinntekter fra firmaer. De firmaene som ønsker økt omsetning med et reklameinnslag i Nyhetsbrevet, kan henvende seg til Dorte Solnor Gulbrandsen, dagkir avd. Rikshospitalet [dorte.solnor.gulbrandsen@rikshospitalet.no](mailto:dorte.solnor.gulbrandsen@rikshospitalet.no) Telefon 23 07 20 56 eller Unni Naalsund [unn-naal@online.no](mailto:unn-naal@online.no)



## Informasjon om 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 og dagbehandling i Norge i faglige, organisatoriske og økonomiske spørsmål. Videre skal det være et rådgivende organ overfor myndighetene og enkeltpersoner/institusjoner, samt være et bindeledd til internasjonalt dagkirurgisk arbeid. Vi arrangerer et årlig vintermøte, utgir nyhetsbrev 2 ganger i året og har ambisjoner om å bli et knutepunkt for arbeidet med å utvikle dagkirurgi videre i Norge. Vi ønsker også å styrke det nordiske samarbeidet.

Nordaf er medlem av International Association of Ambulatory Surgery (I.A.A.S.) som driver internasjonale prosjekter for standardisering, kvalitetsikring og fagutvikling innen dagkirurgi. Ny hjemmeside: [www.iaas-med.com](http://www.iaas-med.com)

I tillegg arrangerer de verdenskongress annet hvert år og utgir tidskriftet "Ambulatory Surgery".

### Nordafs styre:

Styreleder Johan Ræder, Prof. Anestesiavd, Ullevål universitetssykehus HF.

Mail: [johan.rader@medisin.uio.no](mailto:johan.rader@medisin.uio.no) Tlf 22 11 96 90

Kasserer Terje Dybvik, leder for akuttdivisjonen, UUS. HF, Oslo

Mail: [terje.dybvik@ulleva.no](mailto:terje.dybvik@ulleva.no) Tlf 22119690

Eugen Eide, Overlege ortopedisk avdeling, St Olavs Hospital HF, Trondheim

Mail: [Eugen.Eide@rit.no](mailto:Eugen.Eide@rit.no) tlf 73868000 eller Klinikk Stokkan

Inge Glambek, Overlege Kir.avd, Haraldsplass Diakonale sykehus, Bergen.

Mail: [inge.glambek@haraldsplass.no](mailto:inge.glambek@haraldsplass.no) tlf 55978500

Dorte Solnor Gulbrandsen, Daglig leder Dagkirurgisk enhet, Rikshospitalet HF

Mail: [dorte.solnor.gulbrandsen@rikshospitalet.no](mailto:dorte.solnor.gulbrandsen@rikshospitalet.no) tlf 23072056

Toril Johnsen, Avdelingsleder/overspl. Dagkirurgen, Universitetssykehuset Nord Norge

HF Mail: [torild.johnsen@unn.no](mailto:torild.johnsen@unn.no) Tlf 77627418 el. 41290297

Jørgen Nordentoft, overlege anestesi, Volvat sykehus

Mail: [jnordent@online.no](mailto:jnordent@online.no)

Redaktør Unni Naalsund, Anestesisykepleier, Dagkir.Senter, UUS,

Telf 22119908 el mob. 91588808 Mail [unn-naal@online.no](mailto:unn-naal@online.no)

## God Sommer med Nyhetsbrevet!



Reklame....

