

Ble den dagkirurgiske verdenskongressen i Amsterdam 15-18. april like fargerik som tulipanene i full blomstring?



Nei, men så må det også sies at tulipanprakten var voldsom!

Det vil være urettferdig å si at kongressen gikk ”på det jevne grå”. Det var mange

faglige godbiter (- andre òg!) å få med seg selv om de største nyhetene uteble. Det var gjennomgående god kvalitet på foredragene med mange fine innslag om vår

dagkirurgiske hverdag. Flere av deltagerne har bidratt med referater, inntrykk og betraktninger, og dette kan dere lese mer om fra side 7.

Hvorfor er pasienten på sykehus?



Dette er spørsmålet man stadig må stille seg selv under enhver pasients behandlingsforløp. Det var den kjente danske kirurg og

professor, Henrik Kehlet fra Rikshospitalet i København, som presiserte dette i ett av sine foredrag i Amsterdam. I mange år har han drevet pionèrinnsats ved å vise hvordan man ved hjelp av optimal behandling i alle kjedens ledd raskere kan rehabilitere pasienten. Dette er ikke lenger noe nytt innen dagkirurgi, men store deler av denne kongressen viste også hvordan dette er ”pakkeløsninger” som kan brukes og tilpasses alle

pasienter i sykehus. Først da kan liggedøgn reduseres samtidig som pasientene får en raskere og mer smertefri rehabilitering. Mer om dette side 7.

Vintermøtet er NORDAFs viktigste varemerke! Nok engang er det avvirket med godt faglig innhold, stor deltagelse, utstilling, diskusjoner, samtaler, underholdning og fest. Stort fagreferat fra side 30.

Hvordan drives og styres våre ulike dagkirurgiske avdelinger rundt i landet?

Er det en selvstendig enhet eller er den underlagt andre klinikker og i tilfelle hvilken? Dette er noen av spørsmålene vi i NORDAF ønsker å vite mer om. Vi har derfor laget en spørreundersøkelse som vil bli sendt rundt til både private og offentlige avdelinger og foretak. Vi håper at alle slutter opp om denne undersøkelsen som vil bli sendt ut i løpet av høsten.

Innhold:

Leder	s 2
Personalet vår viktigste ressurs	s 3
Studiebesøk på Kongsberg	s 5
Nordaf stipend	s 6
Verdenskongress i Amsterdam	s 7
Brokkirurgi	s 25
Generalforsamling IAAS	s 28
Nordafs vintermøte	s 30
Redaksjonelt	s 39

Leder

Dagkirurgi – unødig luksusmedisin som kan utføres på et hvilket som helst sykehus?



Johan Ræder er styreleder i NORDAF

I den aktuelle debatt møter vi av og til to påstander:

1) Dagkirurgi utføres i altfor stor grad på bekostning av viktigere og mer prioriterte oppgaver.

2) Dagkirurgi er så enkelt at det kan utføres på mindre steder; mens de store, høykompetente sykehusene bør konsentrere seg om annet.

Den første påstanden legger opp til at dagkirurgi er en naturlig salderingspost når ressursene er knappe og midler skal spares. Her skal vi imidlertid huske på at dagkirurgi i dag faktisk utgjør 60 % av alle elektive kirurgiske inngrep i Norge og ca 50% av totalen hvis vi tar med øyeblikkelig hjelp. I dette ligger at moderne dagkirurgi omfatter viktige og

alvorlige helseproblemer i befolkningen som ikke uten videre kan nedprioriteres. Mistanke om brystkreft og gynekologisk kreft blir i stor grad håndtert dagkirurgisk, det samme kan gjelde blødninger i gastro-intestinaltraktus. Svært mange dagkirurgiske tilstander gir store plager, langvarige sykmeldinger og fare for komplikasjoner hvis de ikke blir operert innen rimelig tid; eksempler her kan være gallestenssykdom,

”Å ta bort dagkirurgien fra behandlings-tilbudet, blir som å drive et stort matvaremarked uten å kunne selge melk og brød”

refluks, brokk og det meste av den ortopediske kirurgien. Også innenfor barnekirurgi, ØNH kirurgi og øyekirurgi er dagkirurgi et helt sentralt fundament innefor det terapeutiske tilbud. Da det i pressen (Aftenposten, 22.mai) kritiseres at særlig pasienter med banale lidelser har fått bedre hjelp i den senere tid, så er det viktig å se på tallene. Riktignok venter pasienter uten ventelistegaranti 30 dager kortere i dag enn i år 2000. Når utgangspunktet var 200 dagers venting, er det likevel ingen grunn til å ta frem luksus-karakteristikker; selv om

ventetiden for pasienter med garanti er lang og uendret siste 5 år, 74 dager. Svært mange av garantipasientene er faktisk også dagkirurgi.

Det er ingen tvil om at dagkirurgi ofte egner seg godt for mindre, veldrevne sykehus med stabil stab og god skjerming mot akutt funksjoner. Imidlertid blir det feil å ta bort all dagkirurgi fra de store sykehusene. Disse trenger også et variert og differensiert behandlingstilbud til pasienter som blir henvist, ofte med uklare tilstander hvor man i utgangspunktet ikke vet hvilke type kirurgi og behandlingsnivå som behøves. Å ta bort dagkirurgien fra behandlings-tilbudet, blir som å drive et stort matvaremarked uten å kunne selge melk og brød. De store sykehusene har i tillegg tunge forpliktelser innenfor undervisning og forskning, hvor dagkirurgi med sitt store volum må være med. De store sykehusene sitter også med en bredde i kompetanse som gjør at det er viktig å ha med disse enhetene i utvikling av dagkirurgi videre. Ikke minst når det gjelder å utforske grenser for å ta mer omfattende inngrep og sykere pasienter dagkirurgisk, er det viktig at

dette prøves ut i enheter med tunge og lett tilgjengelige backup funksjoner, i tilfelle noe ikke går som planlagt. Fasit for begge påstandene er altså "ja takk, begge deler", noe som kanskje ikke synes

veldig dristig eller innovativt. Imidlertid bør det vel være slik i verdens rikeste land at vi kan ta oss råd til å prioritere helse på bred front. Når vi møtes med argumenter om at helse tar en økende del av vår

økonomiske kake og at kakestykket som deles ut er større enn i de fleste andre land, så er det kanskje nettopp slik vi vil ha det!

Ullevål, Mai-07
Johan Ræder

"Personalet- vår viktigste ressurs"

ved Unni Naalsund



Redaktør
av nyhets-
brevet.

Da jeg nylig gikk til innkjøp av roser ved et av byens hagesentre, fikk jeg samtidig flere nyttige råd med på veien. Utstyrt med kugjødning til nyplantningen og annen spesialgjødning til de eldre rosene (eldrepolitikk?), forlot jeg stedet full av grisk og blomstrende optimisme om "stor avling". Her skulle det i hvert fall ikke spares på gjødning hvis det kunne lure rosen til hurtig vekst med rik blomstring. Men ikke før var tanken tenkt, før jeg fikk klar beskjed om at etter 10. juli måtte all gjødning opphøre. Fra da av trengte planten hvile, slik at den nødvendige kraft til neste års blomsterflor ikke ble "tynet" ut av den.

"Man kan ikke, etter å ha sanert muligheten for innleggelse, nå forringe kvaliteten på det dagkirurgiske tilbudet"

Tenk om alle ledere hadde tatt disse enkle naturprinsippene i bruk til sin personalpolitikk. God gjødning til riktig tid før gevinsten tas ut over flere år- eller sagt på en annen måte: God lønn, fagutvikling og frodig hverdagsarbeid med ordnet fritid etterpå.

Personalet- vår viktigste ressurs, er en hyggelig setning som går igjen i festtaler og andre anledninger når korpsånden skal styrkes. Ordet ressursutnyttelse er også hyppig brukt i ethvert lederteams vokabular. Heller ikke dette behøver være negativt. Det er klart man må benytte seg av personalets tilpassede kunnskap. Men samtidig synes det også å ha blitt det forløsende ord som svar på alle avdelingens kroniske personalknapphet.

Slår man opp dette ordet i synonymordboka får vi følgende svar:

Ressursperson: Krumtapp, nøkkelperson, viktig- (sentral) person.

Utnytte: Benytte, beskatte, bruke, dra nytte av, gjøre bruk av, nyttiggjøre seg; berike seg på, eksploatere, melke, misbruk, profitere på, slå mynt på, sko seg på, spinne silke på, tappe, trekke vekslers på, utbytte. Vi ser her hvordan ordet *utnytte* gradvis forandrer valør fra positivt bruk til negativt misbruk og utnyttning.

Flere av våre helseforetak har så stram grunnbemanning at de har problemer med å få vaktakabalen til å gå rundt. Derfor ønskes det dagkirurgiske personalet brukt som vaktavløser ved andre avdelinger. Følgelig må de da i egen avdeling erstattes av andre, nemlig det opprinnelige vaktgående personell som skal avvikle sine dagvakter i turnus.

I stedet for at alle arbeider full tjeneste der de er kjent og med det de kan best, så skal man altså innimellom ”bytte” arbeidsplass i økonomiens og fleksibilitetens navn. Tiltaket smaker mest av brannslukning, lite av økonomi og ikke av kvalitet.

Andre steder ønsker de nå i sterkere grad å samordne og samlokalisere dagkirurgisk avdeling med den større operasjonsstuevirksomheten. Dette er også i håp om å få utnyttet personellet enda mer. Men man mister samtidig de velkjente kriteriene for vellykket dagkirurgi. Vil det ikke i en slik oppvisning av kunsten å gjøre forutsigbare forhold uforutsigbare, igjen bli den elektive pasienten som taper konkurransen mot øyeblikkelig hjelp?

Da man i sin tid startet opp med dagkirurgi, var det en forutsetning at det skulle være erfarent personell i rollene. Det er fortsatt ingen grunn til å rokke ved dette kravet. Nå som større inngrep gjøres dagkirurgisk, er det viktigere enn noen gang at de opereres, pleies, observeres og informeres av personell som vet hva dette

dreier seg om. Lumske blødninger og andre komplikasjoner har mer enn én gang blitt stoppet før hjemreise fordi en erfaren pleier satte foten ned.

Dagkirurgien har hatt en fantastisk utvikling i Norge. Dette førte til reduserte kostnader på helsebudsjettet, fordi dyre sengeplasser kunne nedlegges. Men man kan ikke, etter å ha sanert muligheten for innleggelse, nå forringe kvaliteten på det dagkirurgiske tilbudet.

Hvorfor skal det være så vanskelig å få gjennomslag for hvor viktig et godt og tett teamarbeid er for et vellykket sluttresultat? Erfaring og dyktighet signaliserer trygghet. Dette er nettopp hva pasienten som skal motta viktig informasjon trenger. Et godt pedagogisk utgangspunkt i grunnskolen er at redde barn ikke er i stand til å motta kunnskap. På samme vis vil heller ikke en engstelig dagkirurgisk pasient være i stand til å motta den nødvendige informasjon før hjemreise. Alle pasienter er spente og engstelige ved ankomst

avdelingen. Men i løpet av dagen må et *samlet team* ha klart å signalisere så mye kunnskap og trygghet i alle kjedens ledd at tilliten til opplegget opprettes.

Den dagkirurgiske idè er tuftet på et kvalitetskonsept som ethvert foretak burde ta lærdom av og bruke også andre steder i pasientbehandlingen. Det ville vært riktig ressursutnyttelse til beste for alle sykehusets pasienter. Men å ”vanne ut” et godt eksisterende tilbud fordi man skal løse problemer andre steder, er ikke god ressursutnyttelse. Det er en underkjennelse av dagkirugi som fag, og med slike kortsiktige løsninger forskyves problemene i verste fall rett over til pasienten.

Har man et rosebed, vil man se at de rosene som har overlevd noen sesonger, er de kraftigste og de som avgir flest blomster. Men de har sine krav til overlevelse. Det har også det dagkirurgiske konsept. Ellers kan det fort bare bli tornekraft tilbake.

unn-naal@online.no

Lyst til å bli medlem av Nordaf?

**Klikk deg inn på vår web-side www.nordaf.no
Medlemskap koster kr 100,- Dette vil gi deg fortrinnsrett til kurs og stipendier. Du vil også få tilsendt Nyhetsbrevet to ganger årlig.**

Studiebesøk ved Dagkirurgisk avdeling på Kongsberg Sykehus, Helse Blefjell.

Ved Anne Grønvold, Helse Finnmark, Kirkenes Sykehus

Jeg var så heldig å få tildelt Nordafs reisestipend for høsten 2006. Jeg hadde et ønske om å besøke ei avdeling som kun behandler dagkirurgiske pasienter.

Til daglig jobber jeg som avdelingssykepleier ved anesthesiavdelinga ved Kirkenes sykehus, Helse Finnmark, hvor vi opererer både dagkirurgiske og inneliggende pasienter innenfor samme lokaliteter. Utviklingen går i retning av flere dagkirurgiske inngrep.

Fra årsskiftet fikk akuttavdelingen ansvar for å organisere operasjonsvirksomheten. Vi skal bli bedre på logistikk.

Jeg ønsket å ha med en kollega på reisen for å få større utbytte av hospiteringen.

Det var da en selvfølge at jeg delte stipendet med min gode kollega Grethe Monsen, avdelingssykepleier på operasjon.

Sammen fant vi ut at vi ønsket å besøke ei vel-

fungerende dagkirurgisk avdeling der de opererer de samme pasientkategorier som vi. Vi hadde lest presentasjonen av Blefjell i Nyhetsbrevet nr 2-2006. Valget falt da på Blefjell, og det var bare helt topp.

Vi ble tatt imot med åpne armer, og vi fikk en systematisk gjennomgang av organisering og logistikk ved avdelingen. De delte villig med oss av sine kunnskaper og erfaringer. Vi fikk rikelig med innspill rundt problemstillinger og utfordringer vi sliter med når det gjelder uegnede lokaliteter og logistikk.

Det er godt å komme bort og se noe nytt, få bekreftelse på det vi gjør bra samt få innspill til videreutvikling av vår avdeling.

Vi besøkte ikke bare dagkirurgisk avdeling, men fikk også en omvisning på hele sykehuset. Det var veldig kjekt. Vi traff også en tidligere kollega,

som hadde jobbet i Kirkenes for 20 år siden, kjempekoselig.

Under vårt besøk tok vi mange bilder, og vi fikk med oss masse informasjonsmateriell som vi ser frem til å presentere for kollegene våre.

Tusen takk til personalet ved Blefjell dagkirurgiske avdeling for flotte dager på Kongsberg.

Dere er velkomne nordover!

Likeså takk til Nordaf som ga meg stipendet, og til vår arbeidsgiver som bidro til at Grethe og jeg fikk disse fantastiske dagene på Kongsberg.



På bildet ser vi fra Kongsberg et hyggelig gjensyn mellom Anne Grønvold, Grethe Monsen og Dag Rojahn som jobbet sammen i Kirkenes i 1985.

Stipend fra NORDAF

På hvert vintermøte avholdes to loddtrekninger blant medlemmene. Gevinsten er 10 000 kroner som er øremerket deltagelse på IAAS sine dagkirurgiske

verdenskongresser. Selve trekningen skjer som et spektakulært innslag under festmiddagen. Men vår intensjon er alvorlig nok. Det er vårt håp at en slik

kongressdeltagelse skal virke inspirerende og bidra til å høyne den dagkirurgiske kompetansen på egen arbeidsplass hjemme.

Her har vi årets vinnere som alle også har bidratt med rapporter og referater til Nyhetsbrevet



Sidsel Tuft fra venstre. Hun er ansatt ved Aker sykehus med dagkirurgisk arbeidsplass på Ski.

Rune Fjeldstad, operasjonssykepleier ved Ullevål universitetssykehus

Henry Quaynor, anestesilege som i mange år har vært tilknyttet Blefjell dagkirurgiske senter på Kongsberg.



5000 kroner

Bildet over fra venstre:
Solveig Skedsmo fra dagkirurgisk avdeling, Rikshospitalet
Heidi Vik fra dagkirurgisk avdeling, Tromsø
Disse var i Amsterdam fordi de begge hadde fått kr 5000,- i reisestipend.

NORDAFs reisestipend kr 5000,-

I håp om å samle og spre kunnskap om dagkirurgi, deles det to ganger årlig ut tre slike stipendier. Dette er tenkt som tilskudd til reise, kongressdeltagelse, møter eller studiebesøk i inn og utland. Forutsetningen for å få stipend er at det må relateres til dagkirurgi, og at man etterpå lager en rapport til Nyhetsbrevet.

Det kreves medlemskap i NORDAF for å komme i betraktning som søker. Samtidig gjør vi oppmerksom på at stipendiet må brukes til det formål det er utgitt til. Ellers går pengene tilbake til foreningen.

Søknad sendes Johan Ræder, Anestesiavdelingen, Ullevål univ. sykehus eller johan.rader@medisin.uio.no

Søknadsfrist 20. august 2007

Dagkirurgisk verdenskongress i Amsterdam 15-18 april 2007. Hva fikk vi med oss disse varme aprildagene?



”The winner is Norway”! slik åpnet Dick de Jong, nederlandsk president for kongressen, den 7.dag-kirurgiske verdenskongress i regi av IAAS(International Organisation for Ambulatory Surgery). Av 850 deltagere fra 30 land, var 85 norske, og vi var dermed den største deltager-nasjonen. Flere nordmenn deltok også aktivt både som foredragsholdere og møteledere.

Men hva fikk vi så ut av disse hektiske dagene som en slik kongress blir? Det er mye som skal lyttes til, læres og diskuteres på kort tid. Kanskje for enkelte blir det vanskeligste å velge mellom flere gode parallelle forelesninger. Denne beklemmende følelsen av likevel å ha valgt feil...Men fortvil ikke. Vi har ved hjelp av mange innsendte innlegg etter beste evne forsøkt å sette sammen et referat fra kongressen. Vi

har måttet redigere og forkorte flere av bidragene. De store nyhetsbombene uteble muligens i år. Samtidig har vi valgt å la dette stoffet få såpass bred plass i nyhetsbrevet fordi det inneholder mye nyttig kunnskap, tips og tanker som kan gå rett inn i vår dagkirurgiske hverdag. Stoffet er mangfoldig, men vi er også et forum som favner bredt i medlemsmassen.

Fast-track surgery – from here to where? H. Kehlet, Rigshospitalet, København (Ref. Edda Steen-Hansen, UUS)



Kehlets hovedpoeng var å vise at all kirurgi kan opereres dagkirurgisk eller tilnærmet dette. Utskrivningskriteriene endres ikke, men ved å optimalisere alle ledd i pasientforløpet kan disse nås raskere. Ved stadig å

stille seg selv spørsmålet: hvorfor er denne pasienten i sykehus? vil man lettere kunne se de begrensende faktorer.

Kirurgi vil kunne bli etterfulgt av smerte, kvalme, oppkast, ileus, stress-

indusert organ-dysfunksjon, tretthet, immobilitet med mer. Alle disse faktorer vil kunne føre til økt morbiditet, sykehusinnleggelse og forlenget rekonvalesens.

Fordi det er mange intraoperative faktorer, mener han at en multimodal tilnærming kreves i det postoperative forløpet, noe han kaller "the concept of fast-track surgery". Det man ønsker er en reduksjon av den kirurgiske stressresponsen. Dette oppnås ved behandling av organ-dysfunksjoner, farmakologisk stressreduksjon, minimal invasiv kirurgi, og perioperativt en dynamisk smertebehandling, dvs multimodal og opioidsparende, og et væskeregime som er målrettet og individuelt. Bruk av dren (bortsett fra til mammae), gastro-intestinal tube og urinkateter skal bort. Heller ikke skal det være strikte restriksjoner for matinntak, mobilisering og rekonvalesens.

Dette konseptet har utviklet seg over det siste tiåret og vist å være en rasjonell, evidensbasert tilnærming som har gitt store forbedringer innenfor all

Dagkirurgi og traumepasienter (ref. Dybvik)

Non-elective Day Surgery in Trauma Patients, JC Goslings.
Foreleser jobbet ved Amsterdam Medical center.

type kirurgi, alt fra enkle dagkirurgiske inngrep, til store operasjoner som ved aorta-aneurysmer eller bekkenfrakturer.

Kehlet mener at man meget vel kan ha korte sykehusopphold selv med åpen kirurgi, og ikke bare ved endoskopisk kirurgi. Men lite sammenlignbare studier er gjort.

Dette krever et godt samarbeid i gruppen; pasient, kirurg, sykepleier og anestesilog! De viktigste faktorene for å lykkes, er god organisering og optimal smertebehandling.

Hva er nytt og hva kommer videre? Ref. Terje Dybvik, UUS

Hoftekirurgi går mot kortere liggetid, evt. dagkirurgisk behandling. Totale kneoperasjoner med liggetid i dag på tre-fire dager bør og skal ned til en-to dager. Åpen colonreseksjon bør utskrives andre dag. Studier viser at disse typer operasjoner har færre medisinske komplikasjoner, f.eks lungekomplikasjoner, selv om pasienten sendes hjem. På bakgrunn av dette hevdet Kehlet at man ikke påfører primærhelsetjenesten flere og større problemer med å

Der forsøkte de å få til et system hvor øyeblikkelig-hjelp-prosedyrer kunne gjøres dagkirurgisk. Det vil si at man utsatte behand-

skrive ut pasientene tidligere.

Målet med Fast-track er A). Rask og sikker kirurgi B). Ta ut økonomiske gevinster.

Den største utfordringen, ifølge Kehlet, er hvordan man kan få overført medisinsk evidence til den kliniske praksis. Som eksempel nevnte han colonkirurgi, der man i to uker hadde fulgt opp mange sykehus i Europa. Det viser seg at pasientene ligger to-tre ganger lenger enn det som er nødvendig (2 døgn). Han viste videre til ukeskrift "Danske leger 2006", der korte opphold var en følge av gode rutiner og definerte utskrivelseskriterier som alle fulgte. Implementeringen var ifølge Kehlet helt avhengig av at alle retningslinjer ble fulgt, og ikke slik, som ofte i dag, at kirurgene behandler slik den enkelte selv ønsker. Implementeringen krevde således en meget tung vilje og evne til gjennomføring (også fra ledelsen). Rutiner for en rekke inngrep er å finne på websiden til Perioperativ Nursingcare fra Danmark, med adresse

www.pwperiopnursing.dk

lingen til neste dag, evt. to døgn etter skaden hadde skjedd (delayed emergency). Hovedpoenget var å selektere prosedyrer og

ekskudere store skader, men det kom klart frem at dette dreide seg mest om ortopedi slik som akilles-seneruptur og diverse enklere brudd. Man ekskluderte også pasienter ASA 3 til 5.

Organizational aspects of non-elective Day Surgery and anaesthesia

I.Jackson(UK)

Han snakket om organisering av øyeblikkelig-hjelp dagkirurgiske enheter. Dette er definerte pasienter som kan opereres innen 24 – 48 timer. Disse kommer ofte

nederst på operasjonslisten og blir til slutt strøket, gjerne så sent at de ikke kan sendes hjem. Hovedpoenget her var å benytte samme organisasjonsprinsipper som ved elektive dagkirurgiske inngrep. Det betyr at man har bestemte tider satt av, evt. hele operasjonsøkter eller hull i listen som kan fylles med øyeblikkelig-hjelp pasienter. Livlig diskusjon rundt dette da mange ikke har pasientvolum nok til å kunne fristille og planlegge å ha egne operasjonsstuer som står tomme inntil de får pasienter samme dag,

eventuelt to dager før de skal opereres. (ref. anm. - *Et poeng her bør være at i Ortopedisk avdeling, UUS, ved den dagkirurgiske avdelingen i Storgaten 40, har man allerede implementert dette i sin drift. Mindre skader blir undersøkt og vurdert til operativt inngrep én dag og satt opp til operasjon neste dag. Pasienten kan da reise hjem og møte fastende operasjonsdagen. Dette er mulig på grunn av det store volum med skader man har ved skadepoliklinikken.*

Clinical Pathways in Ambulatory and Short Stay Surgery (ref. Dybvik)

Indicators for Clinical Pathways, R van Zelm, Nederland

Det viste seg at det er svært mange definisjoner på dette, kanskje 80 – 90, og for å komme dette noe til livs, har man i Nederland laget et nettverk av ca 100 sykehus. Man ønsker å gjennomføre like behandlingsprinsipper og pasientsløyfer. I en Clinical Pathway ble det påpekt at den kanskje viktigste komponenten man burde fokusere på var smerte, og det ble poengtert at man skulle kvitte seg med all form for opioider, så sant dette var teknisk mulig. Ikke minst fordi disse har liten effekt ved bevegelsesrelaterte smerter. Foredragsholder slo også et slag for at man skulle

benytte lokalanestesi i alle mulige og tenkelige former også som pågående infusjoner og nerveblokader etter hjemkomst.

What are the important components of Clinical Pathways?

Henrik Kehlet, Danmark

Kehlet hadde et kort innlegg om væskebehandling, hvor han mente at væskebehandling også skulle knyttes opp mot prosedyrer man utførte. Altså en "Goal Directed Therapy" som han mente kunne bedre resultatene. Ved en rekke inngrep var mindre enn en liter væske for lite. Dette kunne resultere i forsinket "recovery" og senere hjemreise. Ved cholecystectomier var det vist at tre

liter intravenøs væske var bedre enn en liter, både med tanke på mindre stresshormoner og bedre lungefunksjon, mindre kvalme og bedre kvalitet (subjektiv). Hvor mye væske som er korrekt ved disse typer inngrep vet vi ikke, bortsett fra at 1 liter er for lite. Ikke glem at ved stor abdominalkirurgi, har høyt væskelvolum vist en økt mortalitet. Konklusjon nok en gang, man må ha prosedyrespesifikke væskeregimer.

A new Strategy for Surgical Patients Flows; a three Compartment Model,

Kerckamp, Nederland
I Utrecht universitetssykehus hadde man satt opp pasientstrømmen i en

trekompartiment modell. Man mente at pasientflyten skulle bedres ved fokusering på prosesser og ikke på legers og andres arbeidsvaner. Disse skulle komme inn på de korrekte stedene og gjøre det som var nødvendig. Det er tenkt å dele sykehuset opp i tre kirurgiske enheter. Det skulle være en elektiv enhet med lav kompleksitet og stort pasientvolum, en høy kompleksitetenhet med lavt volum samt øyeblikkelig hjelp og en ren barneenhet. Han ville følge opp og måle tiden for hver enkelt kirurg slik at dette kunne legges i planene til operasjonsplanleggingen. Han ville ha en kombinert postoperativ og "holdingarea" for preoperative pasienter. For pasienter som skulle komme

inn som øyeblikkelig hjelp/traumer vil det være ledigholdt stuer som var dedikert til dette, slik at dette ikke skulle influere på programmet med høykomplekse, langvarige inngrep.

Prosedyrespesifikk smertelindring i

dagkirugi, Professor H. Kehlet, (ref. Dybvik)

Han gikk gjennom en rekke inngrep og viste til forskjellige effekter blant annet av injeksjon av lokalanestesi i operasjonsåret. Man vet at ved galle og brokkoperasjoner har man god effekt av dette, mens ved åpen hysterectomi har man ikke vist effekt. Intraperitoneal lokalanestesi ved galler er bra, men ved åpen hysterectomi hadde heller ikke dette effekt. Han poengterte spesielt at man

burde fokusere på de ulike prosedyrene som utføres. Dette er fordi man får forskjellige smertetyper, intensitet og lokalisering ved ulike inngrep og fordel og risiko ved de smertelindrende midler måtte relateres opp mot dette. Han viste også til en studie der man brukte lavere intra-peritonealt trykk ved laparoskopisk galle (7-9mm kvikksølv, mot det som er normalt 12-15 pr. i dag), kunne redusere smerte hos pasienterne. Videre informasjon kan man få på webadressen www.postoppain.org, der det finnes data for forskjellige prosedyrer som man kan laste ned og evt. ta i bruk.

Diakonhjemmet på utflukt(bildet under)

Flere avdelinger og foretak hadde lukket eller redusert "butikken" hjemme for at hele eller store deler av staben kunne delta på kongressen. Det å reise på tur sammen kan være fint for oppbygging av samhold og glede i teamet. Kombinert med fornyet kunnskap, kan det være en god investering!



Klinisk "pathway"? Valgets kval!

Deler av NORDAFs styre med en rask rådslagning. Fra venstre: Unni Naalsund, Inge Glambek og Dorte Solnør Gulbrandsen.



Noen stemningsbilder fra kongressen..Men det er jo nesten bare nordmenn her!

Under:

Et stort dagkirurgisk par- Ræder og Kehlet



Over til høyre:

Var det prosedyrespesifikke væskeregimer Kehlet anbefalte? Sommervarmen tok på noen hver! Edda Steen-Hansen er i redaksjonen og sanker inn stoff til nyhetsbrevet.

Til venstre: Terje Dybvik - alltid på farten. Men masse stoff til Nyhetsbrevet har han levert.



Over har vi Dorte og Sidsel som "gjorde" Amsterdam sammen i tillegg til kongressdeltagelse og Nyhetsbrevrapport.

Herrene Bærum, Vegard Dahl og Terje Eide er faste verdens-innslag.

Under:

Kongresslivet er bra!

Diskusjonen går! Jørgen Nordentoft i forgrunnen



Fedmekirurgi innenfor dagkirurgi, ref. Terje Dybvik

Det er gjort en betydelig mengde fedmekirurgi rundt omkring i verden og det er jo som vi alle vet, et økende problem. Det er snart like mange overvektige som det er underernærte, og mange av de overvektige har i tillegg også diabetes 2. Selv for utviklingslandene er dette et stort problem. Mye fedmekirurgi som foregår på kontinentet viser seg å være Gastric Banding i litt forskjellige valører, Dooden Alswitch og den type inn-grep som allerede utføres i Norge. Det er gjort serier på dette på mange tusen pasienter, som viser at Gastric Banding-pasienter kan komme inn klokken syv om morgenen, opereres og reise ut klokken syv om kvelden.

90 % av Gastric Banding pasientene i Nederland gjøres pr. i dag dagkirurgisk. Et av suksesskriteriene er at forløpet er protokollert allerede fra tidlig informasjon, gjennom pre-, per- og postoperativ oppfølging. Ikke minst er den langsiktige postoperative oppfølgingen viktig. Den er lagt ut til andre enn kirurgene, blant annet til dietetiker i spesialklinikker.

Preoperativt er man nøye med å plukke ut pasientene. De tar pasienter som har BMI på mer enn 40. BMI mellom 35 – 40 tar de dersom pasienten har andre alvorlige lidelser. Diett og andre tiltak skal vært

forsøkt før kirurgi, og alderen varierer fra 18 – 60 år. Konklusjonen til foredragsholderen er at dette er trygt dagkirurgisk, det gis god behandling, men det hele er avhengig av en god logistikk.

Det var også et innlegg rundt anestesi til fedmeoperasjoner der det aller viktigste som ble postulert var at det bør være 2 anestesileger (i Norge vel 2 anestesipersonell). Med tanke på intubasjon var man opptatt av omkretsen av nakken. Der viste det seg at 40 cm omkrets er 5 % vanskeligere å intubere, mens dersom nakken er 60 cm i omkrets, vil 35 % av pasientene bli vanskelig intuberbare dvs. ca. 1 av 3.

Mer om fedme. Her har Dorte Solnør Gulbrandsen fra dagkirurgisk avd, Rikshospitalet sendt oss sin vinkling av problemene.

Obesitas / fedme: . (K.E. Mc Goldnick, USA – F.Chung, Canada. Ikke bare i USA, men også i vårt eget land er de overvektige og ekstremt overvektige i økende antall. På eget arbeidssted har flere pasienter i den senere tid blitt strøket fra operasjonsprogrammet grunnet en BMI > 35. Men forelesernes budskap var at BMI > 35 som kontraindikasjon for dagkirurgi er i ferd med å endre seg.

Overvektige kan ha god helse og være i god fysisk form. Det er imidlertid viktig å foreta en grundig *individuell* vurdering av pasientens helse, valg av anestesi-form og ikke minst type inngrep og stipulert varighet. Utfordringene med overvektige pasienter er både av medisinsk og ikke medisinsk art -eksempelvis diabetes, høyt blodtrykk, div. hjerteproblemer og refluksproblematikk

samtidig som leiring /mobilisering blir tyngre å arbeide med.

Det er økt forekomst av intubasjonsproblemer hos overvektige. Det anbefales å intubere med kroppen litt hevet (30gr.trendelenburg /hode opp), for å unngå hypoxemi. Ved extubasjon må man vente til pasienten er helt våken og extubere i ikke ryggliggende posisjon, og

postoperativt overvåke i ikke ryggliggende posisjon

For de med alvorlige plager av søvnapnoe er det indisert med en polysomnografi-/søvnregistrering med tanke på et evt. dagkirurgisk inngrep.

”The gold standard for confirmation” (F. Chung)
Pasienter med mer enn 20 pustestopp/pr time bør ikke
Free papers nursing:

behandles dagkirurgisk, de må overvåkes det første postoperative døgn. Søvnapnoe og postoperativ smertebehandling kan være en farlig kombinasjon. Det er et tankekors at 80-90 % med søvnapnoe ikke er diagnostisert. Det anbefales at om man aksepterer en apnoe-pasient til en dagkirurgisk operasjon, må de

som har CPAP bruke denne natten før. De må også bruke det i den postoperative fase (+ 1 uke hjemme etter inngrepet) - og forsikre seg om at personalet vet, hvordan det virker på forhånd. Pasientene bør også monitoreres lengre postoperativt.

Kan musikk via lydpute øke pasientens følelse av velvære på operasjonstua?



Marinne Jungersen fra UUS, Dagkirurgisk avd.
(ref. fortsatt Dorte Solnor Gulbrandsen)

Nok om fedme - men ”fett” var det å høre hennes innlegg, der hun fremla resultatene fra en undersøkelse i forbindelse med bruk av

audiopute og musikk til pasienter som opereres i lokalanestesi og/eller sedasjon. Musikken skulle ha en fysisk avslappende, avstressende og beroligende effekt på pasientene. Man hadde benyttet Niels Eijes (dansk komponist) spesialdesignede ”New-age lignende” musikk. Pasientundersøkelsen understøttet at denne hensikt ble oppnådd. 89 % av deltagerne i undersøkelsen ville ha valgt audiopute med musikk igjen. Det var av kommuni-

kasjonsgrunner en fordel å benytte pute i stedet for høretelefoner. De som vil vite mer om denne musikk og audioputen samt effekten av den i pasientbehandlingen kan gå inn på www.musicahumana.dk.

Nils Eije og Per Thorgaard (Ålborg, Kbh.) har tidligere hatt en presentasjon på Nordaf seminar 2004-referatet finnes på www.nordaf.no

ASA 3 og 4 i dagkirurgien Dr. Ian Smith, UK, anestesilog og redaktør av Journal of One-Day Surgery. (ref. Jørgen Nordentoft, Martina Hansens Hospital)

ASA-klassifikasjonen er en relativ grov, men enkel evaluering av kronisk sykdom. Tidligere (?) var inngangsbilletten til dagkirurgi ASA 1 og 2 – altså pasienter uten funksjonell begrensning på grunn av

kronisk sykdom, - men allerede tidlig på 90-tallet ble det grundig dokumentert at stabile ASA 3-pasienter med velkontrollert kronisk sykdom, som i betydelig grad forventes å bli påvirket negativt av operasjonen –

kan aksepteres til dagkirurgi. Det kan til og med være en fordel å behandle denne gruppen (eventuelt også stabile ASA 4-pasienter) i dagkirurgisk regi med bruk av kortvirkende anestesimidler,

effektiv non-opioid analgesi og kortvarig immobilisering.

IAAS anbefaler likeledes at stabile ASA 3 kan opereres dagkirurgisk, liksom ASA 4-pasienter i lokalanestesi.

ASA 3 er en bredt sammensatt gruppe av pasienter med samtidig kronisk sykdom som gir funksjonelle begrensninger. Det har vist seg i flere studier at legers – herunder anestesilegers - ASA-gradering av samme gruppe pasienter er ytterst variabel, ofte med variasjon

fra ASA 1-3 eller 2-4 for samme pasient. Det er ytterst beklagelig hvis konsekvensen blir at pasienter ikke opereres dagkirurgisk og skånsomt.

Retrospektive studier viser at ASA 3-gruppen har et minst like gunstig totalforløp som ASA 1 og 2 i forbindelse med dagkirurgi. F. Chung oppsummerer dette i 1999 i *British Journal of Anaesthesia* (1), og Ansell i samme tidsskrift i 2004 (2). Frekvensen av Referanse til ASA 3 og 4

intraoperative komplikasjoner er sannsynligvis noe økt, men ASA 3-pasienter opplever ikke flere komplikasjoner i ”medium to late recovery”-perioden (1). Det er for eksempel ingen forskjeller i frekvensen av ikke-planlagt innleggelse, forekomsten av komplikasjoner etter utskrivelsen eller grad av kontakt med fastlege/hjemmesykepleie i forhold til ASA 1-2 (2).

I en stor studie (3) med 38.600 pasienter som gjennomgikk 45.090 prosedyrer, var 24 % ASA 3-pasienter. Totalt opplevde 31 (1:1.455) ’major morbidity’ innenfor 30 dager postoperativt. Kun åtte av disse var ASA 3-pasienter. Der var to døds

fall av hjerteinfarkt – begge ASA 2-pasienter - og to døde i forbindelse med bilulykker (3). Frekvensen av gjeninnleggelse var i en annen undersøkelse (4) ikke relatert til ASA-gruppering, men til høy alder.

Han fortsatte med overveielser og en case med en ASA 4-pasient. ASA 4-pasienter har kronisk(e) lidelse(r) som representerer en konstant trussel mot livet. Det finnes ingen studier av denne gruppes outcome i forbindelse med dagkirurgi, men Dr. Smith fremførte det synspunktet at hver enkelt pasient må vurderes *case-to-case*. Som hos andre pasienter skal samtidige, ikke stabiliserte lidelser bringes under kontroll. Er pasienten optimalt behandlet, kan man overveie dagkirurgisk behandling, fortrinnsvis i lokalanestesi, regionale blokkader, herunder lavdose-spinal (Marcaïn 5 mg = 1 ml + 10 µg fentanyl og NaCl til 3 ml volum totalt).

Dr. Smith anfører følgende argumenter mot innleggelse for denne gruppen syke pasienter: Økt risiko for immobilisering, dehydrering, dårlig smertekontroll og infeksjon.

1 Chung et al. Pre-existing medical conditions as predictors of adverse events in day-case surgery. *British Journal of Anaesthesia* 199; 83: 262-270.

2. Ansell et al. Outcome of ASA 3 patients undergoing day case surgery. *British Journal of Anaesthesia* 2004; 92: 71-74.

3. Warner et al. Major morbidity and mortality within 1 month of ambulatory surgery and anesthesia. *J. of The American Medical Ass.* 1993; 270: 1437-1441.

4. Gold et al. Unanticipated admission to the hospital following ambulatory surgery. *J. of The American Medical Ass.* 1989; 262: 3008-3010.

Johan Ræder har sendt oss noen av sine inntrykk fra kongressen:

Postoperativ smerte (Schreyer, Gupta, Kehlet, Hollmann):

For mer målrettet individuell smertebehandling ville det være en fordel hvis man kunne ha kriterier for hvilke pasienter som forventes å få mer smerte enn gjennomsnittet. Det man vet er at lav alder, lav vekt, tidligere kirurgi, annen pågående smerte og det å være kvinne disponerer for smerte. De som har mye smerter rett etter inngrepet har også mer smerte senere i forløpet og økt risiko for å utvikle kronisk smerte. Det arbeides også med genetiske faktorer, både for selve smerteterskelen og for respons på forskjellige opioider. En annen viktig tilnærming er å lage analgesiregimer basert på evidens som er spesifikke for det individuelle inngrep. Blant annet så vet man at lokalanestesi i såret hjelper bra ved brokk-operasjoner og laparoskopi, mens effekten synes liten ved åpne hysterectomier. (www.postoppain.org)

Bruk av smertescore (0-10, VAS type) anbefales rutinemessig postoperativt, men målt score må kobles opp mot pasientens subjektive ubehag. Noen pasienter kan krysse av på både fem og

seks, mens de samtidig ikke synes smerten er uakseptabel dvs. at de ønsker ekstra analgetika. Dessverre er det vist at ukritisk opioid dosering til alle med score >3 kan føre til overdosering og respirasjonsproblemer hos enkelte pasienter.

Ved siden av tradisjonell analgesi med paracetamol, lokalanestesi, NSAID og opioider; synes det godt dokumentert at corticosteroider (eks. dexametason 8-16 mg) er effektiv som generell profylakse. Det er også etter hvert kommet 15-20 gode, positive studier på gabapentin/pre-gabalin som viser god analgesi. De fleste av disse studiene er på litt mer omfattende kirurgi, men også noen innenfor dagkirurgi.

Bruk av lavdosert lidokain intravenøst er foreløpig eksperimentelt, men lovende for å hindre utvikling av hyperalgesi. Man mener at lidokain hemmer NMDA reseptoren (på samme måte som ketamin) og i tillegg virker generelt anti-inflammatorisk og anti-trombotisk.

Nytt utstyr (Bouvy, Veersema, Kessler) Ræder forts.

En ny type engangs gastroskop til stapling ved hiatus hernie og reflux ble presentert. Denne kan behandle brokk opptil 3 cm (de større må ha Nissens Funduplicatio) via gastroskop og en 45 min prosedyre.

Nye typer tynne hysteroskop kombinert med utvikling av spesielle propper som dyttes opp i egglederne, gir non-invasiv sterilisering av kvinner som kan ligge våkne i benholderne. Pasientene må kontrolleres (for sterilitet og tette tuber) etter 3 mnd. og foreløpig er det 5-10 % som ikke blir sterile med denne metoden.

Forbedret ultralyd apparatur kan brukes til å visualisere kar og nerver, f.eksempel plexus axillaris, på en skjerm. Dette kan gi mer målrettet bruk av nål i forbindelse med lokal/regional anestesi, man kan også se på skjermen om den lokalanestesi som sprøytes inn legger seg riktig rundt nervene man ønsker å bedøve.

Vi minner om vår webadresse: www.nordaf.no

Sedation in ambulatory clinics and the Office (Knape, Maurer):

Ref. Ræder forts.

I Nederland har man en offisiell standard for sedasjon av denne typen, hvor man bl.a. er opptatt av hvem som kan foreta sedasjon. Man har åpnet for at ikke-anestesiologisk personell kan sedere ned til et nivå hvor pasienten har lukkede øyne, men responderer umiddelbart på tiltale. Det skal være en person som har pasient-monitorering som hovedoppgave til enhver tid.

I USA kan ikke-anestesiologer sedere ned til samme nivå, men det er kun anestesiutdannet personale som kan få bruke propofol.

For sedering hvor pasienten ikke umiddelbart svarer på verbal tiltale, så synes det å være internasjonal enighet om at anestesiutdannet fagperson må være tilstede. Det arbeides med en kommersiell (Ethicon) sedasjons-automat, hvor pasienten får propofol TCI og regelmessig oppfordres via øreklokker å klemme et håndtak. Hvis de ikke klemmer, blir automatisk propofol target nedjustert + en alarm aktiveres. I tillegg er det alarmer for pO₂, puls, BT etc.

Bruk av oksygen tilskudd ved rutine sedasjon er

omstridt. Hvis man bruker oksygen, så fratras pasienten den hypoksiske respirasjonsstimuleringen, dvs. man kan risikere langvarig apnoe og bør således ha god overvåkning av respirasjonsfrekvens og ende-tidal CO₂. Hvis man sløyfer oksygen, vil oksygenmetning på pulsoksymeter falle tidlig ved ufri luftveier eller respirasjonsdepresjon og initiere varsling og tiltak. En slik strategi forutsetter en pasient som er hjerte-kar frisk.

Sedasjon i tannlegepraksis / oralkirurgi

Vi ser at debatten om hvilket personell som kan sedere og hvilke medikamenter som kan brukes, også er høyaktuell når det gjelder sedasjon til tannbehandling. Referent Rune Fjeldstad, kjeveavdelingen UUS.

How safe is general anesthesia for dental patients? Is conscious sedation the alternative?

E. Kaufman, Israel

For å få svar på dette, hadde han gjennomgått tallmateriale på området. Det han så etter var de tilgjengelige data på morbiditet og mortalitet som følge av tannlegebehandling i generell anestesi og våken

sedasjon (conscious sedation).

Det viste seg at tannbehandling i generell anestesi hadde en overraskende mye høyere morbiditet- og mortalitetsrate i forhold til de som hadde fått generell anestesi grunnet andre kirurgiske lidelser. Ved generell anestesi var morbiditet og mortalitets-raten

betydelig høyere enn ved våken sedasjon.

Han påpeker følgelig at det bør være sterke grunner for å gi generell anestesi ved tannbehandling.

Intravenøs sedasjon i vanlig / privat tann-

legepraksis ved Dr Jean Frederic Andrè, Frankrike

Han gir i sin praksis først og fremst intravenøs sedasjon

til pasienter som sliter med odontofobi. De har ofte forsømt tenner hvor behandlingen blir omfattende. Bruk av sedasjon blir et fint hjelpemiddel slik at behandlingens varighet kan bli lengre og antall konsultasjoner færre. Dr. André bruker, som forrige foreleser, begrepet "conscious sedation". Det betyr at man til enhver tid skal kunne ha verbal kontakt med pasienten.

Til sedering gir han dormicum (midazolam) - bolus på 1-2 mg iv. Deretter 1 mg hvert 10 – 20 minutt - maks 5 mg pr time.

I sin praksis hadde han ikke anestesipersonell. Han mente at ved å holde seg innenfor de doseringene som nevnt ovenfor, samt ha

monitorering med ekg og pulsoksimeter, skulle dette være unødvendig. Hans type praksis var et diskusjonstema i fagmiljøet i Frankrike, da det å gi intravenøs medisiner som tannlege verken er lovlig eller ulovlig.

Men han nevnte at det nå var på trappene med et lovforslag på at det ikke skal være lov å gi intravenøs sedasjon uten å ha anestesilege tilstede.

Oral og transmucosal sedasjon,

Dr. Nigel Douglas Robb fra Glasgow Dental Hospital and School.

Hovedbudskapet hans var at medikamenter gitt oralt eller transmucosalt, ikke burde være førstevalget da virkningen var for variabel.

Sammendrag:

Den gjennomgående holdningen blant foreleserne var at intravenøs våken sedasjon var trygt og lettere kontrollerbart enn oral, transmucosal og generell anestesi. Det var uenighet om på hvilket stadium anestesilegen skulle komme inn i bildet. Dr. Robb mente at det må være et tett samarbeide mellom anestesilege og tannlege, men påpekte at det ikke var sykehusets vegger som tar vare på pasienten, men den enkeltes kompetanse og tilgjengelig utstyr. Dr. André mente at praksisen som blir drevet i dag ikke er uforsvarlig, men ser at det klart er forbedringspotensiale i behandlingsformen.

Stoff til Nyhetsbrevet-frist for innlevering 1.oktober!

Vi mottar med glede stoff til Nyhetsbrevet om aktuelle dagkirurgiske emner, artikler, meningsyttringer, referater, rapporter fra studiebesøk eller litteraturkommentarer. Stoff til Nyhetsbrevet sendes Redaktørene Unni Naalsund, unn-naal@online.no eller

Inge Glambek – inge.glambek@haraldsplass.no

Stoff av noe omfang honorerer opp til kr 1000,-

Reklame i Nyhetsbrevet

Dersom du ønsker økt omsetning i bedriften din, er vi mer enn villige til å ta inn reklameinnslag i bladet. Ta kontakt med Unni Naalsund, unn-naal@online.no, øvrige redaksjon eller styremedlemmene. Se adresser siste side.

Barn og dagkirurgi, referent Heidi Vik fra dagkirurgisk avdeling i Tromsø. Hun fikk reisestipend fra NORDAF for å delta på kongressen og kom fra full vinter til varmebølge i Amsterdam. Hun har også sendt oss noen ord om erfaringer fra egen arbeidsplass.

Children are good candidates for Ambulatory Surgery H. Heij, Nederland

Barn er gode kandidater for dagkirurgi fordi de ofte har god helse og har en rask rehabiliteringsevne. Han snakket om barns rettigheter og nødvendigheten av å gi god informasjon til barn og foreldre tilpasset barnets alder. Man må lytte til foreldrene og vise respekt for barnets private sfære. Det viser at det er dårlig kommunikasjon, dårlig tilpassede lokaler for formålet og det å skulle bli behandlet som et nummer i rekken folk klager over i ettertid.

The Importance of Psycho-Social Preparation of Children Undergoing Daysurgery, Bob Last, Nederland

Han tok for seg den psyko-

sosiale forberedelsen av barn som skal gjennomgå et dagkirurgisk inngrep.

Viktige prinsipper: Kvaliteten på pleien og behandlingen må være god, den må baseres på å få barnets tillit og ha barnet i sentrum. Foreldre må alltid få delta i behandlingen. Faktorer som minsker stresset: Bilder, hefter og leke prosedyrer. Foreldres kunnskap om det som skal skje, CD eller DVD med prosedyrer og informasjon om forventet forløp.

Hvordan gjør vi det hjemme i Tromsø

Det meste av det som ble presentert, stemmer godt med egne erfaringer med barn som pasienter på dagkirurgen i Tromsø. Vi sender ut et lite hefte med tegninger, bilder og enkel informasjon om hva som vil

møte foreldre og barn når de møter opp. Vi gir ingen rutinemessig premedikasjon, kun smertestillende som profylakse.

Sykepleierne har lang erfaring med barn, og gir dormicum på forhånd til de som måtte trenge det. Vi har gjennomført en spørreundersøkelse med 124 returnerte svarskjema. Den viste at 97 % var fornøyde med å bli operert dagkirurgisk. Betydningen av fast og erfarent personell er stor, det merkes godt på dager vi har måttet leie inn vikarer. Blant ØNH – barn har vi flere gjengangere som behandles gjennom flere år flere mange ganger i året. De bekrefter også inntrykket av at det kjennes trygt å komme hit, og at de er fornøyde med behandlingen.

Om dagkirurgi og ”den gamle pasienten”, referent Solveig Skedsmo, Rikshospitalet. Hun takker også for reisestipend fra Nordaf og fine dager i Amsterdam. Hennes bidrag er litt om de eldre og deres tilpasning til dagkirurgi

”General Considerations on Ambulatory Surgery for the Elderly Patient”. dr. Maurizio Solza, Italia,

Vi lever i et samfunn som i stor grad har fokus på de unge. Det satses på effektivitet og høyt tempo,

og de eldste i samfunnet kommer dårlig ut i forhold til dette ”ideal-bildet”.

Samtidig vet vi at vi får et stadig økende antall eldre. I løpet av de nærmeste årene vil personer over 70 år utgjøre 20-30 % av befolk-

ningen (noe varierende i de ulike land). Av disse vil ca 50 % ha behov for en eller annen type kirurgi, og ca 50 % av disse igjen vil være kandidater for dagkirurgi. Dermed vil denne gruppen stadig utgjøre en større del av de dagkirurgiske

pasienter. Alder i seg selv er ingen kontraindikasjon for dagkirurgi. For å gi pasienten trygg behandling kreves det kunnskap om de aldersrelaterte forandringene som skjer med/i kroppen. Normale anatomiske og fysiologiske forandringer gjør bl.a. at kroppens evne til å ta opp, nyttiggjøre seg og skille ut medikamenter endres med økt alder. Dessuten har mange pådratt seg kroniske lidelser og som gjør at de har behov for daglig medisinering som forsterker bildet. I gjennomsnitt bruker de mellom 65-80 år 3-4 medikamenter pr dag.

I utgangspunktet kan alle typer anestesi brukes på eldre;- alt fra lokal bedøvelse til generell anestesi, men dette må vurderes individuelt etter tilstand og type inngrep. Økt alder medfører økt risiko for komplikasjoner sirkulatorisk (bl.a. BT-fall og arytmier), respiratoriske og fra CNS.

Derimot ser en hos eldre pasienter mindre plager i form av kvalme, PONV og skjelvinger. Det er også viktig å ta hensyn til den kognitive funksjonen. Redusert syn og hørsel kan vanskeliggjøre kommunikasjonen og vil kreve ekstra tilrettelegging fra per-

sonalet. Skriftlig informasjon er nødvendig, men kan pasienten lese dette, og vil han/hun greie å ta kontakt pr tlf hvis det skulle bli nødvendig?

Enkelte kan være engstelige og utrygge med tanke på hvordan de vil klare å mestre hjemmesituasjonen..

Dagkirurgi betyr kort separasjon fra hjemmet, minst mulig kirurgi-relatert stress og mindre risiko for sykehusinfeksjoner. Rask behandling og hjemreise samme dag gir mindre kognitiv dysfunksjon enn hva en innleggelse over flere dager ville medført..

Konklusjonen blir at dagkirurgi ser ut til å representere en større mulighet enn risiko for de eldre.

Katrina Hjermand, UUS, har også plukket med seg litt om de gamle:

Patofysiologiske forandringer hos eldre mennesker som har konsekvenser for anestesi og kirurgisk behandling,

Dr G J Blauw, LUMC (Leiden University Medical Center) Han snakket om de spesielle blodtrykksproblemene hos eldre pasienter.

Hos yngre mennesker er høyt BT et udiskutabelt problem. Ved LUMC hadde man nylig vist at BT lavere

enn 130/80 for pasienter over 85 år assosieres med økt kognitiv dysfunksjon, nyresvikt og økt dødelighet. Høyere BT assosieres med overlevelse. Forklaringen på dette kan være at ved arteriosklerotiske forandringer blir perfusjonen til de forskjellige organer vanskeliggjort av vaskulær obstruksjon og svekket vasodilatasjon. Relativt høyt BT er nødvendig for å opprettholde adekvat perfusjon av hjernen hos de eldste eldre pasientene.

Dr B Veering, også fra LUMC, redegjorde så for bruk av regional anestesi til geriatriske pasienter, en mye brukt anestesimetode til denne aldersgruppen, for eksempel ved ortopediske inngrep og brokkkirurgi. Viktig å merke seg er at eldre pasienter er mer sensitive for lokalbedøvelse enn yngre, både satt epiduralt eller som nerveblokader. Blokadene varer lengre, og man bruker lavere medikamentdoser. Eldre er også mer disponert for BT fall.

Ved bruk av intravenøs sedasjon trengs også lavere doser. Dr Veering brukte for eksempel 30 % lavere Propofoldoser til eldre pasientene.

Noe nytt innen ortopedisk dagkirurgi? Referent Eugen Eide, ortoped St.Olav og Stokkan klinikken, Trondheim

Innsetting av totalproteser i kneledd har hittil vært forbundet med lengre sykehusopphold. Mens P. Pilot fra Nederland i sitt innlegg konkluderte med at vi med dagens teknikk har en "safe critical limit" på ca 72 timers sykehusopphold, kunne Guttorm og Søndergaard fra Varde i Danmark legge fram et materiale med en litt mer aggressiv holdning til denne pasientgruppen. De oppdaget at pasientene

hadde vesentlig smertelindring av tidlig

mobilisering, noe som var mulig gjennom konsekvent smertebehandling postoperativt, blant annet med bupivacainblokk i fascia-lata-kompartimentet. Allerede én til to timer etter operasjonen tar pasienten sine første skritt, noe som gjennomføres tre-fire ganger operasjonsdagen. Første postoperative dag fjernes innlagt dren og pasienten utskrives. Av 74 pasienter behandlet på

denne måten, måtte bare én pasient bli to dager i sykehuset. Forfatterne

mente at det bare er et tidsspørsmål før den første pasienten kan behandles dagkirurgisk og altså utskrives på operasjonsdagen.

I et annet innlegg fra Holland fikk vi en gjennomgang av perifere nerveblokkader og deres betydning for å redusere varigheten av sykehusoppholdet etter hofte- og knekirurgi. Noe banebrytende nytt fikk vi ikke presentert.

Dagkirurgisk analkirurgi, referent Katrina Hjermann, UUS

(Dr. A Engels, Zaans Medical Center, Nederland)

På dette senteret gjør man ca 105 analoperasjoner per år, 85 % dagkirurgisk. Fra 1990 til 2004 gjorde man en prospektiv databasert undersøkelse om hvor lenge pasientene oppholdt seg i avdelingen, komplikasjoner og re-innleggelser. Komplikasjonsraten var gjennomsnittlig 2 %, ingen postoperative dødsfall.

Senere var det også gjort en pasienttilfredshetsunder-

søkelse, der man blant annet fant at 90 % av pasientene ville gjort inngrepet om igjen som dagkirurgi.

Dr Engels hadde erfart at den beste kirurgiske metoden ved hemoroidectomi er å bruke diatermi, helst bare diatermi.

Han oppsummerte sine erfaringer med dagkirurgi til slutt. For å lykkes må man ha en dyktig kirurg som er spesialist og tilpasset anestesi hvor det gis tillegg av lokalanestesi. Det er

viktig med motiverte, erfarne sykepleiere for blant annet å sikre god pasientflyt og at pasientene blir riktig informert, spesielt om det postoperative forløp. Han understreket også poenget med at dagkirurgi drives som en egen avdeling i eget hus.

Dr Engel mottar sine pasienter til poliklinisk undersøkelse tre dager etter operasjonen.

Husk søknadsfrist for stipend fra Nordaf er 20. august!

Se side 6





Laparoskopisk virksomhet har muliggjort at større kirurgi gjennomføres dagkirurgisk. Men det er viktige, anestetiske hensyn å ta under et slikt inngrep. Det kan nesten være et tankekors at man må reise så langt for å høre noe så bra om sitt eget dagligliv...

Anestetiske vurderinger i forbindelse med endoscopisk kirurgi,

ved Johan Ræder, UUS. Referent Edda Steen- Hansen

En del fysiologiske faktorer er viktige momenter ved gjennomføringen av anestesi til laparoskopisk kirurgi. Ved pneumoperitoneum øker det intraperitoneale trykket som igjen har konsekvenser for sirkulasjon og respirasjon. Peritonealveggen blir strukket, dette øker nivået på norepinephrin som fører til smerte- og stress-stimulering. CO₂-gassen som insuffleres til buken vil også absorberes til sirkulasjonen. Grunnet økt intraperitonealt trykk, vil det bli økt motstand i perifer sirkulasjon. Dette fører til dårligere venøs retur til hjerte, og redusert hjertekontraktilitet. Sammen med induksjon av anestesimidler vil dette kunne føre til alvorlig BT-fall. Det er derfor viktig å gi pasienten rask infusjon av væske både før og under innledning av anestesi. Hyppig BT-måling og lav terskel for å gi vasokonstriktor som efedrin eller fenylefrin er nødvendig.

Lunge-compliance reduseres på grunn av trykk på diafragma og økt trykk i abdomen. For å opprettholde tidalvolumet kan det ved kontrollert ventilasjon

være nødvendig å øke PEEP noe, spesielt der hvor man har leiring med hodet ned. For å beholde normocapni under insufflering av CO₂, kan det være nødvendig å øke effektivt minuttvolum med 25-50% i 15-20 minutter for derefter å stabiliseres på et platå. Volumstyrt ventilasjon er mest hensiktsmessig på grunn av stadige endringer i trykket i abdomen under inngrepet.

Generell anestesi med intravenøs innledning og intubasjon eller LMA er vanligst ved laparascopi. Det er noe mindre risiko for PONV ved bruk av propofol til vedlikehold. Nylige data viser at kombinerer man propofol med remifentanil for total intravenøs anestesi, vil man få en vel så rask oppvåkning som ved inhalasjonsanestesi.

Remifentanil gir oss muligheten til å gi raske endringer i anestesidybde, som igjen muliggjør intubering uten muskelrelaksantia. Mange vil likevel ønske å gi et ikke-depolariserende muskelrelaksantia for intubasjon. Luftlommer vil kunne

diffundere over i gastrointestinaltractus. Dette kan redusere oversikten for kirurgen, og det vil derfor være et argument for å unngå N₂O. I tillegg øker N₂O faren for kvalme.

Med hensyn til smertebehandlingen vil et multimodalt regime uten opioider være ønskelig. Det er vist at optimal dose paracetamol er en god basis i dette regime. Startdosen bør være 1g iv eller 2g peros, og deretter 1g fire ganger per dag til pasienter over 60kg og under 60 år. Mange velger av forskjellige grunner å gi den første dosen intravenøs peroperativt. Det samme gjelder for NSAIDs eller coxib. Det er vist at kombinasjonen av paracetamol og NSAID eller coxib gir en liten økt smertelindrende effekt. Det er også vist at legger man på en dose cortico-steroider, vil dette øke den analgetiske effekten profylaktisk, i tillegg til at det beskytter mot PONV og stimulerer appetitten. Dosen bør være minst

8 mg til voksne for at det også skal ha beskyttende effekt mot smerter.

Lokalanestesi i sårene, vanligvis 20-40 ml bupivacain 2,5mg/ml eller ropivacain 2mg/ml er å anbefale. Det er noe uenighet om effekten av å installere lokalanestesi intraperitonealt før man lukker sårene. Trenger man

i det postoperative forløpet å gi opioider, er det å anbefale å gi små, repeterende doser hvor man titrerer seg frem, for eksempel Fentanyl 0,5ug/kg. Etter utskrivning fra postoperativ, vil det være ønskelig med et peroralt alternativ. Oxycodon vil da være et bedre alternativ enn codein da det har en mer

forutsigbar absorpsjon og effekt. Manipulasjon av indre organer vil gi en viss økt sjanse for PONV, selv ved laparoskopisk kirurgi. I denne sammenheng er non-opioid smertebehandling viktig, men i tillegg bør man vurdere spesifikk antiemetisk profylakse (droperidol, ondansetron, dexametason

Kvalme og oppkast – evig aktuell problemstilling

Henry Quaynor, anestesilege fra Helse Ble, Kongsberg Sykehus, har sendt oss et referat om kvalme og oppkastproblematikken. Han var også en av dem som vant 10 000 kroner fra NORDAF for å reise på kongressen. Han sender oss denne begeistrede hilsenen tilbake: "Det var med en viss stolthet vi mottok budskapet om at lille Norge hadde den største deltagerkontingenten på kongressen. Dette befester Norges posisjon som stormakt i dagkirurgisk sammenheng. Som paraplyorganisasjon, er det NORDAF som må ta æren for det. Jeg er meget takknemlig for at jeg fikk anledning til å delta."

Det er behov for inngående preoperativ seleksjon av POKO-risiko pasienter. Pasienter med høy- eller middels risiko bør gis adekvat profylakse. Risikofaktorene for POKO er velkjente i litteraturen. Istedenfor å tenke på beregning av "skore", er det i mange tilfeller riktig å bare starte med kvalme profylakse, for eksempel ved tidligere plagsom POKO. Ved dagkirurgisk senter i Kongsberg gir vi rutinemessig utvidet profylakse dersom pasienten har hatt POKO tidligere, selv om dette er den eneste risikofaktoren. Vi gir 20mg Afipran og 8 mg Fortecortin på slutten av inngrepet.

Pasienten får i tillegg 10mg Afipran tabletter tre ganger daglig postoperativt. **Prediction, Prophylaxis and Treatment of PONV** Jan Jacobsen, Stockholm. Han foreslo i sitt innlegg en multi-modal tilnærming av profylakse til høyrisiko pasienter. De dyrere 5-HT-3 blokkerne bør reserveres for behandlingen av eventuell POKO.

PONV Policy and Epidemiology in Dutch Day Care: E. Galvin På en oversikt over praksis omkring profylakse og behandling av POKO i Nederland, kom det frem at 2 % av pasientene fikk profylakse, mens 25 % fikk behandling mot POKO. For

laparoskopiske galleoperasjoner var tallene 30 % respektive 32 %. I alle fall, viste dette en diskrepans som avslørte en mislykket politikk på utvelgelsen av risiko-pasienter for POKO profylakse.

Supporting PONV prophylaxis, the use of Decision Support for Prescribing and Administering PONV Prophylaxis in Day Care: FO Kooij slår et slag for "Anaesthesia Information Management Systems (AIMS)". Dette er en sjekklister for å kunne se at prosedyrene overholdes. Det er vel og bra at man vet hva som må gjøres for å forebygge POKO, men man må også huske å bruke den Med AIMS, en slags elektronisk sjekklister, vil man ha et verktøy som understøtter den praktiske bruken av prosedyren. En slik



sjekklister ble brukt i en studie om preoperativ antibiotika profylakse. De oppnådde en økning av riktig tidspunkt for profylaksen fra 69 % til 92 % over ett

år. Ved bruk av et automatisk påminnellesprogram økte antall medarbeidere som overholdt profylakseprosedyren fra 52 % til 96 %. Dette viser at det

utvilsomt er viktig, ikke bare å ha prosedyrer for disse tingene, men også utvikle metoder som hjelper medarbeiderne å overholde den.

Postoperativ tromboseprofylakse

ref. Eugen Eide, ortoped St. Olavs HF og Stokkan klinikken.

Debatten om tromboseprofylakse til dagkirurgiske pasienter fortsetter....

Thrombo-embolic Complications and Prophylaxis in Ambulatory Surgery and Anaesthesia

På kongressen var det satt av en hel sesjon med flere foredrag om tromboemboliske komplikasjoner og profylakse hos dagkirurgiske pasienter. Sesjonens første innlegg ved M. Hoppener, Nederland, var nok det som berører hverdagen for de fleste av oss. En gruppe fra Amsterdam la fram en studie over post-operative venetromboser etter kneartroskoper gjennomført uten profylakse. 335 pasienter ble undersøkt med ultralyd to og åtte uker postoperativt. Tre pasienter (0,9 %) utviklet symptomatiske tromboser, derav en med en ikke-fatal lungeemboli, mens 17 pasienter (5,1%) fikk påvist asymptomatiske tromboser, de fleste i distale del av leggen. Interessant nok fant de

ingen sammenheng mellom tromboser og den postoperative grad av immobilisering – to dager postoperativt var 66 % av pasientene helt immobilisert og etter ti dager var tallet fortsatt 2 %. Heller ikke kunne de påvise noen sammenheng opp mot operasjonens varighet, BMI, alder, kjønn etc. Selv om det ble påvist tromboser hos 6 % av pasientene, konkluderte gruppen med at de ikke finner indikasjon for tromboseprofylakse ved kne-artroskoper.

Derimot viste en annen undersøkelse gruppen hadde gjennomført, at dersom man skal gi profylakse, så bør den gis i åtte dager. En sammenligning mellom to grupper der den ene gruppen fikk behandling en-to dager og den andre i åtte dager, viste signifikant færre tromboser i den siste gruppen. Dette er i hvert fall viktig når vi skal gi profylakse til pasienter som har noe høyere risiko, eksempelvis de som

av en eller annen grunn ikke har fått seponert P-piller før operasjonen. Under et tidligere Nordaf-møte ble dette diskutert, og da kom det fram at noen sykehus i Norge gir lavmolekylært heparin i bare en-to dager til disse pasientene, noe som altså er for knapt.

Siste ord i debatten om profylakse eller ikke til alle pasienter som skal ha en kneartroskopi er neppe sagt. I Holland viste en rundspørring at bare 40 % av sykehusene ikke ga profylakse til denne pasientgruppen, mens 60 % ga lavmolekylært heparin. De fleste norske kolleger jeg har snakket med, ga ikke profylakse, men meg bekjent finnes det ingen oversikt over rutinene ved norske sykehus. Inntil vi vet mer om senfølgene av klinisk stumme tromboser, blir det vel opp til hver enkelt avdeling å avgjøre hvilke rutiner de vil følge.

Brokkirurgi i Norge, erfaringer med lokal og generell anestesi



**Inge Glambek,
Haraldsplass Diakonale
Sykehus**

Dette er hovedsakelig et resymé av mitt innlegg på brokksesjonen under IAAS- kongressen i Amsterdam 16.4.07. Jeg fikk et oppgitt emne med fokus på epidemiologi og anestesiformer. Jeg tar også med litt av det andre som ble lagt frem på sesjonen.

Epidemiologi

I Norge opereres ca 6000 lyskebrokk årlig hos voksne, 3 % er femoralbrokk (67 % av pasientene er kvinner) og 97 % inguinalbrokk (90 % menn). Femoralbrokk opereres i 43 % som ØH-operasjoner mens bare 6 % av inguinalbrokkene opereres som ØH. Andelen ØH-operasjoner har gått markert ned fra 1991. (1) I samme periode har insidensen av operasjoner gått markert opp for begge brokktypene. Brokk skal altså opereres

mye, og er som sådan en viktig operasjon å tenke på når det gjelder logistikk.

Operasjonen

Femoralbrokk opereres mye som ØH p.g.a. inkarserasjon, og her har operasjonstypen forandret seg lite. For inguinalbrokk har det imidlertid vært en markert utvikling i Norge de siste årene. I 1991 var plastikker uten nett fortsatt dominerende, ca. 60 % ble operert som en eller annen Bassini-variant, 30 % som Shouldice-plastikk. I løpet av de neste 15 årene forandret dette seg radikalt. Nå opereres mer enn 90 % av inguinalbrokk med nett, 90% av disse gjøres som Liechtenstein-plastikk, resten som andre, fortrinnsvis preperitoneale nett. Bare 0.5 % av femoralbrokkene og 2 % av inguinalbrokkene opereres i Norge laparoskopisk. (Figur 1)

Tradisjonelt har fordelingen mellom laterale (65 %) og mediale (35%) inguinalbrokk vært ganske stabil. Nå ser det ut til å være en trend at andelen mediale brokk øker, men det er ikke registrert tall for dette

foreløpig. Kanskje et resultat av mindre fysisk aktivitet? Uansett tror jeg det her er snakk om to litt ulike sykdommer - *laterale brokk* der en åpentstående tunica vaginalis spiller størst rolle, og *mediale brokk* der vevets konsistens i lyskekanalens bunn (transversalisfascien, først og fremst) er viktigst. For meg har dette den konsekvensen at jeg opererer de to typene med ulike nett-plastikker: Liechtenstein for laterale, og preperitoneale nett for mediale lyskebrokk.

Laparoskopiske brokkoperasjoner ble diskutert i flere innlegg. Fortsatt er det en lang lærekurve for disse operasjonene, og til dels store tall for residiv. Den store gevinsten ser ut til å være at pasienten kommer fort ut av sykehuset og tilbake i arbeid. Men hvis vi utfører åpne operasjoner dagkirurgisk, forsvinner den første gevinsten, og hvis vi forbereder pasienten på at det er tilstrekkelig med én ukes sykemelding etter åpne plastikker, viser det seg at de er tilbake arbeid etter en uke. Laparoskopiske brokkoperasjoner gir færre små

komplikasjoner, men flere - om enn få - store, og har en tendens til oftere recidiv. De er dyrere og tar betydelig lengre tid enn de åpne plastikkene. At laparoskopiske brokkoperasjoner har sin plass er udiskutabelt, men min mening er at denne kirurgien skal samles på få hender, og være forbeholdt bilaterale brokk og residiv hos unge pasienter.

Anestesiformer

På vårt sykehus ble i 1999 90 % av lyskebrokkoperasjonene utført i spinal eller epidural blokade. I 2002 ble 80 % operert i lokalanestesi, og nå opererer vi 90 % i TIVA pluss lokalanestesi. (Figur 2) Denne utviklingen har sin forklaring:

- a) Spinalanestesi bør stort sett utgå for brokkoperasjoner. For det første får 2 % av pasientene urinretensjon postoperativt, og for det andre tar det lang tid før anestesien er ute av kroppen og pasientene kan reise hjem.
- b) Lokalanestesi er glimrende til brokkoperasjoner. Jeg vil anbefale en blanding av 20 ml Xylocain (lidocain) 1 % med adrenalin, 20 ml Marcain (bupivacain)

0.25 % uten adrenalin og 10 ml

Natriumbicarbonat 50 mMol/ml. Det siste gjør oppløsningen nøytral slik at den ikke svir, dessuten virker bedøvelsen fortere. Til sammen utgjør blandingen 50 ml som jeg setter i tre nivåer:

Først intradermalt i snittlinjen og rombeformet rundt denne, også under Scarpas fascie. Andre injeksjon gjøres når externusfascien er eksponert: Tre injeksjoner med til sammen 10 ml like under fascien slik at jeg ser væsken bre seg ut under denne. NB: Vent 1 minutt før fascien åpnes. Siste injeksjon er enten i peritonealstumpen når et lateralt brokk er ekstirpert, eller preperitonealt hvis det er et medialt brokk som er invaginert.

- c) TIVA bruker jeg nå i tillegg fordi jeg opererer fortere når pasienten sover. Jeg bruker samme lokalanestesi som over - like omhyggelig - fordi pasientene skal være smertestilt også når remifentanil og propofol er ute av kroppen. Min mediane operasjonstid hos 50 fortløpende pasienter - både primære og ved

residiv - registrerte jeg til 35.7 min (25 -50) med bare lokal-anestesi, og til 27.9 min (16-45) hos nye 50 fortløpende pasienter der pasientene fikk TIVA i tillegg. Dette gir meg én ekstra operasjon daglig, det svarer seg økonomisk og det gir pasientene en god opplevelse.

Per- og postoperativ smerteopplevelse

Jeg registrerte dette med VAS-skala fra 0 til 7 hos 55 pasienter som bare fikk lokalanestesi. Kort resymert var resultatet at det mest smertefulle var setting av selve anestesien (score 3.5) samt første natten etter operasjonen. Minst smerter var det under selve operasjonen. Den totale smerteopplevelsen var helt akseptabel (score 2.03), og bare én av pasientene ville ikke ha denne anestesiformen ved nytt inngrep.

Hos oss er smertebehandlingen ytterligere bedret ved at vi gir et fast regime med paracetamol og NSAIDs (diklofenak) i kombinasjon fra morgenen operasjonsdagen og i tre dager postoperativt. Ved en undersøkelse av 50 pasienter med dette regimet hadde bare tre

pasienter brukt mer smertestillende medikamenter enn den faste dosen.

Logistikk

I 1983 var det i Norge registrert 5780 innleggelser for lyskebrokk med til sammen 31.400 liggedøgn i sykehus (1). Nå opereres totalt 70 % som dagkirurgi i Norge, på vårt sykehus 90 %. Det har vært et spørsmål for meg om alle brokkpasienter må undersøkes før operasjonen, og om de må kontrolleres etterpå. Jeg har gjort to undersøkelser rundt dette, og kort resymert igjen: Hos oss tar vi nå pasienter med lyskebrokk direkte inn til operasjon på bakgrunn av henvisning fra fastlege. Det viser seg at nå bare 3 % må sendes hjem uten operasjon, enten fordi det er feil diagnose eller det ikke er operasjonsindikasjon. Da er henvisningene nøye

gjennomgått på forhånd, og der det er tvil (ca 5 %) tas pasienten til poliklinisk undersøkelse. Pasientene ringes også til uken før operasjonen, av dagkirurgisenterets daglige leder som også er anestesisykepleier. Jeg tar ikke brokkpasienter til kontroll - poliklinikken er hos oss en flaskehals. Dette logistiske opplegget krever betydelig arbeid med informasjon, både muntlig og skriftlig!

Resymé:

Det krever et visst mot å stå frem med anbefalinger om brokkkirurgi. For dette er noe norske kirurger ser ut til å tro at de er født til å mestre - uten særlige anstrengelser og uten øvelse. Jeg drister meg likevel til følgende helt personlige betraktninger:

- Jeg tar pasientene inn til operasjon uten forundersøkelse fordi jeg på den måten

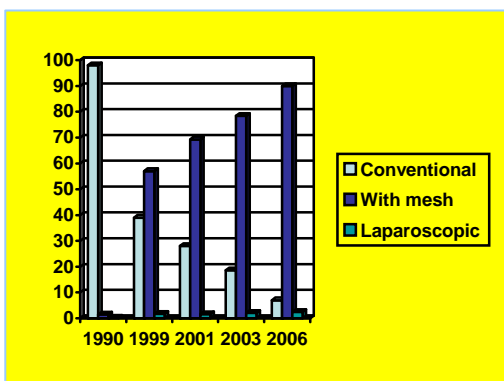
sparer ca. 320 konsultasjoner på poliklinikken

- Jeg tar ikke pasientene til rutinemessig kontroll - nye 320 konsultasjoner spart
- Jeg opererer laterale brokk med Liechtensteinplastikk og mediale med preperitonealt nett fordi jeg mener dette er to ulike sykdommer
- 90 % av lyskebrokkoperasjoner er dagkirurgi hos oss
- Jeg bruker både TIVA og full lokalanestesi fordi dette gir meg én ekstra operasjon per dag
- Jeg bruker et rigid fast regime av smertestillende medikasjon fordi det gir betydelig bedre smertelindring.

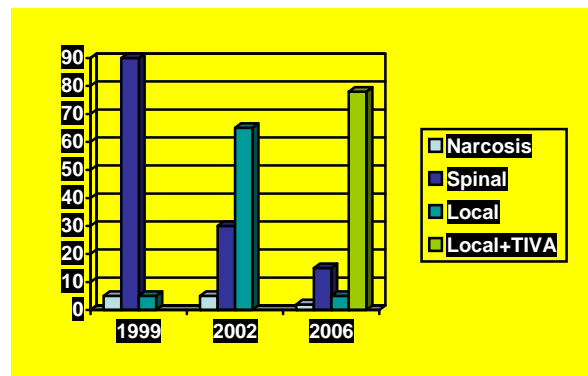
Referanse:

Mjaaland, O. Operasjon for lyske- og lårbrokk i Norge 1990-2003. Tidsskr Nor Lægeforen 2005; 125; 1338-40

Figur 1 : Operasjonsmetoder i Norge (Etter Mjaaland & al.)



Figur 2: Anestesiformer Haraldsplass



Inntrykk fra IAAS' generalforsamling, Amsterdam 15/4-2007

Ved Jørgen Nordentoft
styremedlem, NORDAF



Deltagere fra Norge (NORDAFs styre) var igjen Inge Glambek, Bergen og Jørgen Nordentoft, Sandvika.

Ny president for IAAS er en hyggelig, engelsktalende danske: Claus Toftgaard, som er kirurg og driver med administrativ medisin. Neste president, fra 2009, er fra Portugal.

Norge har vært aktiv i arbeidet for å oppnå mer skandinavisk innflytelse, samsvarende med den store interessen for IAAS' kongresser og dagkirurgi i det hele tatt. Vi har tatt initiativ til et **nordisk samarbeid** også utenfor IAAS-regi. IAAS kongressen i København i mai 2011 blir et internordisk samarbeidsprosjekt. For øvrig har vi akkurat fått Kronprinsesse Mary som beskytter for kongressen!!

Videre var det gledelig at så vel Sveriges kandidat, en dagkirurgisk meget profilert svenske, Anil Gupta, samt Jørgen Nordentoft fra NORDAFs styre ble innvalgt i IAAS' **Executive Committee (ExCo)**. Det vil således være tre Skandinaver i IAAS' styre, som består av i alt ni medlemmer. Det forekommer meg at vi er flere som ser behov for en revitalisering av denne utmerkede forening. Vi vil ha ytterligere fokus på tverrfaglighet, internasjonalisering og sunn økonomisk forvaltning av IAAS.

Neste internasjonale kongress i IAAS foregår i Brisbane, Australia, i juli 2009. Programutkast og fasiliteter ser meget lovende ut.

Økonomien i IAAS er under et visst press, med et ganske stort underskudd i 2006 (kongressfritt år) og en samlet kassebeholdning på ca. 950.000 NOK. Det ble diskutert en rekke forslag til initiativer for å bedre økonomien, herunder så vel initiativer til reduserte utgifter (møteaktivitet i styret m.v.) som mulighet for økte inntekter. ExCo skal om ca. seks måneder fremlegge en plan for dette.

Ungarn er blitt fullt medlem av organisasjonen, og ExCo vil arbeide målrettet for å få flere med på laget.

IAAS initiativer:

IAAS-boken vil dere være informert om som medlemmer av NORDAF, da alle medlemmer har fått et eksemplar gratis! Der var ros til så vel forfattere som initiativtager P.Lemos. Boken er tilgjengelig via IAAS' nye nettside: www.Iaas-med.com - Logg inn som 'Iaas member' med passord 'cq4vxg'.

IAAS' tidsskrift: 'Ambulatory Surgery' synes å ha fått ny vind i seilene. Tidsskriftet er nå tverrfaglig og elektronisk tilgjengelig via **IAAS' nettside** eller direkte: www.ambulatorysurgery.org .

IAAS' initiativ vedrørende utdanning av personale i dagkirurgiske enheter. Inge Glambek, som har erfaring med dette fra tidligere, er invitert med på dette potensielt omfangsrike prosjektet.

IAAS har utarbeidet et 'Policy Brief' i samarbeid med WHO og EU (Observatory on Health Systems and Policies. Titlen er: 'Day Surgery: making it happen' og det et 'state of

the art'-dokument, som beskriver ulike fasetter av dagkirurgisk virksomhet. Målgruppen er primært politikere og administratorer i regjeringer og i helsesektoren. De kan her få

et godt overblikk over fenomenet Dagkirurgi.

Informasjon om kongressen i Brisbane 2009:
www.iaascongress2009.org

Informasjon om kongressen i København 2011:

www.iaascongress2011.org



Presidentskifte i IAAS

Her overlater Dr. Ugo Baccaglini fra Italia presidentkjedet til danske Claus Toftegaard som skal ha styringen de neste to årene.



Nordisk samarbeid om kongressen i København i 2011.

Under kongressen deltok NORDAFs styre på et møte sammen med innbudte representanter fra de andre nordiske landene. Det var nyvalgt President i IAAS, Claus Toftegaard, som sto for møtet. Han ønsket plan

for det videre faglige, nordiske samarbeidet som skal avvikles i København mai 2011. Det var enighet om at alle landene skulle velge kontaktpersoner til det administrative og faglige samarbeidet. Foreløpig er vi

representert med Johan Ræder og Randi Duesund i den vitenskapelige komiteen, mens Jørgen Nordentoft og Inge Glambek er i organisasjonskomiteen.



Med dette stemningsbildet sier vi farvel til Amsterdam

Nordafs vintermøte 12. og 13. januar 2007

Vintermøtet synes å ha plassert seg i folks bevissthet. Ikke før er jula ryddet vekk, så dukker Nordafs årlige vintermøte opp som en oase for dem som trenger faglig påfyll og stimulans, diskusjoner og hyggelig samvær med kollegaer. Årets vintermøte samlet 330 deltagere fra hele landet. I tillegg var der en

større utstilling med førti firmarepresentanter til stede. Foreløpig har styret valgt å avvikle møtet uten parallelle sesjoner. Tanken har vært at de enkelte fagspesialitetene har egne årsmøter hvor man kan perfeksjonere egen spesialitet. Dagkirurgi er tverrfaglig tenkning, og vi har ønsket at deltagerne skal favne vidt og

bredspektret. Så får heller den enkelte av og til måtte tåle at ikke alle foredragene "treffer" hele tiden. Det blir som å sende på "en kanal". Selv om tilbudet har sine begrensninger, blir fordelene at man bevarer intimiteten (på et ellers stort møte) og en felles opplevelse som grunnlag for diskusjon siden.

Fagreferat fra vintermøtet v/ Johan Ræder

Aktuelle helsepolitiske føringer: Vidar Oma

Steine,
Helse og omsorgs-
departementet.



Man var opptatt av at vi i Norge har et meget ambisiøst system for helse-tjenester og at aktørene i helsevesenet må jobbe mer for å forvalte helheten - de må ikke bare være opptatt av sitt eget fagfelt eller snevre område hvis vi skal lykkes. Verken er ren markedsmodell, med prising, kjøp og salg av tjenester, eller en rent sentralstyrt planmodell løser problemene. Man er avhengig av et kollektivt ambisjonsnivå rundt godtatte normer for hva man skal drive med og ut fra dette agere også når det ikke foreligger insitamenter eller konkrete styringsanvisninger. Befolkningen er både borger/eier og bruker, og må bevisstgjøres på dette. For eksempel

så blir det feil å gå i fakkeltog for uendret drift av sitt eget lokalsykehus, samtidig som man forlanger fritt sykehusvalg når det gjelder egen helse.

Helse-Norge vil fremdeles være preget av at vi har to store, relativt nye reformer som ennå ikke har "satt" seg: fastlegeordningen og foretaksorganiseringen av sykehusene. Arbeidsfordelingen mellom stat og kommune ligger fast, men det er politisk debatt om hvordan de enkelte foretak (dvs. sykehus) skal organiseres med mellomledd (regionale foretak) opp til staten sentralt.

Statsbudsjettet for 2007 legger vekt på å styrke forebyggende medisin og samhandling innenfor helsevesenet. Modell for kapital forvaltning og budsjettering i sykehusene er endelig på plass. Det er konkrete planer og utvalg i gang med følgende viktige spørsmål: akutt funksjoner ved lokalsykehusene, nasjonalt styringssystem for høy-

spesialiserte tjenester (med landsfunksjoner og nasjonale kompetanse sentre), nytt råd for kvalitet og forbedring, ny sentral enhet for pasient-sikkerhet og nytt utvalg for inntektstfordeling mellom aktørene. Bruk av private aktører er politisk styrt, men prinsippet om å velge dem som leverer best ligger fast, noe som ikke tilsier en fast "pott" eller sentral prosent bevilgning til private. Både forvaltere og politikere synes å være mer enige om at budsjetter skal holdes, og man forventer at en tøffere budsjett disiplin vil bli gjort gjeldende i alle ledd fremover.

Trender i tiden: Medisinsk faglig utvikling,

Johan Ræder; Ullevål
Universitetssykehus, UiO

Viktige hovedtrender fremover vil være:
Økning i helsefaglig kunnskaps-



mengde, økt fagspesialisering av personell, økt globalisering, nye og bedre medikamenter, utstyr og IT.

Konsekvenser av dette er blant annet oppsplitting av fagligheten; noe som vil fremtvinge enten sentralisering av helse-tilbudet, spesialisering i smalere tilbud på hvert sted eller en ressurskrevende utbygging av alle institusjoner vi har i dag. Det er et tankekors at vi i Norge har omtrent samme sykehusstruktur i dag som for 50 år siden, til tross for rivende utvikling i telekommunikasjon, samferdselsnett og utbygging av luftambulansse. Økt spesialisering kan gå utover den tilgjengelighet og kontinuitet pasienten opplever, blant annet fordi også helsepersonell skal ta del i den generelle utviklingen med forutsigbar og begrenset arbeidstid.

En forbedring av helse-tjenesten kan bestå i forenkling av nåværende tilbud (f.eks. tabletter i stedet for operasjon), en forbedring (og fordyring) av nåværende tilbud (f.eks. trombolyse ved hjerteinfarkt) eller at helt nye tilbud utvikles (f.eks. HIV – medikamenter og transplantasjon).

Konsekvensene av helseforbedringer er oftest ikke økonomiske besparelser, men et bedre og/eller lengre liv for dem det gjelder. Den samfunnsøkonomiske idealpasienten er han/hun som arbeider og er frisk frem til 67 års alder for så å falle brått om død.

Konsekvensene av et lengre liv kan være en ren forskyvning av sykdommene i livets slutfase til et senere tidspunkt, men det kan også innebære at fasen med demens og pleiebehov forlenges, med mindre somatisk død i yngre alder. Potensialet for ytterligere øking i livslengde og kvalitet i et vestlige samfunn synes særlig å ligge i ikke-medikamentell profylakse og endringer i levestil (ikke-røyk, kosthold og mosjon) fremfor nye behandlingsmuligheter av sykdommer.

Globaliseringen sees i import av resistente og sjeldne mikrober, samt innvandrere med ny type helseproblematikk. Globalisering gir også økt mobilitet for både pasienter og behandlere; helsemarkedet utvides utover de nasjonale grenser.

Den teknologiske utviklingen består blant annet i økt bruk av non-invasive kirurgiske teknikker og medikamenter med mer målrettet, spesifikk effekt og færre bivirkninger. Støttefunksjonene er forbedret slik at eldre og sykere pasienter kan behandles sikkert. Kirurgisk behandling er blitt automatisert og modulbasert, men tilpasses individuelt til pasienten (jfr. moderne bilproduksjon: helautomatiserte fabrikker med mulighet for tilpasning av utstyr, farger, innredning, motorstørrelse etc).

Teknologien utfordrer også biologien, med dyrking av

nervevev og bruskvev, samt den store utviklingen som skjer innenfor genteknologi og stamcelleforskning. IT-utviklingen øker tilgjengeligheten på både pasientinformasjon og faglig spisskompetanse, samtidig som miniatyrering (f.eks. kamera i tablettformat) og trådløs teknologi (f.eks. pacemaker koblet til internett, intensivpasient uten ledninger) innebærer forenklinger.

Utfordringer for fremtidens ledere i helsevesenet, Tian Sørhaug, Sosialantropologisk institutt, UiO

Alle kulturer trenger ledere, fordi det alltid vil oppstå situasjoner som ikke lar seg løse etter alles egne primære ønsker eller etter anvisning fra gitte strukturer, dogmer eller regler. Ledere må håndtere unntakene og blir spesielt viktige i situasjoner med store endringer og stor kompleksitet. Det er tre basale former for ledelse: Kausal-ordreledelse (regler, pålegg), transaksjons- og incentivledelse (lønn, ros, goder i arbeidssituasjonen) og transformasjon-dialogledelse (enighet, overtalelse).

Sykehus er spesielt vanskelig å lede fordi kompetansen sitter ute og nederst i produksjonen, samtidig som man ikke har entydige og umiddelbare mål for suksess eller feil for



lederen. I en slik struktur er det ikke nok å foreta objektivt riktige beslutninger, vel så mye tid og energi må brukes på gode prosesser før beslutningen formes og deretter på implementeringen. En moderne sykehusleder må kjenne fagkulturen for å inneha legitimitet, men vil ikke kunne vedlikeholde egen spisskompetanse i fagkulturen. Moderne ledelse ligger mellom overtalelse (basert på tillitt) og ordre (basert på makt og autoritet).

Tradisjonelt var sykehusene relativt statiske, vertikale, hierarkiske, autoritære og nedover-divergerende organisasjoner (pyramide eller organisasjonstre). En slik oppbygging er god når det gjelder stabil storproduksjon av enkeltprodukter (f.eks. lårhalsoperasjoner, cellegiftkur) og ivaretar innovasjon og innhenting av ny kunnskap på grunnplanet hvis strukturen ikke er for autoritær. Hierarkiske strukturer er ikke gode til å håndtere kompleks produksjon i stadig forandring, selv om bl.a. bruk av e-post har vært med på å bryte ned stengsler og lette kommunikasjonen mellom leddene nederst i pyramiden. For moderne sykehus foreligger sterkere brukerfokus og ønske om å se pasient og pasientforløp som en helhet. Pasienten som prosjekt er en bedre modell i en slik situasjon; alle gode krefter i organisasjonen skal konvergere rundt pasientens helse og velvære som et

totalprosjekt. I en god prosessorganisasjon kreves det at alle vet litt om hva de andre i organisasjonen driver med og aktørene må ha forståelse for å kunne sette egne, snevre mål og ønsker til side når hensynet til prosjektet noen ganger er best tjent med det. Sørhaug var opptatt av at sykehusene fremdeles er preget av for mye diskontinuitet for pasienten og av at styrking av prosjektperspektivet er viktig. Videre bør sykehusene få dempet det kraftige trykket på produksjon utenfra. Mer vekt på verdibasert ledelse vil være av det gode; det krever at lederen delegerer, og det krever lojalitet fra medarbeideren, slik at ikke kreativiteten kveles av økt behov for revisjon og kontroll. Lederne stilles ofte overfor umulige oppgaver, med ustabile og uforutsigbare rammevilkår samtidig som man rives i balansen mellom hensynet til de over og de under i systemet. Man prøver å kompensere ved å motivere lederen med høy lønn og gunstige fallskjermer og pensjoner, men ser likevel at omløpstiden for ledere i helsevesenet blir stadig kortere.

Dagkirurgi er et eksempel på god prosjektorganisering rundt pasienten; alle aktørene har et felles mål og en felles forståelse om å få pasienten gjennom et total-forløp i en relativt flat og horisontal struktur, hvor lederen holder

orden på grensesnittene og uforutsette hendelser.

Helse, helsepolitikk og ledelse i et videre perspektiv: (Gudmund Hernes, FaFo)

Selv om det 20. århundre var preget av svære verdenskriger og mye politisk



elendighet, så var det også "Helsens århundre", med en rekke avgjørende medisinske gjennombrudd resulterende i økt levealder og bedre helse i et globalt perspektiv. Helsevesenet har fått økte evner og muligheter, men også økte ambisjoner, forventninger og krav. Det er, blant annet, en tendens til økt sykeliggjøring av det som tidligere ble betraktet som normale varianter av generell livsstil og psyke. Problemet er at forventninger og krav øker mer enn mulighetene, ikke minst ressursmessig, innenfor helsevesenet. Det er ikke bare spørsmål om en statisk etterspørsel som skal møtes, men også det at økte tilbud og muligheter i seg selv skaper sin egen, nye etterspørsel (Says lov).

Både markeds- og planøkonomimodellen har problemer innenfor helsevesenet. I vår relativt planbaserte modell så viser det seg at folk ikke vil akseptere alle sentrale beslutninger (f.eks. nedlegging av sykehus).

Politikerne, som med relativt korte mellomrom må sikre seg gjenvalg, gir etter og overprøver beslutninger de selv har gitt føringer for å få gjort annerledes. Helsevesenet sliter med interne problemer ved at det er for mange sterke grupper med utallige innbyrdes relasjoner: for 100 forskjellige grupper er det mulig å skape 4950 innbyrdes tosidige relasjoner! Helsevesenet er også for komplisert til at markedsmodellen fungerer. Brukerne har for lite grunnlag og tid til å fatte riktige beslutninger om kompliserte spørsmål rundt egen helse, de trenger styring og pålitelige råd. Dette er årsaken til at markedet i avanserte samfunn generelt er supplert med store bedrifter og organisasjoner som kan forhandle, etterprøve og kontrollere på vegne av flere. Det å gjennomføre en handel i et slikt komplisert marked får transaksjonskostnader (kostnader knyttet til selve prosessen mellom tilbyder og kjøper) løsrevet fra de direkte utgiftene knyttet til selve produktet eller tjenesten. I det amerikanske helsevesenet er disse transaksjonskostnadene svært store: forsikringsselskap, markedsførings- og reklamebyråer, advokater etc. stikker av med svære ressurser. Resultatet er at en stor del av befolkningen har et dårlig tilbud til tross for at ingen andre land bruker mer på helse. Et unntak er den del av det amerikanske systemet som ligner mest på det nordiske; Veterans Health

Administration, for alle som har hatt tilknytning til forsvaret. Her er kostnadene ved seleksjon av pasienter, markedsføring og prising minimert; ved at alle har adgang til samme sett av definerte tjenester på definerte sykehus med god rammefinansiering i bunn.

Hernes konkluderte med noen få leveregler: Ledere bør tilstrebe å bruke mer energi på å lede produksjonsprosessen enn på å pleie relasjoner, intriger, politikk, kontroll etc. Videre er det fire gode leveregler generelt:

- Be nice: Ikke vær den første som finner på noe tull eller ureglementert
- Be provocative: vær tidlig ute med å støtte det som er rett når andre har gjort noe galt
- Be forgiving: ikke vær hevngjerrig, men se fremover når en sak er løst
- Be clear: vær tydelig på egne tanker og ambisjoner, uten å stikke hodet altfor langt frem eller være for flink.

Improvement in organization and quality of the patient flow through an ambulatory surgical event, Paul Baskerville, London, UK) Pasientene er mer kunder enn pasienter i våre dager. For 30 år siden var kirurgien kun livreddende – nå er den livskvalitetsfremmende. Målene

for god dagkirurgi er: Sikkerhet (vel ivarett!), kvalitet (mer variabelt), effekt av behandling på plager (variabelt!) og kostnads-effektivitet (variabelt). I UK bruker man begrepet HRG - "Helthcare resource groups" – altså mer presist og riktig enn det diagnoserrelaterede DRG-systemet.

Man har intervjuet pasienter, allmennleger, kirurger osv, for å finne ut hva som gjør at noe fungerer og evt. hvorfor ikke. Et godt utgangspunkt er å finne frem til de beste i landet på en spesifikk prosedyre/operasjon, se hvordan de gjør det, sammenlikne med internasjonal litteratur og så lage en veiledning eller "clinical pathway". En slik veiledning må starte der pasienten først går til lege med symptomer og fortsette frem til han/hun er fullt restituert. Hendelsesforløpet må brytes opp i definerte deler som må analyseres og optimaliseres. Det er påvist fire sentrale områder for forbedringer: Folk (multidisiplinært), prosess (maksimere kapasiteten – fast-track), informasjon (forbedre kommunikasjon med pasienter og offentligheten) og diagnostikk(nye teknologier).

Ett viktig tiltak er å delegere en del tidligere legeoppgaver til sykepleiere og sekretærer, et annet å gi anestesologen ansvar for en del av de pre- og postoperative oppgavene rundt pasientens generelle helse.

How do we recruit and educate surgeons and other skilled members of the ambulatory team in the future? *Paul Baskerville, London, UK*

Tidligere tok det 13 år for å bli kirurgisk spesialist, med opptil 100 timer arbeide pr uke. Nå skal det være 40 timers arbeidsuke og syv års spesialisering. Dette er et problem i forhold til kirurgens "mengdetrening" under utdanningen. Tidligere tiders ensidige "mester-svenn" - læring ved jobbing i klinisk praksis, må gjøres mer fokusert og differensiert.:

- 1: Selv- læring (Pc og Internet inkludert.)
- 2: Forelesninger/kurs
- 3: Klinisk undervisning
- 4: Ferdighetstrening (apparater, simulator, dyr/kadavere)
- 5: Operativ erfaring

Ved King`s College har man audiovisuelle linjer mellom operasjonsstuene og andre rom for undervisning (f. eks auditorier.). 50 % av tiden til kirurg kandidatens tid brukes i dagkirurgi. Både operasjons-sykepleiere, anesthesiologer og kirurger brukes i undervisningen. Kirurgen skal lære seg å tenke multididplinært, han/hun skal følge *pasienten* - ikke overlegen i en vanlig hverdag. Man arbeider også for å sentralisere opplæringen til et fåtall læringscentre som får ekstra ressurser for dette formål. I en storby som London (7 mill innbyggere)

tenker man seg to-fire sentre for hver type kirurgi, hvor man hvert sted har et dedikert og intensivt klinisk opplærings-program supplert med operativ trening frem til spesialitet.

Dagkirurgiske pasienter med luftveislidelser:

Hva skal vi se etter, tenke på og bestemme oss for? *Bjørn Johansen, RH-DNR/ UiO*

Det er lav frekvens av luftveiskomplikasjoner ved dagkirurgi, og de enkelte tilfellene er ikke alltid enkle å forutsi. Nedsatt lungefunksjon er i seg selv meget sjelden kontraindikasjon mot dagkirurgi

Generelt så vil kirurgi i kroppshuler i nærheten av mellomgulvet (dvs. øvre abdomen og thorax) gi redusert lungefunksjon. Dessuten vil generell anestesi, særlig inhalasjonsanestetika, påvirke det samme.

Lungevolum (FRC) reduseres med opptil 25-50%. Bare det å ligge flatt reduserer lungevolumet i seg selv og gir shunting av blod i basale avsnitt med tendens til fall i O₂- metning og evne til effektiv hoste.

Ved siden av anamnese, og evt. røntgen thorax, kan måling av O₂- metning i hvile, evt. blodgass og spirometri være nyttig i utredningen. Normal FEV₁ er på minst 70 % av FEV.

KOLS- pasienter er som regel storryktere. De har ofte

kombinert kronisk infeksjon, obstruksjon, sekretstagnasjon, økt infeksjonstendens og bronkial hyperreaktivitet. Problemet melder seg gjerne postoperativt hos disse pasientene med økt sekretmengde som de ikke får opp og ut.

Astma er en ren bronkial irritasjonstilstand. Pasientene har mest problemer intraoperativt p.g.a. tendens til bronkospasme. Ferske symptomer øker risikoen, mens det er lavere risiko ved stabil astma. God forbehandling og stabilisering av tilstanden er viktig.

Søvnapne` defineres som pustestopp >10 sekunder. minst 4-5 ganger per time under søvn.

Oksygenmetningen synker ofte betydelig, og søvnkvaliteten er dårlig slik at pasientene ofte er trette på dagtid. De fleste pasientene er overvektige, og tilstanden er betydelig underdiagnostisert. Postoperativt risiko øker med bruk av opioider.

Røykere har ofte KOLS, samt at de har redusert O₂ opptak i blodet mange timer etter en røyk pga. av kullos. Skal man anbefale preoperativ røykeslutt, bør det helst gjøres åtte uker i forveien, slik at luftveienes hyperreaktivitet og hypersekresjon er falt til ro.

Er sykehusene flinke nok til å lære av sine feil? *Siri Wiig, Stavanger, SUS, Stavanger*



Fra et samfunnsvitenskapelig ståsted har Wiig og kollegaer gjennomført en spørreundersøkelse av personell rundt avvik/feil og innrapportering ved Universitetssykehuset i Stavanger. Positivt var at 70-80% av de spurte mente feil ikke blir brukt mot dem senere, og at mellomlederne vurderer personalets forslag til endringer seriøst. Negativt var at bare 25% mente toppledelsen legger til rette for innrapportering (50% var indifferente, 25% mente ledelsen ikke la til rette). Det var også betenkelig at hele 45% ikke hadde meldt en eneste hendelse på ett år, selv om det i praksis ofte blir slik at nærmeste mellomleder melder inn hendelser. Sykepleierne står for 65% av meldingene, bare 5% kommer fra leger. Tilbakemeldingen på innrapportering er dårlig, men åpenheten rundt feil er god om enn mest på det uformelle plan. Ca 2/3 av meldingene omhandler pasientfall (som sjelden er alvorlige), 20-25% er legemiddelfeil. Et gjennomgående problem er at tempoet i arbeidsdagen oppleves for høyt med tanke på sikkerhet, hele 40% mente at de ofte jobber i en "krisemodus".

For å få en god meldekultur er det viktig å ha et enkelt og entydig system for melding av alle typer avvik. Det er viktig å ha en åpen kultur for rapportering og signalisere at man er ute etter en systemtilnærming til feil: Hva er det ved systemet som skaper feil/avvik, fremfor å jakte på syndebukker og individuelle, personlige feil. Det er viktig med gode tilbakemeldinger og tilrettelegging for læring av avvik og "nesten"-avvik (som er hyppigere og kan være like nyttige i læringsøyemed).

Forskernes konklusjon er at sykehusene ikke er flinke nok til å rapportere og lære av feil. Dette skyldes dels mangler i organisasjon og kultur, men også for høyt arbeidstempo og for mange oppgaver samtidig for personalet.

Hva er pasientrepresentanter opptatt av? *Kristin Holler, UUS*

Alle sykehus skal ha et brukerråd med representanter for pasienter, pårørende, ansatte og sykehusledelse. Brukerrådet på Ullevål har utarbeidet en meget konkret og nyttig ønskeliste fra pasientens ståsted under et opphold (se www.nordaf.no → høstmøte 07 for detaljer). Generelt dreier det seg om å bli respektert og få god informasjon, og videre om enkle tiltak for praktisk tilrettelegging for pasientene før, under og etter et opphold. Det er også viktig å anlegge et individuelt perspektiv: en ung, yrkesaktiv pasient har andre

prioriteringer (valg av tidspunkt, effektivitet) enn en gammel skrøpelig pensjonist (nok tid, trygghet, kontinuitet). Sykehusene kan også bli flinkere til å lage internett-baserte brukerportaler for sine pasienter, selv om relativt få ennå tar slikt verktøy i bruk i praksis.

Noen eksempler på feil og potensielle farer.



"Bare en liten ØNH-operasjon..."

Sverre Dølvik, Asker:

Det ble referert en kasuistikk med fullstendig luftveisspasme og problemer hos et barn (2 år) som skulle få hull på trommehinne i narkose- et rutineinngrep. Forskjellige heftelser (refluks, astma) ved helsen fra og med fødsel bør generelt mane til omtanke og forsiktighet. Her viste det seg å foreligge en sjelden kromosomail med ledsagende syndrom.

Et par andre eksempler: Inge Glambek, Haraldsplass Diakonale sykehus, Bergen:

Det ble referert en pasient som feilaktig fikk utført omskjæring i stedet for fimosespalting. Dette skjedde på grunn av et bytte i

rekkefølgen for operasjonene. Dette kan være en reell fare på en travel enhet når 6-7 pasienter skal inn til nokså like prosedyrer etter hverandre.

Flere eksempler:

Johan Ræder, UUS:

a) Det ble referert en kasuistikk med en pasient som lå våken og lammet (kurarisert) under en operasjon. Dette oppleves meget angstfylt og kan skje når en kurarisert pasient får for lite sovemiddel i forhold til behovet. Insidensen er ca 1-2 per 1000 kurarisert pasienter. Bare ca. halvparten husker våkenheten på recovery, de fleste andre i løpet av første.døgn. Pasienter som ikke får kurare er ikke truet, de vil kunne bevege på seg og få varslet før de er bevisst noe ubehag eller subjektivt våkne. Det er viktig å ta disse pasientene alvorlig, tro på dem og få bearbeidet opplevelsen tidlig og grundig etterpå.

b) En kasuistikk med mulig anafylaksi ble referert. Følgende ble understreket: Et godt pasientskjema med under-skrift for å dokumentere egen helse (herunder kjente allergier), betydningen av god overvåkning og beredskap (Intravenøs væske og adrenalin) og tilgjengelighet av defibrillator ved hjerrestans og ventrikkelflimmer.

c) En kasuistikk med umulig intubasjon og umulig maske-ventilasjon hos en pasient med helt stiv nakke og brystkasse

(Bechterew) ble referert. Disse pasientene må man ha en omfattende plan og beredskap for, og oftest henviser til anesthesiinnledning i et stort sykehusmiljø.

d) En kasuistikk med asystole under innblåsing av gass ved laparoskopi ble referert. Viktig er rask injeksjon av efedrin+atropin, ventilering med rent oksygen og tipping over i venstre sideleie (så ikke gassen havner i venstre hjertehalvdel).

e) En kasuistikk med spørsmål om erstatning for forverret hodepine og nakkeplager etter dagkirurgi få dager etter en trafikkulykke ble referert. Det er ikke holdepunkter for at elektiv kirurgi eller anestesi forverrer en eventuell hode/nakkeskade, men det er viktig å klarere ut dette med pasienten på forhånd, eventuelt utsette inngrepet til pasienten er i stabil symptomfase for å unngår senere diskusjoner.

Frie foredrag

Hvordan har den dagkirurgiske pasient det etter hjemkomst? Registrering fra SUS gjennom 11 år.

Anne Endresen, Stavanger



Det ble skissert et meget forbilledlig opplegg for kvalitetssikring av postoperativ fase

etter utskrivelse, med frankerte spørreskjema. Det ble vist hvordan slik oppfølging systematisk kan brukes for å endre rutiner og oppnå forbedringer.

Anafylaksi og dagkirurgi – sammentreff eller tilfeldigheter?

Fred A. Andersen og Anne B Guttormsen, Haukeland Universitetssykehus

Det ble referert en opphopning av fem tilfeller ved en klinikk, to av disse skyldtes bruk av patent-blått ved mamma-kirurgi. Riktig behandling (væske og adrenalin) ble poengtert, likeledes utredning: tryptaseprøve etter to timer og ett døgn (+ preoperativt blod hvis mulig), eventuelt henvisning til allergologisk poliklinikk for spesifikk prikktesting. Det er viktig å melde slike saker til det sentrale anestesi-og anafylaksi registeret i Bergen; de kan også gi råd om informasjon og oppfølging.

Infeksjonsregistrering og pasient tilfredshet – 6 uker etter inngrepet.



En spørreundersøkelse

Reidun Lie Larsen, Dagkirurgisk senter, UUS
Det ble fremlagt et materiale som viste hvordan man med

spørreskjema kan få fokus på postoperative infeksjoner (som først viser seg etter hjemkomst) og bruke informasjonen til å forbedre rutiner og finne svake punkter.

Musikk eller småprat, - ja takk begge deler.



Marianne Jungersen, Dagkir Senter, UUS

Det ble fremlagt et materiale der pasientene var blitt eksponert for nøytral musikk/lyder fra høytalere i hodeputen, under og eventuelt før/etter inngrepet. De aller fleste pasientene ville gjerne ha dette tilbudet, ingen var direkte negative. Fordelen med pute fremfor øretelefoner er at pasienten ikke får følelsen av å være utenfor og dermed miste kontroll

Blir det mindre smerte etter remifentanil anestesi hvis fentanyl gis først?

Harald Lenz og Johan Ræder, UUS:

Remifentanil kan gi hyperalgesi og mer smerte postoperativt. I denne studien fant man ingen effekt i form av redusert hyperalgesi ved å gi fentanyl 1 mikrogram/kg før remifentanil start. Pasienten fikk 0,43 mikrogram remifentanil /kg/minutt i snitt, gjennom 90 min anestesi for korsbåndoperasjon.

Kuldebandasje etter meniskreseksjoner.

N. Kise, H. Foss, A. Ekeland . Martina Hansens Hospital:

Man fant at bruk av kuldebandasje de første timene etter en meniskreseksjon reduserte smerten de første fire døgn og ga en kraftigere bedring i funksjonsscore i samme periode enn uten kuldebandasje.

Meniskreparasjoner utført med Fast-Fix®, all-inside metode.

N.Kise, S. Heir, A. Ekeland, Martina Hansens Hospital

Resultatet av denne studien tyder på at Fast-Fix er en rask og atraumatisk metode for meniskreparasjon, med gode langtidsresultater (fulgt i ett år mhp reoperasjon).

Er cox-II- hemmere like farlige som i fjor?

Johan Ræder, UUS

Store, prospektive studier av etoricoxib (Arcoxia) og lumiracoxib (Prexige) viser at disse medikamentene ikke gir mer kardiovaskulære problemer ved daglig bruk i ett år enn det man ser med diclofenac og ibuprofen. Forekomsten av dyspepsi og magesårsproblematikk er redusert med cox-II hemmere og mulighet for økt blødnings-tendens foreligger ikke. Det ser ut som om gruppen NSAID/cox-II hemmere generelt består av medikamenter med litt forskjellig effekt og bivirkningsprofil. Man håper å komme tilbake til en situasjon der medikamenter kan velges ut fra hva som er viktig for den enkelte pasient.

Alle foredragene er lagt ut på våre nettsider www.nordaf.no

Neste vintermøte er 11. og 12. januar 2008. Hold av datoen!!!!

Se mer informasjon om dette på side 39

Glimt fra vintermøtet 2007



*Til venstre:
Nei, det er ikke det dere
tror...
Men det er Baskerville som
trekker vinnerloddet ut av
hotellets dusjhette!*



*Under:
Jørgen Nordentoft sammen med Toril
Johnsen som takker av etter 10 år i
styret*



Lunsjen ser ut til å smake!



Stor interesse for flott utstilling



*Våre faste
kunder - Jonas
og Eva!*



Kommende møter:

Neste dagkirurgiske verdenskongress blir i juli mnd. - 2009 i Brisbane, Australia
www.iaascongress2009.org Denne nettsiden vil holde dere orientert og kanskje stimulert? - til å spare opp et Australia fond mens det enda er tid.

I Trondheim planlegges et dagkirurgisk seminar fra fredag ettermiddag 2. og lørdag 3. november 2007. Dette er et regionalt møte for Helse Midt Norge. Programmet er ikke helt klart enda, men vil bli annonsert når den tid kommer.

NORDAFs vintermøte 11. og 12. januar 2008

Sett av datoen!

Når først galt skal være.. Vi søker etter lærerike eksempler om feil og uhell til vintermøtet

Vi vil på ingen måte oppfordre til uhell og feilbehandling Men hvis først galt skulle være, ber vi dere å ta vare på historien og ta kontakt med Johan Ræder i god tid foran neste vintermøte. Vi har alle mye å lære av uventede hendelser og taklingen av dette, og har derfor et ønske om å få belyst tankevekkende eksempler på møtet. Dersom man ønsker å anonymisere fremlegget, kan det ordnes. joan.rader@medisin.uio.no
Innlegg honoreres med kr. 1000,-

Frie foredrag til vintermøtet

Ingen sak er for liten eller for stor til ikke å kunne fremlegges på vintermøtet under sesjonen "frie foredrag". Det kan dreie seg om et faglig innslag, undersøkelse, informasjon eller gode tips og ideer man ønsker å dele med andre dagkirurgi interesserte. Innslagene bør være av 7-8 minutters varighet. Start planleggingen mens du lar tankene fly i sommervarmen, og ta så kontakt med Johan Ræder for påmelding når vinterstormen raser rundt juletider joan.rader@medisin.uio.no Innlegg honoreres med kr 1000,-

NORDAFs styre

Styreleder Johan Ræder, Prof. Anestesiavd, Ullevål Universitetsykehus HF (UUS)
mail: joan.rader@medisin.uio.no tlf 22119690

Kasserer Terje Dybvik, leder for akuttdivisjonen, UUS. HF, Oslo mail: terje.dybvik@ulleval.no tlf 22119690

Eugen Eide, Overlege ortopedisk avd. St. Olavs Hospital HF, Trondheim mail: eugei@online.no Tlf 73868000

Inge Glambek, Overlege Kir.avd, Haraldsplass Diakonale sykehus, Bergen
mail: inge.glambek@haraldsplass.no Tlf 55978500

Dorte Solnør Gulbrandsen, Daglig leder, Dagkir. enhet, Rikshospitalet HF
mail: dorte.solnor.gulbrandsen@rikshospitalet.no tlf 23072056

Berit Karin Helland, Avd.leder, Dagkirurgisk avdeling, A-hus. mail: berit.karin.helland@ahus.no

Jørgen Nordentoft, overlege anestesi, Martina Hansens Hospital, Sandvika mail: jnordent@online.no

Redaktør for Nyhetsbrevet, Unni Naalsund, anestesipl. Dagkir avdeling UUS
mail: unn-naal@online.no Tlf 22119908 el. mobil 91588808



