

Lederskifte i NORDAF



Under årets generalforsamling i NORDAF var det duket for lederskifte. Johan Ræder signaliserte allerede i fjor høst at han ønsket å trekke seg fra ledervervet og styrearbeidet. Etter 12 år som leder følte han at det var på tide å trekke seg ut og la "friske krefter slippe til".

Johan Ræder har vært en utrettelig pådriver for utviklingen av dagkirurgi i Norge. Han var med i miljøet helt fra starten av og ble etter

hvert den soleklare lederskikkelsen i det norske dagkirurgiske miljøet. Internasjonalt har han også markert seg som en populær foredragsholder og solid forsker. Det dagkirurgiske miljøet i Norge har nytt svært godt av Johans innsats og det blir ikke lett å fylle hans fotspor.

Den som har påtatt seg den vanskelige oppgaven er Jørgen Nordentoft, anestesioverlege ved Martina Hansens Hospital

Bli med til BRISBANE?

Under årets vintermøte var Anne Reidun Krokenes fra Bergen den heldige vinner av et reisestipend på 10.000 kr øremerket verdenskongressen i Brisbane, Australia.

På vintermøtet i 2009 blir det trukket ytterligere et reisestipend på 10.000 kr. Dette trekkes ut blant medlemmer som er på vintermøtet – så om du ikke er medlem – **meld deg inn og kom på vintermøtet!**

i Bærum. Jørgen har også lang fartstid i styret for Nordaf og har de siste årene vært en av våre representanter i det internasjonale forbundet, IAAS. Blant styremedlemmene var han en soleklar kandidat til ledervervet og ble valgt med akklamasjon under generalforsamlingen.

Vi takker Johan Ræder for innsatsen og ønsker Jørgen Nordentoft lykke til som ny leder!

Innhold:

Leder, v. J Nordentoft	s.2	GF IAAS København	s.16	Intervju med Johan R,	s. 22
Referat fra vintermøtet	s.3	Besøk i Ørebro	s.17	Seminar i Trondheim	s. 24
Takk for meg	s.14	Evaluering vintermøtet	s.19	Intoksikasjon med l.a.	s. 25
Reisestipender	s.15	Enda en Ørebroreise	s. 20	Kommende møter	s. 27

Leder

Vegen videre

Ved Jørgen Nordentoft

Takk til Johan Ræder!

Det måtte jo skje en gang. En markant personlighet, ikke bare i norsk, men også i internasjonal anestesi og dagkirurgi har forlatt NORDAF-skuta. Johan Ræder gir seg som styreleder og styremedlem i foreningen, som han var initiativtaker til og stødig rorgjenger for gjennom 12 år. Det startet i det små, men hvilken avslutning det foreløpig er på Johans del av historien: Norges største tverrfaglige medisinske interesseorganisasjon, det største og kanskje mest suksessfulle vintermøte noensinne i 2008. God økonomi og en stor medlemsskare. Alle som har vært med på NORDAF-reisen vet hvilken betydning Johan har hatt for denne utviklingen.

Hovedstadsprosessen og dagkirurgien. Hvor skal vi hen?

Vi må anta at en del av de prinsipper som blir lagt til grunn for den nye struktur når det gjelder dagkirurgi i Helse-Sør-Øst, vil ha en smitteeffekt på framtidige beslutninger vedrørende struktur og organisering i store deler av landet.

Dagkirurgien er ikke bare en vesentlig del av vårt eksisterende tilbud til pasientene, men bør også i fremtiden – uansett geografisk plassering – være et satsingsområde for norsk medisin på spesialisthelsetjenestenivå. Vi ligger godt an i forhold til prosentvis andel dagkirurgi av det totale antall operasjoner i internasjonal sammenheng – uansett hvordan tallene blir gjort opp, men fokus på dagkirurgi som medisinsk satsingsområde og logistisk, organisatorisk enhet må styrkes også i den nærmeste framtid. Både internasjonale og nasjonale erfaringer tilsier, at skjermet, elektiv, dagkirurgisk virksomhet i frittstående enheter bør være et klart satsingsområde. Gevinstene i form av pasienttilfredshet, effektivitet, ressursbruk og økonomi både for det enkelte helseforetak og samfunnet som helhet, er aldri imøtegått. I tillegg er hensyn til spørsmål om behandling av barn, infeksjonsrisiko, medarbeidertilfredshet og nye muligheter for utdanning og forskning gode argumenter.

Vi må alle, både i det offentlige og private, jobbe sammen om veldefinert logistikk og pasientbehandling med fokus på kvalitet og pasienttilfredshet.

Internasjonale initiativer – IAAS.

I tråd med den økende internasjonalisering av moderne medisin, har NORDAF vedtatt å være aktive og synlige i samarbeid og initiativ som utgår fra IAAS – den internasjonale paraplyorganisasjon for dagkirurgi. Hovedaktiviteten for denne foreningen er de internasjonale kongressene hvert annet år - Brisbane, Australia i 2009 og København i 2011 - samt utgivelsen av det nå nettbaserte tidsskrift 'Journal of Ambulatory Surgery'.

Planer for NORDAF videre.

Foreningens arbeide vil fortsette som tidligere. 'Livsstilen' er dagkirurgisk teamwork. Vi ønsker å beholde, og om mulig videreutvikle, det tverrfaglige fokus på møtene og i hele foreningen.

Referat fra vintermøtet 11. – 12. jan 2008

v/ Johan Ræder & Inge Glambek:

Presentasjonene fra nesten samtlige foredrag ligger også ute på www.nordaf.no

Utvikling fremover i norsk helsevesen



Bjørn-Inge Larsen, Direktør i Sosial og Helsedirektoratet

Fra og med 2010 og 40 år fremover vil antall eldre i Norge fordobles, mens antall personer i yrkesaktiv alder vil gå noe ned fra 2015. På verdensbasis (og i Norge) utdannes det for lite helsepersonell, og i de landene som har de største helseproblemene, er også mangelen på personell størst. Livsstil og levekår er viktig for helse. I Norge er antall røykere synkende, mens aktivitetsnivå i hverdagen faller, vekten og antall diabetikere øker. Man er klar over sammenhengen mellom lav utdanning, lav inntekt og dårligere livsvaner og helse. Men det er vanskelig å peke på ytterligere tiltak utover det som allerede gjøres her. Det vil alltid være ressursknapphet i Helsevesenet i forhold til hva som er mulig å gjøre. Gapet mellom muligheter og realistisk pengebruk vil øke. Politisk vil det være ønske om å bruke mye av vår

stadig økende velstand på helse, men det er et stort problem at helsepersonell ikke har lært seg å respektere de budsjetttrammer som til enhver tid gis. For mye energi brukes på budsjettoverskridelser og for lite på fag og daglig drift. Norge har muligens et strukturproblem i sykehusvesenet. I Sverige leverer man samme standard med 30 % mindre utgifter. Budsjett-disiplin krever også prioritering mellom pasienter. Denne bør utøves av fagfolk lokalt overfor den enkelte pasient, mens styrende myndigheter bør nøye seg med overordnede føringer. Dagens finansieringsordning er ment å motivere organisasjonen, men bør ikke styres tilbake helt ned til den enkelte driftsenhet. Så lenge ISF er på 40 % og 60 % er ramme, så vil nesten alle pasienter være "tap" (dog i større eller mindre grad!), med mindre man trekker inn rammefinansieringen på et litt overordnet plan. Det er også viktig fremover å trekke primærhelsetjenesten mer inn. Flere sykehusoppgaver kan muligens løses lokalt, for eksempel på det enkelte sykehjem, fremfor å legge pasienten inn. Pasientene er blitt mer krevende og har fått flere rettigheter som de i økende grad benytter. Vi beveger oss fra solidaritet imot mer

individualisme og fokus på rettigheter.

På nasjonalt utøvernivå (dvs. Helsedirektoratet) arbeides det med bedre og lett tilgjengelige kunnskapskilder (databaser, bibliotek), mens man også prøver å lage retningslinjer for god og rasjonell behandling innefor en rekke felter: blodtrykksbehandling, mammascreening, kolesterolbehandling, cancertvaksiner, hjemmerespirator.

Dagkirurgi i et Helse Sør-Øst perspektiv



Anne Karin Lindahl, (Helse Sør-Øst)

Helse Sør-Øst omfatter mer enn halvparten av Norges befolkning, og skal i løpet av våren ha klart et helt nytt forslag til omorganisering og rasjonalisering av hele sin overordnede sykehusstruktur. Det synes klart at regionen ikke kan vente seg mer ressurser totalt (snarere motsatt), det er også klart at man per i dag har for mange sykehussenger, for mange enheter som gjør det samme og for mange enheter med akutt-

beredskap. Man vil i omleggingen ta utgangspunkt blant annet i de stedene som har god og hensiktsmessig bygningsmasse. Man vil prøve å synliggjøre lokalsykehusfunksjonen bedre, mens regionsykehusfunksjonene vil bli samlet på færre og større enheter enn i dag. Man vil styrke forskning og søke etter samordningsgevinster på IKT, stab, innkjøp og servicefunksjoner.

Antall dagkirurgiske inngrep har vist en svak økning de siste årene i regionen. Men det er fremdeles store forskjeller mellom sykehusene i andel dagkirurgi for samme inngrep. Dette tilsier potensiale for ytterligere vekst i dagkirurgi, kanskje særlig på lokal-sykehusnivå hvor man også ser for seg modeller med utlån av leger fra regionsykehusene på dagtid. Hvorvidt dagkirurgi skal drives i frittstående enheter eller integrert med øvrig drift, vil man overlate til det enkelte HF (sykehus) å bestemme. Det gis ikke faste føringer på dette fra Helse Sør-Øst sentralt. I hvilken grad private aktører skal få slippe til, er til enhver tid et overordnet nasjonalt politisk spørsmål. Men man har en klar erkjennelse av at private aktører har vært viktige for å effektivisere drift og bryte ned en del fordyrende dogmer.

Dagkirurgi inn i fremtiden: Ny stor-enhet og nye tanker ved Ahus.



Berit Karin Helland, Ahus

Ved nye AHUS åpner landets største dagkirurgiske enhet 1.april-08. Her vil man ha 9 operasjonsstuer fordelt på to separate pasientløp, men med full samordning på personal- og støttestruktursiden. Man ønsker å tone ned sykeliggjoring med dels bruk av ansatte i sivile klær, dels bruk av farger på sykehustøy. Med unntak av legene er personalet ansatt på enheten, som organisatorisk er underlagt kirurgisk divisjon.

Operasjonssykepleiere skal ha et spesialfelt og et valgfritt sekundærfelt når det gjelder hvilken type kirurgi de skal jobbe med. For alt personale vil det etter ønske kunne bli rotering inn i øvrig sykehusdrift i perioder, for faglig oppfrisking og dialog med det øvrige sykehuset. Enheten vil ha litt innslag av halv-ø.hj. innenfor ortopedi. En stor utfordring er pasientantallet som man forventer skal nesten fordobles innenfor en 10-års periode. Dette vil bety at man overtar pasienter fra andre, men også at man søker etter å konvertere flere innlagte til dagkirurgiske løp.

Can seriously ill patients undergo ambulatory surgery?



Preoperative evaluation of the ASA III patient. (Ian Smith, Stoke on Trent)

ASA klassifiseringen basert på generell helse ble egentlig laget for å sortere pasienter etter ressursbruk og økonomi, men viste seg på 60-70 tallet også å korrelere godt med risiko for komplikasjoner og morbiditet. I dagens medisin er det imidlertid slik at ASA III (alvorlig, men ikke livstruende syk) ikke opplever flere komplikasjoner enn ASA II (helseanmerkning, men normal funksjon) og ASA I (helt frisk). Dette kan i noen grad skyldes bedre generell overvåking og bedre anestesi. Det at ASA III får ekstra oppmerksomhet gjør at morbiditeten blir lav. Dette gjelder også om man ser hele pasientløpet i sammenheng; preoperativt, på recovery og hjemme etterpå. Stabile ASA IV pasienter (livstruende syke) kan også med fordel av og til tas dagkirurgisk, det må imidlertid oftest dreie seg om mindre inngrep som kan gjøres i lokal- eller regionalanestesi (for eksempel en skånsom spinalbedøvelse: 5 -8 mg bupivakain, 10 microgr

fentanyl, fortynnet til 3 ml totalt).

I stedet for å fokusere for mye på absolutte regler knyttet til ASA III og IV, er det bedre å stille seg tre nøkkelspørsmål om dagkirurgi bør anbefales:

- 1) Vil pasienten bli bedre av å vente / utredes / forbehandles mer?
- 2) Vil pasienten få det bedre /være sikrere ved å ligge inne på sykehuset?
- 3) Er det spesiell risiko for denne pasienten hjemme i forhold til i sykehus?

Konklusjon: ASA III går oftest greit til dagkirurgi når man er forberedt, ASA IV kan i enkelte tilfeller vurderes.

How do we deal with preoperative hypertension, coronary disease, heart failure or other cardiovascular disease

(Ian Smith, Stoke on Trent)

Mer enn halvparten av strykninger før dagkirurgi skyldes hypertoni; mye av dette er basert på gamle data som ikke er valide. I dag mener man at pasienter med BT < 180/110 kan tas uten økt risiko (men gjerne henvises til BT kontroll post-operativt), mens de med høyere trykk bør utredes og evt. normaliseres først. Rask senking av BT kan være farlig og pasientene bør ta sine vanlige BT medisiner og evt. kolesterolhemmere pre-

operativt, mens antikoagulantia bør individualiseres. Pasienter som har hvile-angina eller ustabil angina pectoris bør ikke tas dagkirurgisk. Pasienter som har hatt infarkt eller er coronaroperert eller stentet, bør vente tre mnd før de tas inn til elektiv kirurgi eller dagkirurgi. Dette forutsetter at de har hatt en stabil og forbedret tilstand denne tiden etter hendelsen/prosedyren. Pasienter med manifest hjertesvikt, ustabile arytmier eller uttalte aorta-stenoser egner seg ikke for dagkirurgi. En grei test på hjertesvikt er om pasienten klarer å gå opp 2 etasjer i trapp.

Hvordan ser vi at en pasient er narkotika/tablett misbruker og hvilke forholdsregler kan vi ta?



Dag Jacobsen, Ullevål Sykehus/UiO

(nyttig nettsted:

www.drugabuse.gov)

Misbrukere som ikke er ruset ved oppmøte representerer ikke noe stort problem for gjennomføring av dagkirurgi. Toleranse og abstinens kan selvfølgelig foreligge og må i tilfelle håndteres individuelt.

Spesielt viktig hos slike pasienter er å sikre god oppfølging hjemme. Er man i tvil, eventuelt mener pasienten kan ha behov for sterke analgetika, er innleggelse best. Mistenker man misbruksproblematikk, er en urinprøve det beste diagnostiske hjelpemidlet.

Bruk av rusmidler er økende, særlig hos unge. Mange får ideer og oppskrifter på internett, og en del av disse stoffene kan enkelt lages på kjøkkenbenken (eks. GHB). Det skjer en vridning mot perorale stoffer og mer akseptert "party"-bruk sammenlignet med tidligere harde miljøer, pushere og injeksjoner. Et økende problem er også "body-packers", smuglere med svære doser gjemt i hjemmelagde plastampuller i mage-tarmsystemet. Når slike ampuller av og til sprekker på reise, kan pasienten debutere med symptom på kramper, bevisstløshet, respirasjonsstans og hypertensive kriser.

Hypoksi-rus: Dette kan oppnås med "poppers" (methemoglobinemi), sprayflasker, nitritter etc. Kan behandles med oksygen og eventuelt antidot(metylenblått)

Amfetaminer: Disse gir kraftig sympatikus-aktivering med høy puls, høyt BT og evt. intrakranielle blødninger og tachyarytmier. De kan få mikrotrombosering og vaso-konstriksjon i tarm.

Ecstasy er med i amfetamin-gruppen og har lignende symptomatologi, men kan i tillegg ødelegge serotonin- og

dopaminhomeostasen i CNS og gi varig depresjon, psykiatriproblemer og hjerneskode. Både amfetamin og ecstasy kan føre til hyperaktivitet med overoppheting, leverskade, DIC, hyponatremi, kramper, muskelnekrose, nyresvikt og mors.

Kokain: Gir tachykardi, tachyarytmi, hypertoni, store pupiller og evt. økt aktivitet og hypertermi. Det er viktig ikke å behandle disse symptomene med beta-blokker, men i stedet med benzodiazepiner, ofte i store doser.; evt også gi fentolamin. Akutte kokain-hjerte- infarkter har oftest god prognose, men kokainmisbruk kan også gi kraftig aktivert generell arteriosklerose og derved tradisjonell angina/infarkt i ung alder.

GHB: Er vanligvis lukt og smakløst, gir eufori, energi og seksuell stimulering i vanlige doser; koma, respirasjonsdepresjon og bradykardi i overdoser. Pasientene kan plutselig bråvåkne etter kort tid med aspirasjonsfare til følge. Det beste er å holde dem sedert på respirator en del timer og så gradvis vekke dem opp.

Kan vi hente hjelp fra grunnleggende filosofisk visdom til vår daglige omgang med pasienter og medarbeidere?



Henrik Syse, Univeritetet i Oslo

Utgangspunktet er etikken, som omfatter regler og overveielser for hvordan vi skal handle. Moralen omhandler implementeringen, hva gjør vi i praksis? Det er viktig at vi søker samsvar mellom etikk og moral. Det er mye som er lov, men som ikke nødvendigvis er god moral eller god praksis. Historien er full av eksempler på mennesker som har begått grusomheter med henvisning til lover og etiske regler, uten å være bevisst på at etikk og regelkonflikter finnes og bør løses ut fra overordnede holdninger.

Gode kjøreregler for adferd er viktig fordi mennesker generelt er skjøre overfor kritikk og ubetenksom adferd. Som profesjonelle har man ofte rutineperspektiv på alvorlige situasjoner som må modifiseres med empati og profesjonell innlevelse overfor de som opplever situasjonen som unik, dramatisk eller livstruende.

Et intenst profesjonelt fokus kan gi tap av generell oversikt,

og man kan miste viktige detaljer. Det å skifte ståsted, fysisk eller mentalt, er av og til svært nyttig i vanskelige situasjoner; evt prøve å se seg selv i situasjonen "ovenfra" (metaperspektiv).

Moralfilosofi har tre hovedperspektiver:

Pliktetikk: Omhandler universelle (dvs. skal gjelde alle) regler for grunnleggende plikter og rettigheter. Problemet oppstår i situasjoner hvor det ikke finnes relevante regler og i situasjoner hvor flere regler kommer i konflikt.

Konsekvensetikk: Her ser man på hvem som berøres av en handling og med hvilket resultat, ut fra målsettingen: mest mulig godt for flest mulig.

Dydsetikk: Utfyller og overprøver de to andre når resultatet synes å bli galt eller tvilsomt. Utgangspunktet vil være hvem vi egentlig er og hvem/hva vi ønsker å være. Stolthet, glede, identitet og akseptans av forskjeller er stikkord for denne moduleringen av plikt og konsekvens analyse.

Den etiske veien fremover består av en del tiltak:

- Vi må forberede oss på etiske dilemmaer og planlegge hvordan vi vil agere.
- Vi må bruke fantasi og kreativitet og hjelpe

- hverandre når noen kjører seg fast.
- Vi må formulere klart hvilke forventninger vi har til oss selv og andre
- Vi bør identifisere forbilder og prøve å være forbilder selv

Hvilke reaksjoner hos pasienter og pårørende kan vi møte når noe går galt, og hvordan skal vi takle dem?



(Øivind Ekeberg, UiO/UUS)

Pasienter og pårørende oppviser nokså likt reaksjonsmønster ved kriser. Trusler mot egen helse eller liv oppleves sterkest, deretter trussel mot pårørende. Tap av selvkontroll og autonomi kan også utløse krisereaksjoner. En krisereaksjon er preget av innsnevret bevissthet, forandret tidsopplevelse, alt eller intet-tenking, panikk (impuls-handlinger) eller frysreaksjon (handlingslammelse), angst, depresjon, søvnforstyrrelser og autonome fysiske fenomen. Som tilstand blir krisereaksjoner ofte delt inn i tre:

- Akutt belastningslidelse (varighet 1 – 3 dager)

- Tilpasningsforstyrrelse (varighet inntil 6 mnd)
- Post-traumatisk stresslidelse (PTSD): Dette kan det være mer langvarig. Diagnosen forutsetter en uvanlig truende eller katastrofal hendelse som vil utløse sterkt ubehag hos de fleste.

Ved PTSD vil pasienten ha hyppig forekomst av gjenopplevelse (våken eller som mareritt), han vil søke å unngå situasjoner som kan gi assosiasjoner, somatisk autonome symptomer kan være fremtredende. Graden av opplevd trussel er viktigere enn reell fare; lang varighet og manglende følelse av kontroll forverrer bildet. Hvis årsaken er ondskap eller bevisste feil blir opplevelsen mer negativ enn ved hendelige uhell eller naturkatastrofer.

Sorgreaksjoner ses ved alvorlige tap; disse starter med sjokkfase, deretter en reaksjonsfase med bearbeidelse av tapet og så en nyorienteringsfase.

Depresjon kan ofte ligne sorgreaksjon med nedtrykt stemning, søvnvansker, redusert appetitt og redusert interesse for omgivelsene. Depresjon skiller seg fra sorg ved at årsaken ikke er så konkret. Pasienten fokuserer på seg selv og egen utilstrekkelighet og har ofte manglende evne til normal gråt.

Psykisk førstehjelp har visse fellestrekk for nevnte tilstander:

- Etablere trygge rammer rundt pasienten, samt gi god og grundig informasjon.
- Pasienten bør inviteres til å luften følelser og møtes med empati.
- Pasienten bør få hjelp til å innse virkeligheten; dette kan godt gjøres litt gradvis men uten å bagatellisere eller fortie.
- Unngå falsk beroligelse eller falske forhåpninger, unngå snakk om syndebukker.
- Hjelp pasienten med praktiske aspekter, hjelp til med en plan for tiden fremover.

Psykiske aspekter overfor personale som har gjort feil:

Forsømmelser oppleves verre enn diskutabile feilvurderinger som igjen er verre enn hendelige uhell. Helsepersonell er ofte perfeksjonister. De opplever gjerne egen feil som verre enn omgivelser og objektiv analyse skulle tilsi. Det er et lederansvar å ha lav terskel for å hjelpe dem som har begått feil, men man må klargjøre sin rolle som leder, evt. trekke inn andre: Det må avklares om man primært er i en etterforsker/dommerrolle eller i en personal/støtterolle. Det viktigste er å invitere til dialog og signalisere tilgjengelighet og interesse.

Overfor pasienter/pårørende som klager over feil, er det viktig å invitere til en åpen samtale hvor de får snakke ut og også komme med sine forventninger til hva som skal skje videre. Generelt er de fleste tilbakeholdende med å klage, dette gjelder særlig hvis behandling fremdeles pågår eller utfallet er uvisst. Man bør generelt beklage feil som har skjedd og bruke tid på å forklare hva som skjedde. Man bør ikke bruke pårørende som trøstere overfor den som har gjort feilen. Det er viktig å ha en avtalt ramme rundt et møte med pårørende og avslutte med en oppsummering og gjerne journalføre et referat.

Man bør være ekstra på vakt i saker som får media-oppmerksomhet; media er generelt ofte usaklige, ensidige og veldig personfokuserede. Enda verre er det hvis saken kobles til politiske trender.

Hva kan vi lære fra klagesaker?



Finn Bjørn Paulsen, NPE

Norsk Pasient Erstatning (NPE) har eksistert siden 1988, og har siden 2003 hatt sin virksomhet hjemlet i egen lov. De dekker skader fra alt offentlig helsevesen og fra

private med offentlig avtale. Forutsetning for erstatning er at det foreligger økonomisk tap forårsaket av en "svikt" eller at skaden er særlig stor og uventet. Svikten behøver ikke være en enkeltpersons skyld. Vurdering av evt. skyld og reaksjoner mot personell som gjør feil skal håndteres av Fylkeslege, Helsetilsyn og evt. politi. Helsepersonell har plikt til å opplyse og hjelpe pasienter og pårørende i potensielle klagesaker. Klagebehandling er gratis og med mulighet for anke. Pasienter som velger å bruke NPE har ikke rett til å gå til rettssak parallelt. Ved å kjøre rettssak som første tiltak ved en klage, taper man retten til å prøve NPE etterpå. Ca 1/3 av klagen får medhold og gjennomsnittlig erstatningsbeløp er på ca 350 000 kroner.

Skader kan skyldes personlige feil, tekniske feil (får alltid medhold), system/-kommunikasjonsfeil eller hendelige uhell (eks. anafylaksi). NPE vil innhente journalopplysninger for å kartlegge om skaden skyldes svikt og om det er mer enn 50 % sjans for at det er en sammenheng mellom beskrevet svikt og skaderesultat.

Noen viktige observasjoner har man gjort i NPE:

- Journalføringen er ofte mangelfull, viktige opplysninger mangler og da må man ofte tro

på det pasienten sier uten motforestillinger. Gode journalopplysninger er spesielt viktige når andre skal overta ansvar for pasienten senere i forløpet.

- Det er viktig at pasienten er informert (og dokumentert) om farer, komplikasjoner og muligheten for ikke-vellykket resultat.
- Hos pasienter med nevrologiske utfall eller dårlig tannstatus er det viktig å dokumentere status før behandlingsoppstart; dette for å unngå vanskelige diskusjoner om hva som var av plager før behandling versus hva som er kommet til underveis.
- Hvis man gjør valg vedrørende kirurgi og anestesi som pasienten ikke er helt enig i fra utgangspunktet, er det viktig å journalføre i detalj hvorfor man overtaler pasienten.

Noen eksempler på feil og potensielle farer.

(Johan Ræder, UUS /UiO)

Det ble referert en kasuistikk om en kvinne med tre småbarn hjemme som skulle operere sin nyoppdagede cancer mamma. Hun ønsket å bli innlagt. Dette viste seg vanskelig fordi det kun var korridor plasser å tilby. Hun ønsket heller ikke hotellet fordi dette assosierte hun med

en nylig fødsel og ønsket ikke den koblingen. Det viste seg også at hun hadde sterke smerter postoperativt. Løsningen ble likevel utskrivelse til sykehotell. Men resultatet ble dårlig fordi hun hadde hatt sterke smerter og kun tilgang på perorale analgetika.

Kasuistikken illustrerer at dagkirurgi ikke må drives for langt. Det må være rom for å legge inn de få pasientene som ønsker det, uten at de må ligge på gangen. Videre illustrerer kasuistikken at det av og til kan være behov for å ligge på post-operativ eller et annet sted med mulighet for IV smertebehandling. Dette bør være relativt enkelt å få til når det er aktuelt.

De som deltok i diskusjonen var enige om at kasuistikken representerer en hendelse som er for dårlig håndtert i systemet. De aller fleste mente at de hadde rutiner for å ivareta denne pasient typen bedre.

FRIE FOREDRAG:

(er også utlagt på www.nordaf.no, enkelte med både abstract og presentasjon)

Oppfølging av kvinner som opereres dagkirurgisk for brystkreft.



Kari Britt Hagen, Haukeland Universitetssykehus

Nærmere 300 pasienter med brystkreft blir hvert år operert ved HUS, 3/4 av disse som dagkirurgi til hjem eller sykehotell. Man har et gjennomtenkt, helhetlig behandlingsløp for disse. En spørreskjemaevaluering av 85 fortløpende pasienter ble presentert. Ca 10 % måtte legges inn, mest av sosiale årsaker. 78 av 85 ville anbefalt dagkirurgiopplegget til andre, de som var minst positive var eldre pasienter.

Resultater etter artroskopisk akromionreseksjon ved en dagkirurgisk enhet.



Kirsten Fuhrmann, Martina Hansens Hospital

126 pasienter med acromionreseksjon (en del også med skulderartroskopi) var fulgt opp etter 1-2 år med tanke på bedring i funksjon (DASH-

score) jmf med preoperativt. 73 % hadde klinisk bedring, 3 % var verre. Dette er omtrent samme resultat man ser etter alternativet fysioterapi og opptrening. Men man vet ikke om det er de samme pasienter som responderer på begge typer behandlinger eller om det finnes gode kriterier for å henvise noen til kirurgi og andre til konservativ behandling.

Korsbåndoperasjoner dagkirurgisk – Et haltende eller oppgående opplegg?



Fred Andersen, Knut A Fjeldsgaard; Haukeland Universitetssykehus

Et to-års materiale på 56 dagkirurgiske korsbåndoperasjoner ble presentert. Pasientene fikk intravenøs generell anestesi supplert med lokalbedøvelse, femoralisblokk og kuldebandasje. På recovery var det ca 20 % kvalme og 46 % som hadde moderat smerte. Dagen etter var de fleste godt fornøyd og greit mobiliserte. fire pasienter måtte legges inn, fire pasienter ble re-innlagt, en pasient ble behandlet for mulig infeksjon. Ingen pasienter utviklet venterombose. Her hadde man et interessant opplegg med å lære

pasientene selv å sette Fragmin subcutant. Start med 2500 enh preoperativt og 2500 enh postoperativt under veiledning, deretter 5000 enh som de satte selv i 9 døgn.

Thyreoida – og parathyroida inngrep som dagkirurgi?



Yngve Nordbø; Haukeland Universitetssykehus.

Det ble presentert et fireårs materiale på 247 pasienter til dagkirurgisk thyreoida (evt parathyroida-16 stk) kirurgi. Pasientene skulle ikke ha cancer eller Graves sykdom.

Operasjonstid ca 1,5 timer og recoverytid 3,5 timer.

12 pasienter ble innlagt, de øvrige ble utskrevet til sykehotellet. To pasienter hadde postoperativ blødning, en ble reoperert fra recovery – den andre fikk evakuert et hematom neste dag. Studien viser at et dagkirurgisk opplegg for disse pasientene er mulig, men de må overnatte i umiddelbar nærhet av operasjonsavdeling p.g.a. faren for sjelden, men potensielt alvorlig, blødning.

Er ketorolac (Toradol®) et mer effektivt postoperativt analgetikum

enn en cox-II hemmer (etoricoxib-Arcoxia®)?



Harald Lenz, Johan Ræder; Ullevål Univ. sykehus

Dyreeksperimentelle studier har vist at Cox-I mobiliseres i stor grad i ryggmargen under incisjonstraumer (til forskjell fra brannskade) og at Cox-II-hemmere kanskje ikke er like effektive analgetika som Cox-I-hemmere eller blandet Cox-I og Cox-II effekt.

I denne dobbeltblinde studien ble Cox-II-hemmeren etoricoxib (Arcoxia®) 120 mg sammenlignet med Cox-I-hemmeren ketorolac (Toradol®) 30 mg mot smerte etter laparoskopisk gynekologisk kirurgi hos 133 kvinner. Medikasjon ble gitt før kirurgistart med gjentatt dose av ketorolac etter 6 timer og etoricoxib etter 24 timer.

Den første halvtimen etter inngrepet hadde ketorolac-pasientene minst vondt, de hadde også mindre behov for ekstra opioid de første fire timene og kunne skrives ut fra recovery 22 min før. Frem til neste dag og i perioden 24-48 timer var det lite smerte i begge grupper og ingen forskjell mellom regimene, bortsett fra mindre kvalme i 4-24 timers perioden etter etoricoxib.

Lyskebrokkirurgi i Norge - status presens.



Inge Glambek, Haraldsplass Sykehus

I Norge opereres det ca 6000 lyskebrokk hos voksne per år, ca 1000 hos barn i tillegg til 230 femoralbrokk. Inngrepene gjøres ved alle sykehus, men åtte sykehus står for ca 85 % av inngrepene. Andel dagkirurgi varierer mellom 57 % og 91 % hos disse store aktørene. Laparoskopiske teknikker brukes lite, mens forskjellige teknikker med nett overtar mer og mer (90 % hos voksne i 2006). Det er ting som tyder på at skånsomme nett-plastikker gir mindre postoperativ smerte og mindre kronisk smerte enn tradisjonelle teknikker, hvor opptil 10-15% har smerter i såret ett år etterpå. Brokk-kirurgi egner seg godt for lokalanestesi, eventuelt supplert med intravenøs sedasjon eller narkose. Det finnes også et nystartet forum for brokk-kirurgi i Norge. Interesserte kan henvende seg til foredragsholder.

inge.glambek@haraldsplass.no

Glimt fra vintermøtet 2008

Stor utstilling – stort møte!

400 interesserte deltagere fra hele landet som ivrer etter plass for å få sett og demonstrert de siste nyhetene på utstysrfronten. - Kanskje få noen nye penner også?



Var det her
helsemilliardene tok
veien?



Et inspirerende vintermøte med både nye og gamle medlemmer, de gode samtaler og diskusjoner, gode forelesninger, masse hygge, latter, god mat og erfaringsutveksling om både dette og hint, er hva vi ønsker oss



Til venstre:
Avgående
styreleder Johan
Ræder.

Til Høyre: To
veteraner i det
dagkirurgiske
miljø – Edda
Steen Hansen fra
Ullevål og Bjørn
Løvland fra
Sandefjord.



Stensby sykehus hadde samme dag fått beskjed om at de kom til å måtte stenge. Her til høyre har vi en av de jobbsøkende sykepleierne...

Under til venstre Lovisenbergs representanter i ettertenksom diskusjon, mens Ullevåls deltagere nyter frukten.



Hvem prøver
Inge å
overbevise?



Under festmiddagen var det oppfriskende underholdning fra medisinerstudentenes paradeorkester.

Etterpå var det loddtrekning om tur til Australia neste år!



Her har oversykepleier Clare Hammond fra Stoke on Trent trukket ut vinneren som var Anne Reidun Krokenes fra Bergen(midten).



Takk for meg!

Ved Unni Naalsund



Da jeg for ti år siden fikk redaktøransvaret for Nordafs nyhetsbrev, visste jeg lite om hvilken kronglete, men også interessant, lærerik og spennende vei dette skulle bli. Den gangen sendte vi ut noen løse ark til medlemmene når vi hadde noe å meddele. Det er først de siste sju-åtte årene det er blitt et sammenbundet blad med regelmessig utgivelse et par ganger årlig.

Det er mitt håp at bladet har vært med på å spre kunnskap om dagkirurgi. Forhåpentligvis har det bidratt noe til inspirasjon og opplysning i det store dagkirurgiske miljøet som etter hvert har bygget seg opp. Hva nyhetsbrevet har betydd for leserne til nå, får imidlertid den enkelte selv svare for. Jeg kan bare, når jeg nå har takket av som redaktør, si litt om hva arbeidet med nyhetsbrevet har gjort med meg den tiden jeg har jobbet med det.

Mitt til tider stormfulle samboerskap med nyhetsbrevet

har ikke alltid gått lydløst for seg innen familiens fire vegger. Men så har da også familien vært mine mest tålmodige og utålmodige hjelpere når ting bar galt av sted. Læringskurven ble bratt og hjernen ble ikke bare trimmet, men til tider overtrent når ny kunnskap skulle læres i det en utålmodig tenåring foretok de mest selvfølgelige og raske tastegrep for å bringe det hele til orden igjen.

Virksomheten har utvilsomt gitt meg faglig kunnskap fordi jeg i kraft av redaktøransvaret har vært nødt til å lese gjennom mye stoff. Det har også gitt meg en stor kontaktflate og en god oversikt over hva som rører seg rundt i miljøene. Det har gjort meg oppmerksom og årvåken på problemstillinger jeg tidligere ikke så. Oppgaven har skjerpet sansene og aktivert nye rom (eller filer) i hjernen. Jeg har også lært mye om mennesker, deres forhold til tidsfrister og manuskripter, hvem som kan kaste seg rundt og hjelpe i full fart, hvilke firmaer som positivt bidrar med reklamefinansiering og hvem som tar seg tid. Redaktørjobben er på mange vis en ensom jobb med rikelig tid til refleksjoner i sene nattetimer.

Jeg takker for all datakunnskapen jeg har vært nødt til å tilegne meg.

Langsomt ble min livslykke fylt med spalter, stiler, formatering, bildebehandling, tekstbokser og ingresser. Ikke minst er det et utrolig antall timer som har vært brukt når ting ikke lot seg plassere på den tilsiktede plass på papiret, spaltene raknet og tekstbokser kom på avveie. Enda kan jeg faktisk lure på hvilken evighet som ble enkelte bilder til del i det de regelrett forsvant ut av mitt liv og inn i datamaskinen - for så aldri å bli fanget inn igjen.

Mine beste stunder med å ha dette vervet, var kanskje likevel det å kunne skrive usensurerte, små og store innlegg om ting og forhold som opptok oss feltarbeidere i hverdagen. Jeg takker alle som har fulgt med på dette og for tilbakemeldinger som er gitt.

Nyhetsbrevet har vært viktig å ha for oss i styret som bindeledd til medlemmene. Da jeg nå har trukket meg fra redaktørvervet, er det fordi jeg til fulle ser at både nyhetsbrevet og jeg trenger fornyelse. Grupper innen styret vil fortsette arbeidet med nyhetsbrevet og utvikle det i takt med tidens krav og behov. Jeg ønsker lykke til med denne jobben videre!

unn-naal@online.no

REISELYSTEN?



To ganger i året deler Nordaf ut tre reisestipendier à kr. 5000,-.

Søknadsfristene er 20.6. og 20.12.

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 Nordaf.

De som fikk årets reisestipend a kr. 5000,00 (3 stipend overført fra høst 2007):

Helén Littorin Sandbu
Nina Myhre Hagelund
Kjellrun Løken Larsen

Nille Oven
Edda Steen Hansen

Det var 6 søkere og det ble delt ut 5 stipend, et stipend ble ikke delt ut da søknaden var for kurs i 2009.

Stipend til verdenskongressen i Brisbane, Australia

Som du kunne lese på første side av Nyhetsbrevet, ble det på årets vintermøte trukket ut et reisestipend øremerket verdenskongressen i Brisbane, Australia, i 2009 på 10.000 kr. Når det gjelder disse reisestipendene så er det jo ikke alle som har muligheter til

å bruke stipendet. Derfor ble det trukket ut tre reserver/suppleanter.

På grunn av god økonomi etter vintermøtet, har styret i Nordaf besluttet å sende den først uttrukne suppleant til Brisbane. Det ble **Brit Ensrud**,

Kongsberg. På neste vintermøte skal det trekkes ytterligere et reisestipend på 10.000 kr. for reise til Brisbane.

Så vær der!!!

Vil du bli medlem i Nordaf?

Send en epost til Kristin Solstad: kristin@ksci.no. Hun driver KS Conference & Incentive som er vår samarbeidspartner.

Medlemskapet koster fortsatt bare kr. 100,- per år og det vil gi deg fortrinnsrett til kurs, stipendier etc. Du vil også få

tilsendt nyhetsbrevet et par ganger i året.

Info finnes også på våre nettsider www.nordaf.no

Husk neste vintermøte på Gardermoen 9.-10. januar 2009

Referat fra IAAS Generalforsamling 26.4.2008 i København



Fra Nordafs styre reiste to delegater til møtet i Bellasenteret i København; styreleder Jørgen Nordentoft og styremedlem/referent Dorte Solnør Gulbrandsen

- Delegatene ble ønsket velkommen av presidenten i IAAS, Claus Toftegård, som orienterte om at Polen har trukket seg ut av IAAS grunnet problemer med finansiering av medlemskontingenten.
- Finland ble ønsket velkommet som nytt fullverdig medlem i IAAS.
- Nye potensielle medlemmer ble nevnt: India, Canada, Kina, Japan, Sveits, Østerrike. Delegater med adekvate kontakter ble oppfordret til å jobbe med denne saken.
- Delegatene fikk levere ønsker om emner og talere til verdenskongressen i Brisbane, Australia, neste år.
- Erfaringer fra verdenskongressen i Amsterdam i 2007 viste at markedsføringen må bedres i land utenfor Skandinavia. Amsterdammøtet ble et nesten skandinavisk møte.
- Referat fra verdenskongressen i Amsterdam ble godkjent.
- IAAS's budsjett ble lagt frem. Overskudd etter kongressen i Amsterdam gjør at det ikke er noen overhengende krise, men de økonomiske prognosene er ikke gode. Budsjettet ble vedtatt.
- Det koster å få til en velordnet organisasjon med sentral kontorfunksjon og med den finansielle situasjon i IAAS er ikke dette mulig. Det er utsendt forslag til åpning for "korporative medlemmer", dvs at både medisinske og andre selskaper, som for eksempel flyselskaper, banker, etc er aktuelle. GF nedsatte en hurtigarbeidende komité for å håndtere denne saken.
- Presentasjon av det danske kongressbyrået ICS, som håndterer verdenskongressen i København i 2011.
- Et tilbud om kontorfunksjon fra Holland ble lagt frem.
- Londonkontoret, som man tidligere har brukt i mindre omfang, har nå muligheter for flere ytelser.
- GF bestemte at det skal utarbeides et

- forslag som legges frem på møtet i Executiv-komiteén (EXCO) i oktober 2008 for endelig avgjørelse.
- Representant fra firma Aesculap, potensiell korproativ medlem i IAAS, presenterte et tilbud for GF som innbefatter samarbeid om utdannels og forskning innen dagkirurgi, samt en økonomisk støtte på 10.000 euro.
 - Det er helt nødvendig for fremtidige kongresser å ha et reservefond og det ble foreslått at det skal være på 10.000 euro

fra hvert medlemsland.

- Boken Day Surgery (Paulo Lemos, Paul Jarrett, Beverly Philips), 2. utgave, forberedes for elektronisk versjon fra 2011.
- Webeditor for IAAS Ambulatory Surgery Journal ønsker to artikler fra hvert medlemsland i året.
- En kort orientering om forberedelsene til verdenskongressen i Brisbane 2009. Ser ut som alt er i rute.
- Informasjon vedrørende et prosjekt – europeisk nettverk for å samle informasjon om dagkirurgisk

virksomhet – som man har søkt EU-midler til og som i første omgang ble avslått. En ny prosjektutarbeidelse er i gang.

- En arbeidsgruppe fra IAAS la frem forslag til kriterier for utdanning av medisinstudenter, bl.a. involvere dagkirurgiske avdelinger i den kliniske utdanning. Dette ble vedtatt med en mindre forandring.

Møtet begynte kl. 0900 og ble avsluttet kl. 1800.

Neste GF blir i Brisbane i forbindelse med verdenskongressen 2009.

Besøk i Ørebro



To av våre stipendvinnere, Edda Steen-Hansen og Helén Littorin Sandbu, valgte å reise til det årlige møtet i vår svenske søsterorganisasjon. Her er deres beretning.

Vi var så heldige å få stipend fra Nordaf for å dra på møte i den svenske dagkirurgiske foreningen (tilsvarende Nordaf). Møtet foregikk på universitetssykehuset i Örebro. Her var det mye nyttige og interessante temaer, men vi har tatt et lite utvalg som vi her ønsker å referere fra.

Torsdagen startet med emne Laparoscopisk kirurgi

Arthur Jänes, overlege på Kirurgkliniken i Sundsvall, startet med å beskrive en ny teknikk innenfor laparoscopisk cholecystectomi. Han kalte den

”fundus first”-teknikk, hvor han benytter Harmonic ACE (harmonic scalpel), der han ”angriper” galleblæren ”ovenfra” og løser den fra leveren før han identifiserer cysticus og karene. Med denne teknikken hadde han kortere operasjonstid – ned mot 16 minutter – mindre

smerte etter 4 og 24 timer, lavere kvalmefrekvens, raskere rekonvalesens og kortere sykmeldingstid. De rekker å operere en pasient mer per dag, de har lavere komplikasjonsfrekvens og 92 % drar hjem samme dag.

De hadde utført en multisenterstudie i Sverige hvor de sammenlignet "fundus first"-teknikk med Harmonic ACE, med "fundus first"-teknikk med vanlig diatermi og vanlig tilgang med diatermi. Denne studien hadde vist at "fundus first" med Harmonic ACE hadde best resultater.

MEN; han presiserte at det er en læringskurve, og de gjennomførte opplæring hvor de måtte gjøre 30 inngrep under veiledning. De hadde etter hvert så gode resultater at de sendte hjem 20 flere per 100 opererte pasienter.

Overlege Gunnar Persson fra Kirurgklinikken i Jönköping beskrev et register over galleopererte i Sverige kalt Gallriks. Dette hadde startet opp i 2005 og var forankret i flere foreninger i Sverige, bl.a. Svensk kirurgforening. Landstinget Jönköping styrer registeret. Her registreres både operative og endoskopiske behandlinger. Nå er 66 av 70 sykehus med i registreringen. Det er kirurgen selv som registrerer. Per 2007 var 75 % av alle ERCP'er og operative galler registrert. Registeret

kan brukes i retrospektivt forskningsøyemed.

Etter dette kom en bolk om brokk-kirurgi

Pär Nordin, overlege på Kirurgklinikken i Östersund startet med å snakke om brokkregisteret i Sverige (lyskebrokk). Det startet i 1992 og da var 8 klinikker med. I dag er 92 klinikker med. I Sverige opereres 17-18000 lyskebrokk per år. I 2006 ble det estimert en risiko på 10,4% for å bli reoperert. Av alle opererte ligger andelen dagkirurgiske på 75 %. De har en åpen hjemmeside – www.svensktbrockregister.se – som gir god informasjon både til allmennheten, pasienter, pårørende, beslutningstagere og profesjonen!

Lichtenstein-metoden brukes i 65-75 % av operasjonene i Sverige, og gir det beste resultatet. Samtlige andre teknikker gir større risiko for recidiv. Når det gjelder recidiv etter reoperasjon er det klart best å operere laparoscopisk, eller gjøre åpen preperitoneal nettplastikk. 8 % av alle lyskebrokk opptrer hos kvinner. En liten kuriositet: når det gjelder kvinner og lyskebrokk er den laparoscopiske teknikken best som primæroperasjon!

Men; hva avgjør resultatet mht brokk-kirurgien?? Hva med kirurgens operasjonsfrekvens,

og hva med kirurgitid? Her hadde de funnet en liten pussighet: det var ikke de kirurgene som opererte mest som hadde de beste resultatene, og heller ikke de med kortest kirurgitid! Så hva skal man velge? JO – langsomme kirurger som ikke opererte veldig mange per år, men heller ikke for få!!

Når det gjelder anestesi til brokk-kirurgi brukes nesten ikke epidural/spinal lenger – de hadde flest narkoser og en del lokalanestesi. Pasienter som får lokalanestesi har mindre smerter, mindre komplikasjoner og kortere liggetid. Det er gjort en undersøkelse hvor man har sammenlignet narkose, epidural/spinal og lokal. Forskjellene holdt seg de første 30 dagene, men etter 1 år er det ingen forskjell lenger. De har sett på mange forskjellige studier, og i de fleste kommer lokalanestesi best ut. Dette er studier basert på brokk-registeret.

Anil Gupta, anestesioverlege i Örebro hadde et innlegg om anestesi til lyskebrokk, og konkluderte med det samme som over – at lokalanestesi kommer best ut. Men han la også til at man som oftest også sederer litt i tillegg.

Til slutt i denne bolken snakket Sam Smedberg, overlege på kirurgklinikken i Helsingborg, om kronisk smerte etter brokk-

kirurgi. Definisjonen på kronisk smerte etter brokkkirurgi er smerte som varer mer enn 6 måneder etter operasjon. 10-12 % får problemer med kroniske smerter. De pasienter som har høyere risiko for dette er pasienter med andre kroniske smerter, pasienter som har mye smerter i brokket preoperativt, og pasienter som har mye vondt i den postoperative fasen. Dessuten har kvinner større risiko enn menn. Smedberg var opptatt av at disse pasientene måtte utredes veldig grundig. Han gjorde en systematisk utredning av smerten mht anamnese, lese

operasjonsbeskrivelse, inspeksjon, sensibilitetsbedømmelse, palpasjon og diagnostiske blokkader. Når det gjaldt behandling, kunne man gjøre en "triple neurectomy", man kan fjerne nett (som er vanskelig!), eller gjøre selektiv kirurgi, hvor man først finner ut nøyaktig hvor smerten sitter.

Den svenske dagkirurgiske foreningen har en veldig flott hjemmeside www.dagkir.nu. På denne kan du finne masse godt dagkirurgisk stoff, artikler, lenker, alle foredragene fra møtene, månedens spørsmål med mer.

På dette møtet ble det avgjort at den svenske foreningen ikke holder sitt møte i 2011. Da er det verdenskongress i København som alle de skandinaviske foreningene samarbeider om, og de ønsket å prioritere det dette året.

Takk for muligheten til å delta – vi hadde to flotte dager, og en veldig hyggelig og morsom kveld på Nöjeskrogen i Örebro. I tillegg hadde vi vakkert vårvær!

Edda Steen-Hansen og Helèn Littorin Sandbu, begge anestesisykepleiere fra Dagkirurgisk avdeling, Ullevål Universitetssykehus

Evalueringen av vintermøtet

Under vintermøtet på Gardermoen fikk vi tilbake 218 evalueringsskjema. Det er ny rekord og vi er svært glade for at så mange tok bryet med å fylle ut skjemaet. For oss som arrangører er det alltid nyttig å få tilbakemeldinger og kommentarer på det vi holder på med. På det forrige vintermøtet hadde vi registrering av yrkesaktivitet på skjemaet og det var svært interessant å registrere at "relevans" ofte gikk på tvers av faggrensene. Denne gang hadde vi utelatt denne delen av registreringen og hadde i stedet en mentometermåling som vi syntes var svært nyttig. Resultatet av mentometer-

målingene finner du et annet sted i Nyhetsbrevet.

Foredragsholderne høstet jevnt over meget positive vurderinger både mht relevans, innhold og fremføring. Denne delen av evalueringen er naturlig nok ikke tiltenkt publisering. Evalueringen av selve møtet vil vi imidlertid gjerne gjengi.

Helhetsinntrykket ble vurdert som "meget godt" av 87 prosent, "bra" av 13 prosent og ingen ga karakteren "dårlig". Av de som hadde fylt ut spørsmålet om festmiddagen med underholdning, var 74% meget godt fornøyd, 25,4% syntes det var "bra", mens én person syntes det var "dårlig".

Med hotell og forpleining var 85,7% "meget godt" fornøyd, mens 14,3% ga karakteren "bra" – ingen syntes det var "dårlig".

Alt i alt har vi vel grunn til å være godt fornøyd med tilbakemeldingene, men skjønner at vi har noe å strekke oss etter når det gjelder festmiddagen. Det var veldig få kommentarer som gikk på festmiddagen, så da kan vi selvfølgelig lure på hva det er vi skal forbedre....

Eugen Eide eugei@online.no

Enda en Ørebrøreise



Nina M. Hagelund fra Dagkirurgisk Enhet ved SIV-Sandefjord, har også fått reisestipend fra Nordaf og sendte oss dette referatet. Ettersom dette er det andre referatet fra Ørebro, har vi kortet ned litt på noen avsnitt.

Det ble en flott opplevelse å reise til Ørebro.

Vi var 2 sykepleiere fra vår avdeling i Sandefjord, som reiste av gårde med bil på onsdag ettermiddag, etter jobb. Flott vær, og bil og jenter gikk nesten av seg selv de 37 milene til den flotte byen.

Monica hadde fått tilskudd fra Sykehuset 's venner her i byen og hun og jeg dro sammen og sparte litt på det. Dessuten mye hyggeligere å være to!!

Hotellet lå med lett adkomst til Sykehuset i Ørebro, 2 minutter å gå. Der ble vi møtt av energiske, hyggelige og servicemindedde mennesker fra arrangementgruppen. Det var et fantastisk opplegg, vellykket fra start til slutt. Det var ca.320 deltagere. Vi var en liten gruppe fra Norge på 5 stykker, og det var noen få fra Finland også.

Programmet omhandlet temaer som var like nyttige for leger som for sykepleiere.

Laparoskopisk cholecystectomi - en ny teknikk (A Jänes)

Arthur Jänes fortalte om en ny teknikk for å fjerne galleblæren fra baksiden kalt ”fundus first” og om bruk av harmonisk kniv.

Han viste en film om denne opr. metoden, hvor man fjernet galleblæren med harmonisk kniv, kontra vanlig diatermi. Det var et fantastisk elegant stykke arbeid som ble utført. Men selvfølgelig med en pasient med helt ukomplisert anatomi, ikke adheranser eller andre ting som kunne komplisere inngrepet. Det hele ble utført på 7 minutter.

Det var utført flere studier på dette, og man sammenlignet med den vanlige metoden med calot, hvor galleblæren blir løst ut nedenfra ,og hvor man også brukte diatermi. Man hadde et materiale på over 500 pasienter og man så at det var kortere operasjonstid og dermed greide

man å operere en galle ekstra om dagen. De som var operert med ”fundus first” operasjon kontra calot, var signifikant mindre kvalme, hadde mindre smerte og de hadde kortere sykemelding. Han mente også at denne teknikken innehadde mindre risiko for komplikasjoner. Det negative er at denne metoden koster noe mer. Dr. Janes brukte engangskniv, og den kostet ca. 3000,-. Det finnes også kniver som er til flergangs bruk.

Laparoskopisk cholecystectomi – dagkirurgi i Sverige.(G Persson)

Gunnar Persson , snakket om et register over alle galleoperasjoner i Sverige: ”GALLRIKS ” Alle disse tallene var vel ikke så interessant for oss fra Norge, men det som var interessant var at det var store deler av pasientmassen som ikke ble dagpasienter, etter galleoperasjoner. Det var antatt at disse skulle være

dagpasienter, men av forskjellige grunner endte de som inneliggende, eller overliggere. Det var kun ca. 67% som ble reelle dagpasienter. Man så blant annet at de over 60 år som regel endte opp som overliggere.

Laparoskopisk kirurgi. Behandling av smerte og kvalme (M Arlehamn)

Dr. Matti Arlehamn, fortalte om behandling av smerte og kvalme ved laparoskopisk kirurgi.

Det var viktig å ta utgangspunkt i hvilket inngrep som skulle utføres og vurdere risiko for smerte og kvalme i forkant. Jeg opplevde at det var som her hjemme. Det var risikoscore og preoperative vurderinger som lå til grunn for den profylaktiske smerte- og kvalmebehandlingen.

Det var tatt utgangspunkt i en dagkirurgisk virksomhet med ca. 1300 opr. i året. Man hadde målt smerte i VAS-score. Gjennomsnitt VAS på en gallepasient var 3,7 etter 5 timer og VAS etter 3 døgn var 1,3. Man hadde brukt Paracet, CoX + NSAID, Steroider, opioider og lokal. Preopr. gav man 2 gr. Paracet og Ibox 400 mg eller Cox 400 mg. Man hadde også sett at Oxycodon 10 mg ; 1-2 tbl x 2 hadde en god effekt på pasienten, men allikevel hadde man jo en høy VAS-score etter operasjonen. Så var det en rask gjennom-

ang av smertefysiologi og det tror jeg de fleste har hørt før. Men man hadde observert at Paracet i høye doser til barn hadde en beroligende virkning, og man hadde ved denne enheten nesten seponert all bruk av Dormicum som pre til barn. Man gav heller Paracet 70 mg pr kg rektalt.

Kortison ble brukt til kvalmeprofylakse og som smertelindring.

Catapresan, Efedrin og Propofol var også midler som ble brukt ved alvorlig kvalme. Men oppskriften var som vi kjenner som kjent og kjær:

- TIVA(ikke gass)
- Fortecortin 8 mg,
- Dridol 1,25mg
- Zofran 4 mg, som standard til alle laparoskopiske pasienter.

Man hadde 6 timer overvåking på de laparoskopiske cholecystectomiene. Vi i Sandefjord praktiserer 4 timer og jeg ringer til pasientene etter en uke. Vi har ikke sett at vi har hatt noen blødninger som har kommet etter disse 4 timene.

Det neste tema for dagen var "Dagkirurgi i Sverige". Det som er et problem innenfor den dagkirurgiske driften i Sverige er at kirurgene ikke engasjerer seg og at det heller ikke er kirurger i styret for dagkirurgisk forum i Sverige.

Monica og jeg inntok så en herlig lunsj på kantina i sykehuset. Været var fantastisk og vi satt ute i strålende sol og drakk kaffe. Hele sykehusområdet omkring USØ er bare fantastisk. Sykehuset ligger ved et lite vann og det er laget stier og beplantet vakkert omkring. Hele området er svært velholdt. Se bare bildet over !!

Langvarig smerte etter lyskebrokkkirurgi (S Smedberg)

Kronisk smerte ble definert som smerte over 3 måneder. 10-12 % av brokkopererte opplevde dette. Det har vært skrevet mye om temaet og det er store variasjoner internasjonalt i forhold til andel berørte pasienter. Det kan vært over 50 % som kan oppleve et smerteproblem etter operasjonen.

Etter laparoskopiske operasjoner opplever ca 29% at de har smerter. Hele 4 % mener seg å ha invalidiserende smerter. Det er flere ting som gir kroniske smerter for pasienten, Det kan være nerver i beknip, suturer, nettet og funikkelen som er affisert.

Nerveskade er en større risiko ved åpen kirurgi enn ved laparoskopiske operasjoner.

Kan man forebygge dette?

Det er viktig å systematisere informasjon om emnet. Det viser seg st man bør ta seg tid

til å kartlegge om det finnes noe i pasientens anamnese som kan gi noen indikasjon på om dette er en risikopasient.

”Lågvektsnett” kan forhindre kronisk smerte.

Det er viktig å identifisere nervebaner ved åpen kirurgi og utrede eventuell preoperative smertetilstander.

Smertebehandling med perifert kateter (N Rawall)

Så kom en av de forelesere jeg husker fra tidligere og som har gitt meg kunnskap som jeg har tatt med meg til Sandefjord etter tidligere fagdager i Ørebro: Narinder Rawal ! Han og ”Kax”: Kjell Axellson, har gitt oss mye kunnskap opp gjennom tiden. Og disse to kan jo holde show sammen. Det

ble en flott avslutning på en faglig tung dag, med humor, ironi, smertebehandling og ikke minst det vi trenger i hverdagen; Latter.

Man brukte mye perifere smertekatetre i både forstørrende og reduserende brystkirurgi. Man opplevde at kvinnen hadde mye mindre smerte og man fikk kortere liggetid, dvs man gjorde de fleste inngrep som dagkirurgi og det var få som lå over. Man la inn perifere katetre hvor pasienten fikk dette med hjem. Det var pasientstyrte pumper med Naropin og dette kan dosestyres etter hva slag pumpe man kobler til. Det gav fantastiske resultater hos kvinner etter mastektomi. Det viser seg at 57 % av kvinner har langvarige smerter etter vanlig smerteregime. Disse

katetrene kan legges rundt om i kroppen, også i bukvegg, i hender, i armer og ellers der man kan se effekt av lokalanestesi over litt lengre tid enn etter en injeksjon.

Det er mye litteratur på dette også og jeg ser at jeg ikke kan skrive om alt som ble nevnt, men det vil være en link til svensk dagkirurgisk forum, hvor referater fra hele kongressen antagelig vil ligge ute for lesning. De kunne ikke love at alle deltagerne var villige til å legge ut alle sine forelesninger.

Jeg stopper der, og takker for de 5000,- jeg fikk i reisestipend. Det var et berikende møte hvor man også fikk påfyll av sosial art, med mange hyggelige mennesker, nydelig vær og mentalt påfyll !

”Si meg så hva vil du mere?” – Hva nå, Johan Ræder?

Unni Naalsund har intervjuet vår avtroppende styreleder

Den dagen måtte jo komme at Johan Ræder takket av som styreleder i NORDAF. Etter 12 år som leder føler han at tiden er inne til fornyelse for foreningen samtidig som behovet for omprioriteringer av eget tidsbruk melder seg.

Det første argumentet hvor han frykter for egen evne til fornyelse, er han nok alene om å føle. Argument nummer to, må vi bare ydmykt akseptere. For vi vet at jobben med NORDAF

har kostet mye tid og planlegging. Det er nå 12 år siden Johan sammen med de dagkirurgiske veteraner Trygve Høsteng og Randi Duesund tok initiativet til dannelse av Nordaf på Holmenkollen Park hotell, Oslo.

Riktignok vet vi at arbeidet med Nordaf har kostet mye tid og planlegging disse årene, men samtidig har jo også hans delaktighet i miljøet vært en stimulans for alle. Mer enn

noen har han hatt ansvaret for den vellykkede utviklingen dagkirurgi har hatt i Norge disse årene. Han har fortsatt sitt daglige virke som professor ved Ullevål sykehus og som seksjonsoverlege på dagkirurgisk avdeling. Her finner vi han i en travel hverdag, men han tar seg likevel tid til et par forstyrrende spørsmål fra Nyhetsbrevet.

Hvis du fikk velge fritt, hvordan tenker du deg den

ideelle dagkirurgiske avdeling mht størrelse, beliggenhet og administrative løsninger?

Min ideelle enhet ligger noen hundre meter unna resten av sykehuset, slik som på UUS. Dette sikrer god tilgang på sykehusets ressurser og kompetanse ved behov, samtidig som man klarer å holde legene i enheten fra start til slutt på dagen, uten at man får avbrudd fordi kirurg eller anestesilege bare skal et lite ærend på sengepost, poliklinikk osv. Dette, små pasientsløyfer på to stuer fungerer veldig bra, men dette kan godt multipliseres, for eksempel ved at en enhet har to sløyfer med til sammen fire stuer, eller tre sløyfer med seks stuer for den sakens skyld. Poenget er at pasienten opplever en liten sløyfe, og så kan man heller ta ut stordriftsfordeler (anestesi, utstyr, avløsning etc) ved at sløyfene ligger samlokalisert. Administrasjonen bør sitte i enheten til daglig og ha nødvendig tilgang på pasienter ved at kirurger ser fordelene ved å holde full drift i gang. Det er også viktig at ledelsen har gode fullmakter eller systemer for å få fylt opp operasjonslister og hente inn reservepasienter ved strykninger.

Tror du det er mer å hente på det nasjonale plan mht dagkirurgi og innsparte liggedøgn? Er det i så fall den medisinske utviklingen eller

myndighetenes satsing og stadig skiftende takster og omprioriteringer som er den største hemskoen for fortsatt utvikling?

Det er fremdeles store forskjeller fra sykehus til sykehus i hvor stor grad man gjør et spesifisert inngrep som dagkirurgi. Dette må bety at det er mer å hente ved de stedene som ofte legger pasienter inn. Takster bør ikke være noe problem, dagkirurgien er faktisk av de sykehusaktiviteter som gir ganske god uttelling fra ISF/DRG systemet. Imidlertid blir det fort feil hvis DRG inntekter skal styre aktiviteten på avdelingsnivå, DRG-pengene bør stoppe høyere opp i systemet. Dette fordi enkelte inngrep gir svært god uttelling, mens andre går med klare tap. Dette vil jevne seg ut når pengene stopper høyt oppe i systemet, men blir fort kilde til skjevprioritering hvis den enkelte enhet skal måles etter DRG-produksjon opp mot regnskap.

Du er jo i tillegg til din universitetsansettelse som professor og forsker i høy grad også en klinikkens mann. Hva med veien videre for deg? Vil du fortsatt bevege deg i de dagkirurgiske sirkler? Eller vil din kapasitet nå konsentrere seg om andre ting?

Jeg trives nok best med faget, både daglig pasientarbeid, forskning og undervisning.

Samtidig så synes jeg det er litt spennende med å se på overordnede linjer og mekanismer i helsevesenet. Jeg er rastløs av natur og trives med faglig bredde og litt nybrottsarbeid innimellom. Det som jeg synes vi ennå ikke har løst godt nok i dagkirurgien er smerteproblematikken etter hjemsendelse. Her er det en del å hente ved å bli bedre på det vi allerede vet, men også mye som bør gjøres i forskningssammenheng.

Jeg har også dratt på meg et par skriveoppdrag for de neste ett til to årene, men det er det litt for tidlig å si noe mer om.

Noen gode råd med på veien?

Jeg tror det er viktig å ta vare på det som er så lett å synliggjøre i dagkirurgien; nemlig at fordomsfrie, fornuftige og pragmatiske løsninger skaper vinn-vinn-situasjoner. Både pasienter, ansatte og økonomien kommer stort sett ut i pluss når dette gjøres riktig. Andre suksessfaktorer er å ta vare på den gode teamtilnærmingen vi har og passe på at vi alltid er spørrende overfor dogmer og nysgjerrige på hvordan ting faktisk oppleves for dem det gjelder.

Vi lar han slippe med videre refleksjoner for denne gang, takker for en årelang fantastisk innsats og ønsker han lykke til på en aktiv ferd videre!

Mai 08 – unn-naal@online.no

Dagkirurgiseminar i Trondheim

Den 2. og 3. november 2007 ble det for andre gang arrangert et seminar i dagkirurgi i Trondheim. Forrige gang var høsten 2005 og som sist var det tatt sikte på regional deltagelse. Forrige gang ble det omtalt som et OPS-prosjekt; et offentlig – privat samarbeid. Også denne gang var det innsats fra både offentlig og privat side, men arrangementskomitéen var betydelig redusert og besto av bare tre denne gang. Fra St.Olavs Jori Dørum og fra Klinikk Stokkan Eva Ekle, samt undertegnede som jobber begge steder.

Deltagerne kom fra Lofoten i nord til Ålesund i sør, og selv om vi ikke fikk fullt så mange deltagere som forrige gang, er vi godt fornøyd med at 50 engasjerte tilhørere deltok. Denne gang brukte vi både fredag ettermiddag og lørdag på seminaret og hadde felles middag på fredag kveld.

Fredag ettermiddag startet vi med innlegg fra Helse Midt-Norges direktør, Jan Eirik Thoresen, om hvordan de ser for seg utvikling og oppbygging av dagkirurgi på det nye St.Olavs Hospital. Deretter fulgte Brynjulf Ystgaard fra St.Olavs opp med å belyse problemene rundt opplæringen av nye kirurger når stadig mer aktivitet overføres til private aktører.

Berit Skjærvold, overlege ved LAR-prosjektet i Trondheim, fortalte om utviklingen innen rusmiddelomsorgen og hvordan de nesten daglig blir forsøkt lurt trill rundt av klientellet.

Med temaet lyskebrokk i lokalanestesi tok Brynjulf Ystgaard oss med tilbake til kjent dagkirurgisk terreng før vi avsluttet fredagen med felles middag.

Lørdag morgen startet vi med å høre Tove Larsen fra Bodø snakke om effektiv pasientflyt på en dagkirurgisk enhet. Veldig positivt å høre at man i Bodø fysisk har skilt ut dagkirurgisk enhet fra den øvrige driften. Dette har jo vært prediket lenge innen det dagkirurgiske miljøet, men svært ofte støter man på problemer når det skal gjennomføres. Ellers hadde hun tatt fatt i alle de logistikkproblemene man kan oppleve, og her var det stoff nok til å fylle en hel formiddag med diskusjoner.

Neste foredragsholder var Gunnar Green, anestesilege fra Østersund, som holdt et engasjert innlegg om hvilke anestesiformer som egner seg for dagkirurgi. Han fulgte opp med å gi oss en oversikt over postoperativ smertebehandling. Sigurd Fasting, St.Olavs Hospital, fortalte oss om

anestesi hos barn som opereres dagkirurgisk. Bjørn Hval, som er tilknyttet Smerteklinikken ved St.Olavs, snakket om smertelindring til pasienter med spesielle behov. De pasientene som følges der er stort sett kronikere og de trenger som regel litt annen behandling og oppfølging i forbindelse med operasjoner.

Å implementere ø.hjelp-pasienter i operasjonsprogrammet på en dagkirurgisk avdeling er erfaringsmessig problematisk. Liv Åse Sommervold fra ortopedisk dagkirurgi på St.Olavs Hospital fortalte om den erfaringen man har gjort der og hvordan de hadde løst de logistiske problemene.

Torbjørn Grøntvedt, Rosenborgklinikken, delte sine meget gode erfaringer med korsbåndrekonstruksjoner som dagkirurgi med oss. Til slutt var det Tarjei Rygnestad som avrundet med å fortelle om anestesi og smertebehandling hos rusmisbrukere.

Vi fikk positive tilbakemeldinger fra deltagerne og en rekke forslag til tema på neste møte. Forhåpentligvis kan vi ønske velkommen til et nytt seminar om to år.

Eugen Eide, eugei@online.no

Hvordan redde en pasient etter intoksikasjon med lokalanestetika?



En ny metode: **Intralipid® i.v.**

Av Jørgen Nordentoft, avd.-overlege,
anestesiavdelingen Martina Hansens Hospital

Det er godt beskrevet i litteraturen hvor vanskelig det er å behandle en akutt intoksikasjon med Bupivacain. Særlig frykter man de toksiske effektene på hjertet. Det er vel dokumentert i så vel humane kasuistikker som i dyreeksperimentelle forsøk, at det er nesten umulig å behandle den toksisk utløste hjertestans med de metoder som hittil har vært vanlige å bruke.

Weinberg og kolleger (2003) har i flere dyrestudier påvist at behandling av normalt dødelige, akutte intoksikasjoner med Bupivacain (Marcain®) (og isomerer) med **intralipid®** fettemulsjon (normalt brukt i forbindelse med intravenøs ernæring) under pågående resuscitering kan reetablere normal hjertefunksjon og overlevelse (ref.1).

Litz et al (2) beretter om en vellykket resuscitasjon av en 84 år gammel kvinne etter utilsiktet injeksjon av 40 ml 1 % Ropivacaine (10 mg/ml = 400 mg!) i forbindelse med en

aksillær plexus-analgesi. Etter 15 minutter blir pasienten bevisstløs og får som typisk ved denne type intoksikasjoner hjertestans med asystoli. Etter 10 minutters HLR uten effekt på asystolien gis en bolus med Intralipid®, 20 % - 100 ml, med påfølgende kontinuerlig infusjon av samme stoff med 10 ml pr. minutt. Etter en totaldose på 200 ml Intralipid® 20 % tilbakevender spontan elektrisk og mekanisk aktivitet i hjertet. Pas. overlever uten skader.

Det finnes en rekke andre kasuistikker, som nevnt også med bupivacain.

Ovenstående erfaringer har ført til, at den engelske/irske anestesiforening (The Association of Anaesthetists of Great Britain & Ireland) har vedtatt guidelines for behandling av alvorlige intoksikasjoner med lokalanestetika, der man i 2007 har inkludert metoden med Intralipid-bolus + infusjon i sine anbefalinger. Den meget grundige prosedyren finnes på

foreningens nettside:
www.aagbi.org

Mer bakgrunn og informasjon:
www.lipidrescue.org

Omkostningene er beskjedne og det anbefales at 500 ml Intralipid® 20 % oppbevares i kjøleskap på operasjonsstuen. I tilfelle.....

Referanser:

- Weinberg G. et al.** Lipid emulsion infusjon rescue dogs from bupivacaine-induced cardiac toxicity. Reg Anesth Pain Med. 2003 May-Jun; **28** (3): 198.202.
- Litz et al.** Successful resuscitation of a patient with Ropivacaine-induced asystole after axillary plexus block using lipid infusion. Anaesthesia 2006; **61**: 800-1.

Andre søkeord: Foxall (Anaesthesia 2007). Rosenblatt (Anaesthesiology 2006)

Mentometer – ikke bare for ”ti i skuddet”



Resultater fra **mentometer**-spørsmålene på vintermøtet 2008 (del 1).

Av Jørgen Nordentoft

Rundt 300 av deltakerne på vintermøtet på Gardermoen i januar 2008 fikk utlevert et mentometer for å delta i en spørreundersøkelse. Formålet med disse spørsmålene var å få vite litt om deltagerne og deres holdninger til noen aktuelle problemstillinger.

Hvem var vi?

- Det viste seg at de fleste deltagerne oppfatter seg som kvinner (ca. 70 %).
- Ca. 80% er mellom 40 og 60 år. 65 % jobber hovedsakelig med dagkirurgi.
- 70 % er sykepleiere, ganske jevnt fordelt mellom anestesi, operasjon og overvåkning m.v. 13 % fordriver hovedparten av arbeidstiden med ledelse

- 15 % er leger med noenlunde jevn fordeling på kirurgi og anestesi.
- 65 % jobber hovedsakelig med dagkirurgi
- 11 % har jobbet med dagkirurgi i 0-2 år, 25 % i 3-5 år, 31 % i 6-10 år, 32 % i mer enn 10 år.

Det er en forsamling av erfarne damer her...

Hva er våre viktigste ønsker for arbeidsplassen neste år?

- 40 % ønsker å beholde de eksisterende ressurser
- 57 % ønsker seg flere ressurser
- 56 % ønsker seg flere pasienter og flere oppgaver.
- 40 - 54 % ønsker å drive omtrent som i

2007 og arbeidsro, mens 34 % ønsker omorganisering og effektivisering...

Våre forventninger til framtiden?

- 83 % mener at den riktige holdning til framtiden er **omstillingsevne** via ønsker fra eiere og egne ideer.
- 78 % mener at framtiden vil bringe mye interessante **utfordringer** innenfor dagkirurgien.
- 58 % forventer at spesialisthelsetjenesten vil få for lite ressurser, lengre ventetider og mer private helsetilbud de neste 5 år.

Hva er mitt viktigste ønske overfor HelseSør-Øst?

- 10 % mener at de skal sørge for mer ressurser
- 46 % ønsker at H-SØ skal sørge for en strengere/bedre funksjonsfordeling mellom forskjellige sykehus/aktører.
- Forskning prioriteres høyest av 3 %
- Resten av svarene fordeler seg på vet ikke/lik viktighet.

Dagkirurgi-enheten:**Størrelse:**

- 35 % mener at 4 operasjonsstuer er optimal størrelse, 10 % mer enn 4 stuer. 19 % stemmer for 2-3 stuer som optimalt.

Fysiske rammer:

- 54 % vurderer at den dagkirurgiske enhet fungerer best hvis den ligger *'helt for seg selv i selve sykehusbygget'*.
- I tillegg mener 20 % at den bør ligge i *' eget*

hus på sykehusområdet innenfor gangavstand'.

- 12 % mener at enheten skal *'integreres i den inneliggende drift med felles operasjonsstuer m.v'.*

Spennende synspunkter fra en gruppe svært erfarne kolleger med beina godt plantet i den dagkirurgiske hverdag...

Den siste del av resultatene fra mentometerspørsmålene vil bli publisert i neste nummer av 'Nyhetsbrevet'.

Kommende dagkirurgiske møter:

I.A.A.S. – 8th International Congress on Ambulatory Surgery avholdes i Brisbane, Australia 3.-6. juli 2009

Her er det bare å begynne å planlegge både sommerferie og økonomi i tide.

Vi håper på stor norsk deltagelse både med foredrag, posters og deltagelse blott til lyst og inspirasjon..

www.iaascongress2009.org/program.html

Langtidsplanleggere:

Verdenskongressen i København i 2011 blir et nordisk samarbeidsprosjekt om program og arrangement.

www.iaascongress2011.org

Korttidsplanleggere:

Nordafs vintermøte 9. – 10. Januar 2009 på Gardermoen!!

Redaksjonelt

Nyhetsbrevets mangeårige redaktør, Unni Naalsund, har nå levert stafettpinnen videre. Hun har gjort en formidabel innsats og det blir ikke lett å fylle skoene etter henne. Det har vi tatt konsekvensen av i styret - og nå kommer redaktørjobben, i det minste for en periode fremover, til å gå på rundgang. For dette nummeret er det Eugen Eide, som på uforklarlig vis, og sannsynligvis i et øyeblikks nedsatt bevissthet, sa ja til å ta det redaksjonelle ansvaret. Unni takket for seg lenger fram i bladet, men hun må takkes ekstra for lange og hyggelige rådgivningstelefoner og hyppig mailkontakt når dette nummeret av Nyhetsbrevet skulle snekres sammen. Ettersom det altså kommer til å være en annen redaktør neste gang, bør stoff til Nyhetsbrevet fortrinnsvis sendes styreleder Jørgen Nordentoft, men det er ingen katastrofe om det sendes noen av de andre i styret heller.

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. Kom gjerne også med gode idéer fra din egen hverdag, vi blir aldri for gamle til å ta imot kunnskap.

Informasjon om Nordaf

Norsk Dagkirurgisk Forum er et uavhengig interesseforum for dagkirurgi. Medlemsmassen er tverrfaglig og henvender seg til alle grupper som arbeider med dagkirurgi.

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

Nordaf er medlem av International Association for Ambulatory Surgery (IAAS) som driver internasjonale prosjekter for standardisering, kvalitetssikring og fagutvikling innen dagkirurgi. Hjemmesiden er www.iaas-med.com

I tillegg arrangerer de verdenskongress i dagkirurgi hvert annet år og utgir tidsskriftet "Ambulatory Surgery" – nå bare som nettgave.

Reklame til Nyhetsbrevet

For å finansiere utgivelsen av Nyhetsbrevet er vi avhengige av reklameinntekter fra firmaer. De firmaene som ønsker økt omsetning med et reklameinnslag i Nyhetsbrevet, kan henvende seg til Dorte Solnør Gulbrandsen eller Elin Øyeren Lundemo, adressene er å finne under "Nordafs styre"

Nordafs styre:

Styreleder Jørgen Nordentoft, Avdelingsoverlege Martina Hansens Hospital, Sandvika
Mail: jorgen.nordentoft@mhh.no eller nordentoft@online.no tlf: 67521827, mobil: 90147283

Kasserer Terje Dybvik, Divisjonsdirektør Akuttdivisjonen, UUS
Mail: terje.dybvik@uus.no , tlf: 22119683, mobil: 48016283

Unni Naalsund, Anestesisykepleier, Dagkirurgisk avdeling, UUS
Mail: unn-naal@online.no tlf: 22119908, mobil: 91588808

Eugen Eide, Overlege ortopedi, Klinikk Stokkan og St Olavs HF, Trondheim
Mail: eugei@online.no eller eugen.eide@stolav.no , mobil: 91151411

Inge Glambæk, Overlege Kir.avd. Haraldsplass Diakonale sykehus, Bergen
Mail: inge.glambek@haraldsplass.no tlf.55978500, mobil: 91317476

Dorte Solnør Gulbrandsen, Seksjonsleder Dagkirurgisk Enhet /ØPO, Rikshospitalet HF
Mail: dorte.solnor.gulbrandsen@rikshospitalet.no , tlf: 23072056

Berit Karin Helland, Avdelingssjef Dagkirurgisk senter, Akershus universitetssykehus. Tlf kontor: 67984135, mobil 97531704 Mail: berit.karin.helland@ahus.no - brhl@ahus.no Tlf 97531704

Eli Lundemo Øieren, Spesialspl., Dagkirurgisk avd., Sykehuset Innlandet, HF Elverum
Mail: elilundemo@gmail.com



**Vi ønsker
dere alle
en riktig
god
sommer!**





