

## VINTERMØTET ER SNART MER STABILT ENN VINTEREN SELV

**Nordaf's vintermøte avvikles 12. og 13. januar.** Uavhengig av snø og ytre temperaturer inviteres igjen alle dagkirurgiske helsearbeidere inn i varmen på Clarion Hotell, Gardermoen. I en travel hver-

dag er det viktig å kunne stoppe opp og nyte livet, la seg faglig inspirere og dele gode og tankevekkende erfaringer med dagkirurgisk personell fra hele landet. Men her er mer å dele

på..... les mer om dette side....14

**Meld deg på frie foredrag!**



Program for vintermøte finner du på [www.nordaf.no](http://www.nordaf.no)

## Verdenskongress i Dagkirurgi, Amsterdam 15-18 april 2007

Midt mens tulipanblomstringen er på sitt vakreste, arrangeres det verdenskongress i dagkirurgi i Amsterdam. Tradisjonelt har disse kongressene samlet mange skandinaver.



Her er muligheter for faglig oppdatering og masse hyggelig samvær. Vi som driver med dagkirurgi trenger næring og gjødning for å kunne ha en frodig og fargerik blomstring i dagliglivets rutinepregete gjøremål.

Så la oss alle etter en lang vinter inspireres av verden og "folde oss ut" i Amsterdam! Klikk dere inn på [www.iaascongress2007.org](http://www.iaascongress2007.org)

## Nordisk samarbeid om verdenskongressen i København i 2011

Danskene skal være ansvarlige for arrangementet av verdenskongressen i 2011. Mulighetene for et nordisk samarbeid om programavviklingen har vært drøftet. Danskene inviterte til møte i København om dette i oktober, og Nordafs styre tok turen dit sammen med representanter fra Sverige og Finland. Mer om dette side...

### Ny bok om Dagkirurgi

I regi av IAAS (International Assosiation for Ambulatory Surgery), er det nå utgitt en bok om dagkirurgi. "Day Surgery Development and Practice". Den vil tilbys medlemmene på vintermøtet. Den kan også leses på [www.iaas-med.org](http://www.iaas-med.org)

**Søknadsfrist for Nordaf stipend på kr 5000 er 10. januar 2007**

**Les mer om dette og hvem som fikk høstens stipendier på side 15**

### Innhold:

Leder.....	s. 2
Dyriske refleksjoner.....	s 3
Dagkirurgi på Kongsberg sykehus.....	s 6
Nordisk samarbeid.....	s 13.
Rapport fra Lugano.....	s 12
Diverse informasjon.....	s 14
Kommende møter.....	s 15



**Leder****ved Johan Ræder****Statsbudsjettet, helse og dagkirurgi, noe nytt?**

Vi som ikke er økonomer har nok litt vanskelig for å forstå at det i all vår oljerikdom er nødvendig og viktig å redusere innsatsen i Helsevesenet tilbake til 2004 nivå, etter at man i 2005 og 2006 fikk redusert køer og økt kapasiteten så det monnet. Vi lever jo tross alt i en virkelighet hvor antall eldre øker, nye og ressurskrevende behandlingsmetoder lanseres og folks krav og forventning til sikkerhet, kvalitet og service fra helsevesenet er økende. I tillegg så vet vi at utgifter til en rekke av de varer og tjenester helsevesenet må kjøpe fra andre vil øke og at helsearbeidere, (faktisk som

” Inntil nødvendig modning skjer, må vi være forberedt på en reduksjon i helse-tilbudet når vi skal ned på 2004 nivå.

alle andre!), har krav på en viss lønnsvekst uten å bli mistenkeliggjort for griskhet og egoisme. Dette går rett og slett ikke ”i hop”. Med mindre vi virkelig klarer å skru effektiviseringskruen enda en runde til, så vil tilbudet måtte bli redusert. En fullt mulig form for effektivisering er å se på antall akuttmottak samt redusere antall avdelinger som skal ha et bredt tilbud, til fordel for mer spesialiserte enheter som ikke nødvendigvis behøver å bli færre eller større. Dette er nok imidlertid tiltak som krever betydelig modning og folkeopplysning. Vi har ikke helt tatt inn over oss at man i dag har helt andre transport og kommunikasjonsmuligheter enn da sykehus strukturen ble lagt etter siste krig. Videre at førstelinjetjenesten ved virkelige akutte ting er blitt dramatisk bedre med legehelikoptre, spesialambulanser og en godt utbygd distriktshelse-tjeneste. Meget få pasienter dør i Norge i dag fordi det nærmeste sykehuset ikke var nær nok, med unntak av åpenbart umulige idealer som at livstruende knivstikk og hjertestans helst bør skje innenfor 3-4 minutters avstand fra en spesialenhet.

Inntil nødvendig modning skjer, må vi være forberedt

på en reduksjon i helse-tilbudet når vi skal ned på 2004 nivå. Dagkirurgien kommer i en spesiell situasjon når krybben skal tømmes og fordeles. Selv om mange av våre pasienter har betydelige plager og tidvis lovfestet garanti for behandling, så snakker vi oftest om inngrep som ikke er livbergende eller høyest prioritert. Slik sett skulle, ut fra overordnet tenking, dagkirurgi være et greit sted å starte med innsparing, ved å begrense tilbudet av dagkirurgiske inngrep. Dette har de regionale helseforetak allerede sett på, og deres første tiltak er å strupe de private, dagkirurgiske sykehusene. Selv om man fra Stortingshold mener at det private tilbudet er et effektivt og nødvendig korrektiv, så har man på foretaknivå skjont at utdeling av kortsiktige, årlige, uforutsigbare og snaue operasjonskvoter er et effektivt middel for å dempe privat organisert dagkirurgi. Spørsmålet er imidlertid om dette i seg selv vil dempe totalaktiviteten, det private bidraget har tross alt vært begrenset i utgangspunktet. Dessuten er det nå en rekke offentlig drevne enheter som har sett at dagkirurgi er lønnsomt, og derfor ikke et sted man vil kutte først. Ferske 2005 tall fra Sintef viser at det er en tendens til at de mest ”DRG lønnsomme” operasjonene har



kortest ventetid, kortere enn mer prioriterte inngrep; noe som tyder på at de lokale helseforetak ser på stykkprislønnsomhet. Mens det er usikkert om dagkirurgi vil bli prioritert ned ved økonomisk knapphet, er det sikkert at noen typer aktivitet vil lide og at vi vil få ventelister innenfor enkelte felter. En sikkerhetsventil vil da være helprivatisert virksomhet, at pasienten kommer med sine egne penger og kjøper et inngrep hos en privat aktør. Vi så det for 10 -15 år siden når ventelistene for hofteprotese var mer enn 1-2 år; mange fant seg råd til å kjøpe inngrepet privat. Vi ser det

igjen i disse dager; ventetiden for operasjon for ekstrem fedme er opptil 2-3 år eller ubestemt i mange deler av landet, og en økende del slike pasienter er villige til å betale 140 000 kroner for å få gjort inngrepet privat. Vi ser også at betalingsevnen er stor og villigheten god innenfor kosmetisk kirurgi, kostbar tannbehandling etc. En annen sikkerhetsventil er ikke-koordinerte straks tiltak, slik som vi nylig har sett når regjeringen gir øremerkede ekstramidler for å få sykemeldte ut av operasjonskøer. Gledelig for de som stiller med budsjetter, men ikke nødvendigvis for

oss på operasjonsstuene, hvis den økte aktivitet og inntekt skal skvives inn i en driftshverdag som allerede går på høygir.

Spørsmålet til våre politikere må derfor bli om de igjen vil ha oss tilbake til et økende innslag av jungelens private lov for mange typer inngrep, om de vil gi oss klare føringer for hva som skal prioriteres, eller om de vil la oss få litt arbeidsro ved å videreføre de siste års aktivitetsnivå. Tilbake til 2004 er ikke tilbake til steinalderen, men likevel et klart tilbakeskritt.  
Johan Ræder nov 06.

## Vårt dyriske samfunn *ved Unni Naalsund*



**Noen tanker rundt organisering og omorganisering, effektivisering og endringer**

I disse tider hvor omorganiseringssyndromet har rast over helse- Norge og vekket våre mest primitive instinkter til live, kan jeg ikke fri meg fra noen språklige, dyriske assosiasjoner og refleksjoner. En av de store forskjellene på dyr og mennesker er at menneskene har et språk der ord uttrykker sinne, glede eller tilfredshet, som også

setter en i stand til å drøfte problemer og finne løsninger. Selv om dyrene også har et språk som kan tolkes av mennesker, så kan overgangene fra de ulike tilstander føles bråere. Fordi de instinktivt vet at tegn til sykdom eller svakhet kan koste dem livet eller posisjonen i flokken, vil de så lenge som mulig holde symptomene på dette skjult for omverdenen. Derfor er det ikke sjelden at når først kjæledyret viser sin svakhet, kan det være for sent for kurativ behandling. Er det kanskje samme beskyttelsesinstinkt som er årsaken til at så mye uklar

terminologi benyttes når nye planer legges frem? Brå overganger og uforutsigbarhet får vi med nye ledere som viser sin handlekraft med omorganiseringer hvor verken tidligere historie, avtaler eller opparbeidet kunnskap lenger har betydning. Det dyriske har imidlertid fått en innpakning av menneskeskapte ord som vi har skjønt er viktige; kostnadseffektiv drift, samlokalisering, samhandling, synergi-effekter og verdibasert endringsledelse.

Forts.n. side...

Når en ny eier (ny leder) overtar et hus, kan vel saktens huset trenge litt oppussing slik at det tilpasses tidens krav og holdes i en fargeskala den nye eieren liker. På den annen side er det sjelden nødvendig å rive hele huset. Er det et godt kjøp (og kjøpet var vel frivillig?) bør man kunne gå ut fra at det meste kan brukes med enkle forandringer.

Eller mener man tidligere eier (leder) helt har neglisjert vedlikeholdsarbeidet eller gjort alt galt? Det å rive ned trenger man ikke store tankeprosesser til, og kortvarige økonomiske gevinster har vi ikke lenger krefter til å være imponert over. Men å vurdere hva som skal tas vare på og hva som bør fornyes eller utbygges, krever både innsikt og langsiktige økonomiske perspektiver. Hvordan kan nye ledere forlange lojalitet og entusiasme til nye endringer så lenge de selv ikke viser samme ydmykhet og respekt for eksisterende ordninger og fagmiljøer utviklet over tid? Vi må fra

vårt ståsted kunne forvente at også en ny leder viser tegn til tilpasning og endringsvilje.

”

Har man våkne ansatte og ledere, burde det være mulig kontinuerlig å gjennomføre forandringer og nytenkning. Men dette må skje i naturlig takt med fagutviklingen og i harmoni med både de ansattes og sykehusledernes ønsker og visjoner.

I all spennende organisasjonsteori om grenseløse forflytninger av personell og pasienter, er det viktig å huske at forvaltning av fagkunnskap og ønsket om god pasientbehandling blir reviret den utøvende helsearbeider vil vokte. Vi liker ikke at gnisten, initiativet og gleden over godt samarbeid og hyggelig arbeidsmiljø rives opp uten at det foreligger overbevisende grunner for det. Avisene har i høst vært fulle av artikler som har vist hvordan kostbare omorganiseringer, spesielt i statlig sektor, har ført til økt sykefravær og økt antall trygdede blant de ansatte. Mennesket kan bli sykt både av forandringer og av mangel på forandringer. Kanskje regjeringen likevel var inne på noe når de ville at også disse omstillingsutgiftene skulle belastes arbeidsplassen? Tall og kroner er tydeligvis sterkere tale enn kloke ord, selv i dagens kommunikasjons-

samfunn.

Slagsmål mellom hunder kan bli en blodig affære hvis to strie dyr fyker i hop. Imidlertid vil en fredelig hund som ikke ønsker noen kamp øyeblikkelig legge seg på rygg. Dette er hundens måte å vise at den gir seg på, og slagsmålet uteblir.

Vi forstår at dagens sykehusledere hadde syntes det greieste hadde vært at vi alle hadde kastet oss på rygg for hver nye ordre som blir gitt. Men vi velger å se på det som en noe ryggesløs og uengasjert holdning til vanskelige problemer. Kunnskapssamfunnet har sin pris, og dette dreier seg om mer enn kronetelling. Aldri har verken ledere eller utøvende helsearbeidere vært mer skolerte enn i dag. Har man våkne ansatte og ledere, burde det være mulig kontinuerlig å gjennomføre forandringer og nytenkning. Men dette må skje i naturlig takt med fagutviklingen og i harmoni med både de ansattes og sykehusledernes ønsker og visjoner.

Siden vi nå likevel av og til befinner oss i jungelen hvor den sterkeste rett gjelder, ber vi om forståelse for at også vi kan legge kunnskapen til side og få et instinktivt handlingsmønster som selv en løve kan misunne oss. Ryggleie er ikke nødvendigvis yndlingsposisjonen for oss som har levd en stund.





## Dagkirurgi på Kongsberg Sykehus



**Seksjonssykepleier Randi Duesund har nå drevet med dagkirurgi i tjuetolv år. Hun har laget denne grundige rapporten fra sin avdeling i Kongsberg. Her er mye nyttig stoff og gode tanker om dagkirurgisk drift.**

Historien om dagbehandling på Kongsberg sykehus går til 1982, da vi hadde vår første dagpasient i et eget organisatorisk behandlings- og omsorgsnivå mellom innleggelse i sykehus og poliklinikk. Det var en nyskaping i Helse-Norge.

Siden den gang har vi drevet dagbehandling på forskjellige måter, hva gjelder plassering i sykehus og organisatorisk tilknytning, men de grunnleggende ideene fra oppstarten har vist seg fortsatt å være relevante.

Nåværende Dagkirurgisk senter på Kongsberg (DKS) ble bygget som en egen enhet spesielt tilpasset dagbehandling og sto ferdig i 2000. Den gang var Kongsberg sykehus organisatorisk en del av Buskerud sentralsykehus, og vi skulle drive den nye avdelingen sammen. Sånn ble det ikke. Sykehuset ble fristilt like før bygget sto ferdig, og vi fikk ansvar for å drive senteret. Den planlagte

kapasiteten var for stor for Kongsberg alene, og vi har aldri hatt ressurser nok til å utnytte hele avdelingen. 25. mai ble de første pasientene tatt i mot på DKS. Bortsett fra størrelsen på totalarealet hadde vi ”fått det som vi ville”. Det var sterk brukermedvirkning i alt fra planløsning, fargevalg, innkjøp av utstyr og inventar til ansvar for rutiner og prosedyrer. For første gang skulle pre-, per- og postoperativ pasientbehandling skje innenfor en seksjon. Det samme personalet skulle ta hånd om alt et behandlingsopplegg innebærer, fra søknadene kom til telefonintervju med pasientene første postoperative dag. Til tross for lang erfaring med dagbehandling, var vi spent på akkurat denne nyskapingen, og det var nettopp vi som skulle skape den! Vi skulle drive vårt eget lille sykehus, og det var spennende og utfordrende. Vi hadde rekruttert et ”dream-team” av dyktige og

entusiastiske medarbeidere som skulle gjøre avdelingen til et godt sted å være både for pasienter, pårørende og personalet. Ikke minst skulle arbeidsgivers forventninger om kostnads-effektiv drift innfris.

### **Visjon, strategi og mål**

Helse Sør har gitt oss følgende føringer: respekt, faglig dyktighet og tilgjengelighet. Blefjell sykehus skal være ”Ett sykehus nær deg og dine” der service, kvalitet og kompetanse skal være retningsgivende. Vi tilstreber å oppfylle denne målsettingen i vårt daglige arbeid.

### **Organisering**

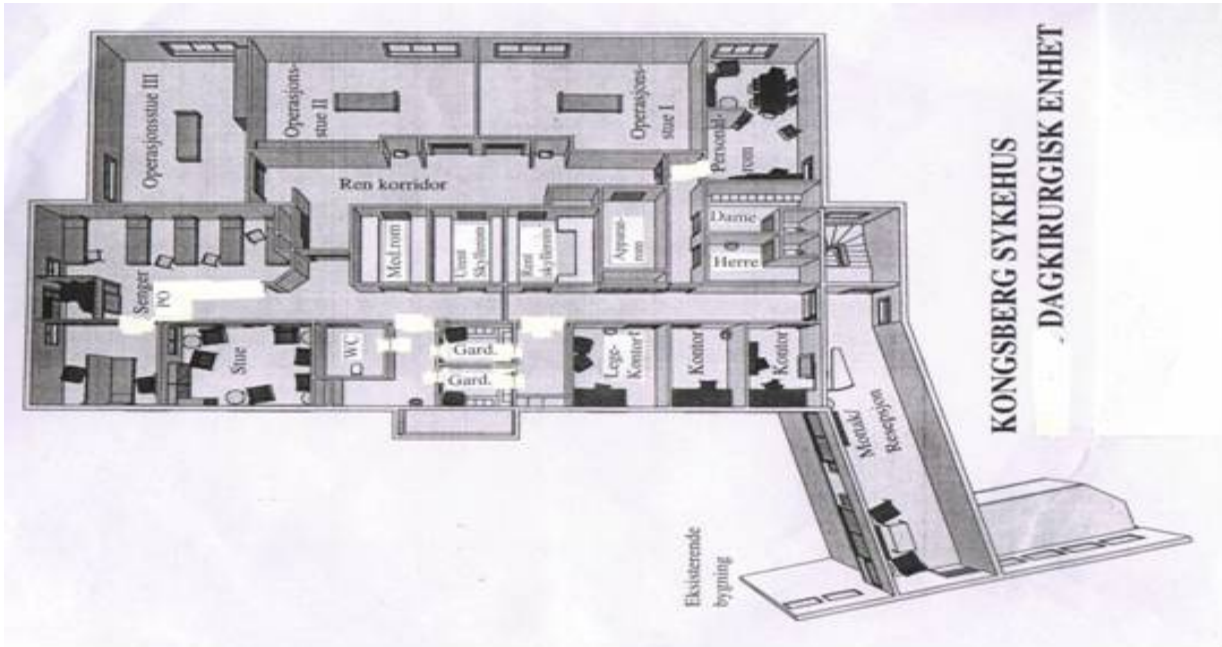
Dagkirurgisk senter er nå organisert i Klinikken for akuttmedisin, Blefjell sykehus. Klinikken er organisert på tvers i de tre sykehusene med felles klinikkjef, en felles avdelingsleder for intensiv/akuttmottak og en felles for operasjon og anestesi. DKS - Kongsberg er en seksjon, men det drives også dagbehandling på de andre stedene.

## Areal, lokaler og utstyr

Det nye dagkirurgiske bygget henger fysisk sammen med sykehuset via en korridor. Totalt er avdelingen på ca. 440 m<sup>2</sup>.

Den har et to-korridor system. Det er tre operasjonsstuer, hver på ca. 32m<sup>2</sup>. Utstyr og innredning er nytt og moderne.

Operasjonsbordene brukes også som senger - eller omvendt. Det sparer pasientene for uro, og personalets helse og tid.



Bordet/sengen er god nok til å operere på og god nok til å ligge i.

På postoperativ (PO) er det plass til syv "senger", men bare fem er i bruk. PO er delt i ett lite og ett stort pasientrom. Det gir mulighet for å skjerme pasienter der det er ønskelig, for eksempel barn som har med foreldre. I pasientstuen er det fem stressless-stoler med bord. Der sitter pasientene både før og etter inngrepet.

Avdelingen har også medisinerom, rent / urent skylle-rom med gjennomgående instrumentvaskemaskin, toalett, lager, personalrom med kjøkkenkrok, kontorer og garderober. (se plan-

løsningen). Pasientene får låsbare garderober. Bortsett fra å skifte til sykehusskjorte, har de på seg sine private klær helt til de legger seg på operasjonsbordet

### Type pasienter og inngrep

Det opereres ortopediske, generelle kirurgiske og gynekologiske pasienter. Det er flest voksne pasienter, men også noen barn. Pasientene er i ASA-gruppe 1, 2 eller kjent og velregulert gruppe 3. Vi ser en tendens til at stadig flere pasienter i gruppe 3 behandles som dagpasienter. Vi får utført preoperativt EKG på medisinsk poliklinikk og / eller blodprøver ved laboratoriet ved behov.

Det er en fordel å ha kort avstand til sykehusets øvrige serviceavdelinger.

Alle søknadene som kommer til sykehuset vurderes av overlege som bestemmer om pasienten skal utredes videre ved poliklinikken, søkes direkte til dagbehandling eller til innleggelse. Mange av dagpasientene kommer direkte til operasjon på søknad fra primærlege.

Det er et savn at vi ikke har faste leger som er spesielt interessert i dagbehandling og tar ansvar for å utvikle mulighetene som finnes innen dette spesialfeltet. Resultatet er at vi, med få

unntak, stort sett gjør de samme typer inngrep i dag som for 25 år siden - eller kanskje vi allerede den gang hadde en pasientmix som er spesielt velegnet til dagbehandling.

### Åpningstid og behandlingsskapitet

DKS har åpent mandag til og med torsdag fra kl. 07.15 til kl.16.30. Fredag stenger avdelingen kl. 15.30. Det er stengt 14 dager i forbindelse med jul / nyttår, en uke til påske og 7 - 8 uker om sommeren. Noen dager før og etter sommerstenging brukes til revisjon av prosedyrer, informasjonsmateriell, kontroll av utstyr, rengjøring o.s.v. Det opereres ca. 30 pasienter per uke 40 uker i året.

### Bemanning, funksjon og turnus

Målet med bemanning og normeringen er å gjøre hver profesjons spesialoppgaver så begrenset som mulig, og området for fellesoppgaver så stort som mulig, innenfor faglig forsvarlige rammer. En seksjon med få ansatte er avhengig av å ha personale som tar tak i de oppgavene som finnes uten å tenke på hva som er "mitt bord" og "ditt bord". Det gir større fleksibilitet og øker utnyttelsesgraden av personalet ved sykdom og fravær. Det medfører utvidet funksjonsområde og jobbrotasjon og resulterer i økt effektivitet. Fremfor alt fører det til økt ansvarlighet

overfor helheten. Den nære kontakten med pasientene gjennom hele oppholdet er noe av det som er mest inspirerende ved å jobbe på dagkirurgen.

Seksjonssykepleier (100%) er daglig leder og totalansvarlig for driften. Mye av tiden brukes til å ha kontakt med pasienter og forberede oppholdet. Hun er også operasjonssykepleier, og ved fravær kan hun tre inn både på PO, operasjonsstua og delvis i sekretærfunksjonen.

Sekretær (100 %) har ansvar for brevskrivning, klargjøring av journaler, skriftlig informasjon og skjemaer som brukes i forbindelse med hvert pasientopphold. Hun tar imot pasienter, ordner betaling, betjener telefon, kontrollerer koding og takster, skriver operasjonsbeskrivelser/ epikriser, fører regnskap m.m. Hun holder orden på alt og er verd sin vekt i gull!

Hjelpepleieren (80%) er avdelingens "tusenbein" som er både høyt og lavt. Hun har blant annet ansvar for logistikk, holder orden på utstyr, lagerbestilling, instrumenter, daglig vedlikehold, fakturaer og er vår kontaktperson mot sykehusets serviceavdelinger som kjøkken, sterilsentral, lager, apotek og hovedavdelinger.

Vår renholder (100 %) stiller avdelingen med stor kjærlighet. Siden av-

delingen er så komprimert, blir orden og renhold ivaretatt.

Vi valgte bevisst å bemanne med bare spesialsykepleiere i anestesi og operasjon. Det er tre anestesisykepleiere (275%) og fire operasjonssykepleiere (355%). Foruten sine spesialområder har de også ansvar for preoperativ forberedelse og postoperativ oppvåkning / overvåkning. Dette var uvant til å begynne med. Det var lenge siden vi hadde hatt ansvar for pre- og postoperativ sykepleie.

I løpet av dagen, og etter at den operative aktiviteten er slutt, deltar alle sykepleierne i forefallende arbeid på PO og med hjemreisesamtaler med hver enkelt pasient.

En liten enhet kan fort bli sårbar. I begynnelsen prøvde vi med noe fast personale og noen som rullerte fra hovedavdelingen, både på ukebasis og /eller i åremålsstillinger, slik at flere var kjent på begge steder. Ordningen ble evaluert, og det viste seg at ingen var særlig fornøyd. Mange følte at de verken hørte til her eller der. I dag er leder, pleiepersonale, sekretær og renholder fast ansatt på DKS. Det faste personalet går i en årsturnus, der alle jobber gjennomsnittlig mer pr. uke enn det stillingsbrøken deres tilsier. På den måten er det full bemanning i driftsukene når pasientene vil bli behandlet, og mulig





het for avspasering i høytidene når pasientene ikke vil opereres. Vi opplever det som en styrke for avdelingen å ha fast personale fordi det øker engasjementet, kunnskapen og ansvarligheten.

Det er én operatør per dag. På overlegenes turnus er det fastsatt hvilke dager hver enkelt skal være på DKS. Det er derfor forutsigbart hvem som er dagens operatør, slik at seksjonssykepleier kan ta inn riktige pasienter til riktig lege. Med en operatør og to pleieteam kan legen gå "fra stue til stue" uten å måtte vente på innledning og avslutning. Organiseringen og bemanningen gir høy utnyttelsesgrad av operatøren. Dagkirurgen er vel det eneste stedet der vi aldri hører om at det tar så lang tid mellom operasjonene! Assistentleger er med for opplæring i avdelingen. Dette er ikke forutsigbart, fordi det ikke er satt i system. All opplæring medfører dilemmaer mellom kortsiktige krav til effektivitet og langsiktig, pålagt investering i utdanning og kvalifisering, men vi er ikke tvil om at DKS er et velegnet sted for opplæring.

I mange år var så heldige å ha fast anestesilege – vår alles kjære Henry Quaynor. Da han gikk av med pensjon måtte vi få anestesileger som også skulle delta i

turnus. I dag ruller de på ukebasis fra hovedavdelingen. Selv om det er få personer det handler om, så savner vi den kontinuiteten det medfører å ha én fast anestesilege.

### Timebestilling

Vi har ikke noe system for direkte timebestilling. For delen med dagens ordning er at seksjonssykepleier har full kontroll over oppsetting av operasjonsprogrammet. Det gir mulighet til å ta med i planleggingen mange av de utallige velkjente, men ikke alltid eksplisitte, faktorer som vi vet preger livet på hospitalet! Det gir en mer realistisk og forutsigbar arbeidsdag. (I år skal sykehuset ta i bruk Helse Sørs elektroniske operasjons-planleggingsverktøy, SPISS. Det kan gi mulighet for et nytt bookingssystem). Samtidig med at pasientene får brev om at søknaden om operasjon / undersøkelse er mottatt med informasjon om behandlingsgaranti, får de et skjema: "Egne opplysninger", med spørsmål som de skal svare på og sende tilbake.

I skjemaet får vi mange opplysninger som er svært viktige for at vi skal kunne forberede oppholdet. Alle som har lest søknader vet at det ofte kun står om inngrepet, og ingenting annet. Det er ikke godt nok. Vi må forberede oss på å ta imot hele mennesker med deres egen historie og sosiale relasjoner – ikke "bare

pasienter". Opplysningene i egenmeldingsskjemaet brukes aktivt i mange sammenhenger, og vi skjønner ikke hvordan noen kan greie seg uten disse tilleggsopplysningene.

Seksjonssykepleier ringer alle pasientene og avtaler en operasjonsdato sammen med dem. Det betyr at det bare er ca. 1 – 2 pasienter i halvåret som ikke møter opp uten å gi beskjed. Det synes vi er bra! Det viser seg at når de selv er med på å bestemme datoen, så kommer de.

### Informasjon og kommunikasjon

Informasjon er ikke mottatt før den er forstått, og kritikk for manglende informasjon er det som topper klagen hos pasientombudene. Vi har arbeidet mye med rutiner for skriftlig og muntlig informasjon. Mengde og type informasjon gis etter hvor pasientene befinner seg i behandlingsopplegget. Når dato for inngrepet er fastsatt, får de tilsendt brosjyre med praktiske opplysninger om hvordan dagen er planlagt, informasjon om inngrepet og opplysninger om hjemmebasert premedikasjon.

Når pasientene er i avdelingen, vil vi at de skal kjenne igjen det de tidligere har lest eller blitt fortalt, og de skal også kunne finne igjen opplysningene når de kommer hjem. Svært mange

sier de føler seg godt informert. Vi er opptatt av å lytte til hva pasienten selv sier eller har av spørsmål. Det er ikke alltid det samme som det vi tror de trenger eller vil ha.

### **Anestesi og smertebehandling**

Anestesi begynner med hjemmebasert premedikasjon. Ut fra søknaden og "Egne opplysninger" bestemmer anestesilegen hva slags medisiner pasienten skal få. For tiden bruker vi paracetamol 1.5 - 2 g og diklofenak 50 mg til dem som tåler det.

Pasientene får tilsendt resept og informasjon om medikamentene og bruken av dem. De kan da hente medisinerne før operasjonsdagen, og de blir bedt om å ta første dose før de reiser hjemmefra om morgenen. Det brukes mest total intravenøs anestesi (TIVA) og intravenøs regional anestesi (IVRA) med eller uten blokader og lokal infiltrasjon

### **Hvordan ligger det så an med service, kvalitet og kompetanse?**

Vi har rutiner for å etterkontrollere arbeidet vårt. Hver morgen har vi rapport der vi gjennomgår dagens pasienter og refererer forrige dags telefonintervjuer, for å se om det er noe vi skal lære av pasientenes opplevelser. Denne daglige erfaringsoverføringen har vært viktig i arbeidet med å utvikle et

godt dagkirurgisk konsept. Tilbakemeldingen fra pasientene er at de i svært stor grad er fornøyd, og det tar vi til oss. Vi har også stadig prosjekter for å etterkontrollere grupper av pasienter. Vi har jobbet med infeksjonsregistrering, preoperativ ventetid, postoperativ smerte / kvalme, pasienter med stressinkontinens, pasienterfaringer og utnyttelsesgraden av avdelingens ressurser, for å nevne noe. Det er viktig for oss å omsette nysgjerrighet til kunnskap og faglig utvikling. Det er en plikt å kontrollere egen praksis. Vi har begrenset med penger til eksterne kurs og konferanser. I år valgte vi å dra på NORDAFs vintermøte alle sammen.

Vintermøtet gir oss viktig inspirasjon, men dermed var årets kurspott brukt allerede i januar! Kompetanse kan heldigvis skaffes på mange måter, ikke minst ved å bruke mulighetene i egen avdeling. Fra nyttår 2006 fikk en anestesi- og en operasjonssykepleier med spesielt ansvar for utvikling innen eget fagområde. Vi er i ferd med å utvikle disse funksjonene.

En del av kvalitetsbegrepet er å erkjenne og å lære av uheldige hendelser. Alt går ikke alltid bra. Vi gjør feil, og vi gjør nesten feil. Vi har hatt viktige, og ofte vanskelige diskusjoner for å finne ut hva det innebærer å

ha en god meldekultur. Sykehuset har innført et meldesystem (Total Management Quality – TQM) for oppfølging av enkelthendelser, men også for avdekking av systemfeil. Vi vil bidra til en selvevaluerende og lærende organisasjon.

### **Hva med oss, da?**

Uten trivsel, ingen arbeids glede. Uten arbeids glede, ingen trivsel og uten dette kan ikke service, kvalitet og kompetanse skapes. Derfor er arbeidsmiljøet viktig. Det blir et tett arbeidsfellesskap når 10 – 12 mennesker jobber sammen hver dag. Vi lever med hverandre i "lyst og latter" og i "gode og onde dager". En av sykepleierne sammenliknet oss med en familie som har gjester hele tiden, og det er utfordrende. Helse Sør har årlige klimaudersøkelser blant personalet, og vi scorer høyt på jobbtillfredshet.

Det er en glede å oppleve helheten i pasientarbeidet ved at vi står ansvarlig for alt som skjer gjennom hele behandlingsopplegget. Vi møter pasienter og pårørende med deres forventninger, tillit, angst, kritikk og takknemlighet.

Som leder må jeg få si at DKS har en fantastisk stab med folk som har sterk personlig integritet og holder høy faglig standard, og jeg kan trygt si at pasientene står i sentrum!

## **First European Congress of Anaesthesia Management for Outpatient Surgery, Lugano, 15-17 sept 2006**



### **Rapport fra "The Norwegian Team"**

**Ellen Borge (tv.) og Turid Petlund fra Dagkirurgisk Senter på Ullevål Universitetssykehus tok utfordringen og reiste til Lugano og holdt foredrag om dagkirurgisk drift og post operativ dagkirurgisk sykepleie.**

Selvfølgelig takket vi ja da vi ble invitert til å delta på den første europeiske dagkirurgiske anestesikongressen. Den ble arrangert i Lugano, i den italienske delen av Sveits. Vi synes det er veldig positivt at også sykepleiere ble bedt om å holde foredrag, selv om det var flest anestesileger blant de 150 deltagerne, flest fra Italia og Sveits. Fokus skulle være på ledelse, organisering og drift av dagkirurgiske avdelinger.

Alt foregikk på engelsk, med oversettelse til italiensk.

Det var lagt opp til et tett og variert program fra fredag til søndag med innslag fra kjente foredragsholdere som P. White, USA, G. Fanelli, Italia, Camponovo, Sveits, F.Gatta og Bettelli, Italia, J. De Andres, Spania foruten J. Jakobsson, Sverige og Z.J. Koscielnak-Nielsen fra

Danmark. Sammen med vår egen dr. Johan Ræder, som hadde flere innlegg, utgjorde vi "The Norwegian Team". Vi stod for sykepleiesesjonen lørdag formiddag, med erfaringer fra dagkirurgisk drift ved Ullevål Universitetssykehus. Turid Petlund la frem avdelingens oppbygning, forutsetninger for effektiv drift og organisering av sykepleier-tjenesten, mens Ellen Borge tok for seg pre- og postoperativ sykepleie. Det var stor interesse for erfaringene fra Skandinavia. Vi fikk fort bekreftet at Italia og Sveits fortsatt har et stykke å gå når det gjelder finansiering og holdninger til dagkirurgi. Det tar tid å bygge opp teamfølelse og ansvarlighet, og dette gjøres lettere i mindre avdelinger. Vi merket oss at det kun var tre utstillere og få firma-

representanter. I det hele tatt var målestokken mindre her enn den vi møter på Nordafs vintermøte eller på Verdenskongressen. Vi skjønnte fort at vi er kommet lenger, har holdt på over lengre tid og behandlet flere pasienter dagkirurgisk enn de andre deltagerne her. Vi følte derfor at vi var gode bidragsytere og hadde mange nyttige tips. Utveksling av erfaringer er viktig i det videre arbeidet, og det er fint å få frem flere sykepleiererfaringer. Det kan tenkes at dette blir et årlig arrangement, og vi kommer gjerne tilbake.

Kongresslokalene var praktisk og teknisk velfungerende. Vi bodde bra og spiste godt, og vi fikk sett både byen og fjellene til tross for mye regn og lave skyer nedover fjellsidene.



## **Felles nordisk innsats før den dagkirurgiske verdenskongressen som i regi av IAAS skal arrangeres i København 8. -11. mai 20011**



*Referat fra felles nordisk møte i København ved Inge Glambek, Haraldsplass diak.sykehus*

### **Det er langt frem, men likevel...**

Det blir nå dansk president-skap i IAAS for neste periode. Claus Toftegaard blir president, og i den forbindelse har danskene søkt om og fått arrangementet av IAAS-kongressen for 2011. En liten morsomhet er at datoene som først var satt opp var 16.- 18. mai. Da vi gjorde oppmerksom på at dette ville føre til ekstremt lav deltagelse fra Norge - som på den tiden jo feirer frigjøringen fra nettopp danskene - ble altså arrangementet flyttet en uke frem.

Dette blir et stort arrangement med forventet deltagelse på rundt 2500 delegater. Danskene har ønsket et felles nordisk løft i forbindelse med arrangementet, og det var nå innkalt til møte i København fredag 13. oktober. Ingen uhell inntraff - tvert imot hadde Nordaf-styret et fint styremøte på vei ned. Seks representanter fra styret vårt reiste.

Møtet ble holdt på Bellasenteret på Amager ved København, et kjempestort, kjempeflott, kjempelegant og sikkert kjempedyrt senter som fint kan ta imot det ventede antallet delegater. Foruten oss nordmenn var to svenske og to finske representanter til stede i tillegg til danskene.

Claus Toftegaard og anestesiologyen Jens Ingbæk har ansvaret for arrangementet, og de skisserte en tredelt struktur: en sosial, en rent organisatorisk og en vitenskapelig del. Allerede nå er selve arrangementet satt ut til **International Conference Services** som fremsto som meget profesjonelle. Det er først og fremst i arbeidet med selve programmet at vi andre kan bidra. Det ble vedtatt at hvert land oppnevner en kirurg, en sykepleier og en anestesiology til en programkomite. Det vil bli opprettet en nettside for kongressen, linket fra alle de nordiske foreningenes hjemmesider samt fra IAAS. Forsøksvis vil det parallellt med dette bli laget en egen web-site

med passord for programkomiteen, slik at de kan arbeide på nett uten at uvedkommende blander seg inn. Nordaf vil oppnevne representanter til programkomiteen i forbindelse med neste styremøte.

Det ble diskutert en del rundt prefinansieringen, som erfaringsmessig bør ligge på rundt 5 % av det totale budsjettet. Dette vil i første omgang dekkes av et dansk prefinansieringslån, som i neste omgang dekkes opp av reklameinntekter på kongressens nettsted. Problemet er at IAAS ikke er noen rik organisasjon, og at forventede reklameinntekter ikke kan påregnes før tidligst i 2009. Så langt kom vi - dette ser lovende ut, synes jeg.

Det er langt frem, men tiden går fortere og fortere...

### **Bli medlem i Nordaf?**

*Klikk deg inn på [www.Nordaf.no](http://www.Nordaf.no)  
Medlemskapet koster kr 100, pr år.  
Dette vil gi deg fortrinnsrett til kurs, stipendier etc. Du vil også få tilsendt Nyhetsbrevet et par ganger i året.*



### **Vintermøtet er Nordafs viktigste aktivitet**

Det avvikles over to dager - 12. og 13. januar 2007. Det kan bli et hektisk døgn med variasjon i foredragene, en stor og tverrfaglig utstilling og rik anledning til å treffe likesinnede fra hele landet. Men ikke alt kan skje på

dagtid. - En samlende festmiddag med ulike underholdningsinnslag gjør at festen fort strekker seg ut i de små timer og kan gjøre en overnatting anbefalelsesverdig.

*Vi fortsetter vår spektakulære loddtrekning blant medlemmene under festmiddagen. Det trekkes 2 gevinster a kr. 10000 øremerket verdenskongressen i Amsterdam.*

### **Feil, uhell og håndteringen av dette. Vi søker etter lærerrike eksempler.**

Livet på en dagkirurgisk avdeling er preget av gjentakelser og rutiner. Vi vet alle at det nettopp er når man minst venter det at feil eller uhell oppstår. Vi ville så gjerne hatt flere eksempler fra virkeligheten som kunne fremlegges på

vintermøtet. Sakene vil da bli fremlagt og drøftet. Dersom noen sitter på hendelser eller historier som kan brukes som tankevekkende eksempler, ber vi dere ta kontakt med Johan Ræder. Da kan dere også bli enige om hvordan saken

skal presenteres. [johan.rader@medisin.uio.no](mailto:johan.rader@medisin.uio.no) Vi vil på ingen måte stimulere til at feil og uhell skal kunne skje, men når først galt skal være...alle hendelser som fremlegges honoreres med kr 1000,-

### **Frie foredrag til vintermøtet**

Dagliglivets bærebjelke er nå likevel alt som går bra. Derfor vil vi også ha innslag til temaet "frie innlegg" til vintermøtet. Det kan dreie seg om en undersøkelse, informasjon eller gode tips og ideer man ønsker å dele

med andre. Innslagene bør være av 7-8 minutters varighet. Dersom du har noe å bidra med, kan du henvende deg til Johan Ræder. Dette kan du si fra om med en gang, men du kan også tenke på det en stund godt

ut i førjulsaktivitetene. Fristen er 20. desember. Det er gode detaljer og rutiner som blir viktige for å lage et fint dagkirurgisk tilbud. Derfor er ingen sak for stor eller for liten for oss.

### **Presentasjon av dagkirurgiske avdelinger i Nyhetsbrevet**

Nyhetsbrevet vil gjerne presentere ulike dagkirurgiske avdelinger, både de som synes å fungere bra, men også like gjerne de som sliter litt med logistikk og uegnede lokaler. Det er mye å lære av tankene rundt de ulike problemstillingene. Det bygges og har vært bygget flere nye avdelinger som vi kunne tenkt oss å få

nærmere presentert. Dessuten har vi alle de avdelingene som er blitt reorganisert og omstrukturert den senere tid. Det er nok først når alt har lagt seg litt til ro man kan stille spørsmål om gevinsten egentlig sto i forhold til investering og innsats. Ble det mer effektiv drift ut av det, og ble det et bedre sted

å være både for pasienten og personalet? Hvis noen vil skrive litt (et par sider) om sin dagkirurgiske avdeling, ta kontakt med redaksjonen! Vi minner om at bidrag honoreres med opp til kr 1000,-



**Kommende dagkirurgiske møter og begivenheter.**

Verdenskongress i Amsterdam

I.A.A.S -7. th. International Congress, Amsterdam 15-18 April 2007

[www.iaascongress2007.org](http://www.iaascongress2007.org)

Den danske dagkirurgiske foreningen arrangerer sitt forårsmøte 13.mars 2007 i Fredericia.

De feirer sitt 10 års jubileum i år. [www.dsdk.dk](http://www.dsdk.dk)

Svensk Dagkirurgisk forening har sitt møte i Gøteborg 26.-27. april 2007.

”Ro i land, kirurgi på løpende bånd” Om dagkirurgi og sikkerhet. [www.dagkir.nu](http://www.dagkir.nu) gir nærmere informasjon.**Stipend pålydende kr 5000,-Søknadsfrist 10. januar 2007**

To ganger i året deler Nordaf ut tre stipendier a kr 5000,-

Dette er ment å være et bidrag til en studietur, et aktuelt dagkirurgisk møte i inn- eller utland eller andre kreative formål som kan bidra til økt kunnskap om dagkirurgi. Betingelsen for å motta stipend, er at det sendes inn en liten rapport til Nyhetsbrevet etterpå og at du er medlem av Norda

**Mottagere av Nordafs stipend denne høsten**

er 2 anestesisykepleiere som begge ønsker å reise på studiebesøk til andre dagkirurgiske avdelinger. Laila Udnes kommer fra Lillehammer og Anne Grønvold kommer fra Kirkenes sykehus. Hvor de tok veien får vi vite i neste Nyhetsbrev...

**Nordafs styre:**

Styreleder Johan Ræder, Prof. Anestesiavd, Ullevål Universitetsykehus HF (UUS)

Mail: [johan.rader@medisin.uio.no](mailto:johan.rader@medisin.uio.no) tlf 22119690

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

mail: [terje.dybvik@ullevaal.no](mailto:terje.dybvik@ullevaal.no) tlf 22119690

Eugen Eide, Overlege ortopedisk avd. St. Olavs Hospital HF, Trondheim

mail: [eugei@online.no](mailto:eugei@online.no) Tlf 73868000

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

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

Dorte Solnor Gulbrandsen, Daglig leder, dagkir. enhet, Rikshospitalet HF

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

Jørgen Nordentoft, overlege anestesi, Volvat Sykehus

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

Torild Johnsen, Avd.leder/ovespl. Dagkir.avd, Universitetssykehuset Nord Norge HF

[torild.johnsen@unn.no](mailto:torild.johnsen@unn.no) tlf 77627418 el. 41290297

Redaktør for Nyhetsbrevet, Unni Naalsund, anestesispl. Dagkir avdeling UUS

Mail: [unn-naal@online.no](mailto:unn-naal@online.no) Tlf 22119908 el. mobil 91588808**Nyhetsbrevet**

Vi er takknemlige for bidrag av stoff til Nyhetsbrevet.

Det kan være alt fra fagstoff, små tips eller nyheter, en anbefaling av en god bok eller artikkel el.

Vi er også åpne for ris, ros eller gode ideer og innspill. Vedr. innslag om egen avdeling se side 14

I redaksjonen:

Redaktør Unni Naalsund, UUS tlf 22119908

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

Edda Steen -Hansen, UUS, 22119908

[zeeta@c2i.net](mailto:zeeta@c2i.net)Co redaktør Inge Glambek, kirurgisk fagansvarlig [inge.glambek@haraldsplass.no](mailto:inge.glambek@haraldsplass.no)**Stoff til Nyhetsbrevet av litt omfang honoreres opp til kr 1000.-****Godt Nyttår til alle!**

