

### Vintermøte 16 og 17 jan.-2004

Møtet hadde enda en gang en fantastisk oppslutning med over 340 deltagere i salen. Dessverre var det også over 100stykker som ikke kom med. Dette har vi vært nødt til å gjøre noe med. Derfor flytter vi neste gang inn på Clarion Hotell, Oslo Airport, Gardermoen. De lover at de er i stand til å huse oss alle til en akseptabel pris! Men det er med vemod vi flytter ut fra Soria Moria. Stedet har passet oss bra på mange vis, og en vakrere ramme rundt et vintermøte skal vanskelig finnes. Men – deltagerne må få plass til å være tilstede! For øvrig er det et utførlig referat fra møtet på side 18. I tillegg er de fleste foredragene for lenge siden lagt ut på vår nettside [www.nordaf.no](http://www.nordaf.no) Selv om vi skifter omgivelser, skifter ikke møtet karakter. Vi kommer til å fortsette sesjonen med frie foredrag a 10 minutters innlegg fra påmeldte fra hele landet. Ingen sak er for liten, men heller ikke for stor. Så her er det bare å starte forberedelsene til neste møte – 7 mnd fra nu! **Vel møtt 7. og 8. januar 2005!**

### En fjær i hatten til norsk dagkirurgi!

Det er ikke hver dag Ian Smith, kjent internasjonal størrelse innen anestesi og dagkirurgi, kommer på studiebesøk fra England til Norge for å lære om laparoscopisk funduplicatio dagkirurgisk. Det var 3 kirurger i hans følge, og en travel sykepleier som ville ha med seg alle nødvendige detaljer. Se side 6

### Verdenskongress i dagkirurgi i Sevilla 24-27 april 2005

Det er nå nesten ett år til IAAS arrangerer den 6.verdenskongressen i dagkirurgi. Men skal vi fylle en postervegg fra Norge, er tiden snart inne til å melde seg på. Nordmenn har tradisjonelt vært en stor deltagergruppe på disse verdenskongressene. Det er all grunn til å tro, terrorfare til tross, at Sevilla vil virke lokkende på mange. Det hadde vært fint om nordmenn kunne samlet seg i nærheten av hverandre eller helst bo på samme hotell. Mer om dette vil komme på våre nettsider. [www.nordaf.no](http://www.nordaf.no)

**Nye medlemmer** se side 26

### NORDAF reisestipend på 5000kr.

Vi minner om at vi hvert halvår deler ut 2 stipender pålydende kr 5000,- Søknadsfrist nå er 1. september. Les mer om dette på side 26.

### INNHold:

LEDER, .....	2
DAGKIRURGI – BYGGET OPP AV ERFARNE MEDARBEIDERE. MEN HVA MED VEDLIKEHOLDET? .....	3
WORLD CONGRESS OF ANESTHESIOLOGY .....	4
”THE BRITS ARE COMING” .....	5
DAGKIRURGISK MØTE I ØREBRO 6. OG 7. MAI 2004 .....	7
ULLEVÅL SEMINARET”- DAGKIRURGISK SEMINAR 24.APRIL 2004 .....	12
REFERAT, VINTERMØTE, 16-17/1- 2004 – SORIA MORIA - OSLO .....	18
GLIMT FRA VINTERMØTET .....	25
KOMMENDE DAGKIRURGISKE MØTER OG KONGRESSER: .....	25

## Leder, ved Johan Ræder

### **Mye trøbbel for pasientene etter dagkirurgi?**

I VG den 28.april kunne man lese i et helsides oppslag: "Trøbbel for hver 6. dagkirurgipasient" med undertittelen: "Hver 6. pasient får problemer etter å ha blitt utskrevet fra sykehus etter dagoperasjoner". Oppslaget bygget på en undersøkelse publisert i Tidsskriftet for Den Norske Lægeforening (2004, nr. 8, side 1121-4). Man hadde her ringt opp mer enn 300 pasienter 5-6 måneder etter et øre-nese-hals inngrep, spurt om komplikasjoner og sammenlignet innformasjonen med det som var registrert rutinemessig av kirurgene i en database. Man fant at 16,7% oppga komplikasjoner ved intervjuet, mens bare 4,7% var registrert i databasen. Mer enn 3 av 4 oppgitte komplikasjoner dreide seg om blødning og infeksjon. Fire pasienter ble vellykket reoperert for blødning etter tonsillektomi, for øvrig var komplikasjonene ikke alvorlige.

Undersøkelsen, artikkelen og avisoppslaget reiser flere problemstillinger som er viktige for oss som er engasjerte i dagkirurgi, men også enkelte provoserende feil: For det første så er selve undersøkelsesmetodikken og presentasjonen i artikkelen ikke god; for det andre så er komplikasjonstallene høyere enn det som er vanlig og derfor blir det nokså feil hvis den jevne avisleser skal sitte igjen med at "hver 6.dagkirurgi pasient får trøbbel". Vi vil i Nordaf prøve å ta fatt i dette, både til Tidsskriftet og pressen. Men, dessverre er det imidlertid ofte slik at en dårlig nyhet får de fete typene; mens reservasjoner, korreksjoner og påpeking av klare feil knapt synes, hvis de i det hele tatt trykkes. Dette er viktig å merke seg hvis man offentliggjør sine erfaringer. Vi må imidlertid ikke la dette skremme oss fra å øke publisiteten rundt dagkirurgi, poenget er at vi bør være gjennomtenkte og gjerne innhente gode råd og kritikk i forkant.

Likevel belyser saken et par viktige punkter for oss

som fagfolk. Det er viktig å aktivt spørre pasienter om hvordan det har gått, kanskje både dagen etter hjemkomst og som en oppsummering etter noen uker til måneder. Slike spørserutiner bør brukes aktivt i arbeidet for å forbedre kvaliteten på dagkirurgien ved de enkelte enheter. Det er også viktig å informere pasientene godt på forhånd om hva de kan forvente seg. Litt oppspytt av gamle koagler etter en tonsillektomi eller blod i bandasjen etter en hemorroide operasjon, rapporteres kanskje ikke som "trøbbel", hvis man har fått god informasjon om at slikt kan skje. En lett feberreaksjon dagen etter inngrepet behøver heller ikke å bety infeksjon, hvis ikke andre tegn er tilstede. Det siste, og kanskje viktigste poenget, er imidlertid at vi aldri skal slå oss til ro med at dagkirurgi er ufarlig plankekjøring med bare fornøyde pasienter. Det foreligger sjanse for alvorlige, livstruende komplikasjoner og det er stadig et potensiale for å forbedre kvaliteten etter inngrepet, kanskje særlig i tiden etter hjemkomst.

# ***Dagkirurgi – bygget opp av erfarne medarbeidere. Men hva med vedlikeholdet?***

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

Mye uformell opplæring er blitt gitt i oppbyggingsfasen. Men hvordan skal man best bevare, vedlikeholde og utvikle det dagkirurgiske konsept videre?

Innen det medisinske fagområdet sitter man i dag på utrolig mye viten. Det er ikke mangel på kunnskap som er problemet, men snarere å forstå hva som kan velges bort og hva som kan arbeides videre med. Det handler hele tiden om valg og avgjørelser. Samtidig som man ønsker en størst mulig produksjon, vet man at man i morgen kan bli stilt til rette hvis systemene er tuftet på sandgrunn.

Da dagkirurgisk virksomhet samlet seg i egne avdelinger for 10-12 år siden, var det ofte med et modent pleiepersonell i rollene. Siden har det vist seg at dette var et fint erfaringskonsentrat å ha med seg i oppbyggingsfasen. Det krevde både mot, faglig tyngde, innsikt og erfaring med sikker røst

å overbevise både pasienter og kollegaer at dette kom til å gå bra. Slik ble den kjappe, pasientnære dagkirurgien vi kjenner til i dag skapt. Mye handler også om klinisk blick og erfaring. Det er ikke tilfeldig at dagkirurgiske pasienter, som var i ferd med å utvikle alvorlige komplikasjoner, aldri kom så langt som til hjemsendelse. I stedet for ble de stoppet av erfarent personell og lagt inn til videre observasjon eller behandling.

I dag er dagkirurgi som behandlingskonsept i langt sterkere grad både akseptert og kjent av pasientene. For sykehusene har det etter hvert blitt fin inntjening samtidig som driften er blitt effektiv og køene betydelig kuttet ned. Rent medisinsk har man hatt en rivende utvikling hvor de kirurgiske metoder, spesielt scopisk virksomhet, nye anestesimidler og bedre bruk og viten om kvalme og smertestillende midler har muliggjort at over 50 prosent av all planlagt kirurgi nå gjennomføres som dagkirurgi.

Men mennesket lever ikke av ære alene... God lønnsutvikling er vår tids anerkjennelse for vel utført arbeid! Personell i dagkirurgiske avdelinger går ikke i vakter. Det har jo nettopp vært gjentakelsene og daglig tilstedeværelse med fast personell som har vært noe av hemmeligheten bak suksessen. Mye uformell opplæring er blitt drevet. De dagkirurgiske miljøer har vært rausere med å dele på kunnskap og viten. Imidlertid gir dette ingen økonomisk uttelling. Snarere tvert i mot går sykepleiere betydelig ned i lønn ved overgang til dagarbeid. Dette gir nå problemer ved nyrekrutning. Yngre medarbeidere er ikke villige til eller har ikke råd til denne lønnsreduksjonen.

Vi som har levd en stund, vet at livet ikke er en lang festforestilling. Men selv i trygghet, hverdag og forutsigbarhet kan man finne spennende utfordringer og polere dem opp til de mest skinnende perler. Imidlertid kan ikke dagkirurgisk virksomhet fortsette å være en egen liten nisje for modne, erfarne med-

arbeidere. Vi trenger mangfoldet som en blandet gruppe gir, og det må bli attraktivt å arbeide på disse avdelingene. Løsningen må være at den enkelte medarbeider får en form for spesialistkompetanse i kraft av sitt arbeide med dagkirurgiske pasienter. Det vil gi en dimensjon, inspirasjon og ikke minst kompetanseheving til den enkelte.

Det dagkirurgiske konsept er bygget på tverrfaglig samarbeid. Det er sammensetningen av de enkelte medarbeideres utførte arbeid, tenkte tanker og viten som kan gi pasienten både adekvat behandling, pleie og informasjon nok til å mestre hjemmesituasjonen siden. Derfor er det også hele teamet som må gis muligheter for denne spesialistkompe-

tansen. Er tiden nå inne til at man ser på disse mulighetene og starter arbeidet med et formalisert opplegg til å bli klinisk spesialist i dagkirurgi tilpasset norske forhold?

Kanskje både pasient, sykehuset og ikke minst den enkelte medarbeider vil ha vel så mye glede av dette, som at hver spesialsykepleier skal spesialisere seg til klinisk spesialist i egen spesialitet.

## ***World Congress of Anesthesiology,***

**Paris 18-23 April**

Johan Ræder var til stede og har sakset ut denne dagkirurgiske godbiten.

### ***Utvelgelseskriterier og risiko ved dagkirurgi (F.Chung, Toronto):***

I Canada har man nylig gjort et stort arbeid med å sende ut spørreskjema til alle anestesileger og opprette ekspergrupper som har gått gjennom all litteratur/ dokumentasjon rundt tema. Dette er under publisering i Can JAnaesth.

Mer enn 75 % av legene ville ikke gjøre dagkirurgi i følgende tilfeller:

- Angina i hvile
- apnoe p.gr. av hjertesvikt ved rolig gange i en trapp.
- ASA IV
- Kjent alkohol og medikamentmisbruk
- Ingen ledsager med hjem

4 problemområder ble nærmere undersøkt for "evidence based" data:

**a) Høy alder og ellers frisk:**

Høy alder (>80 år) gir oftere hendelser per-operativt, men dette er stort sett uskyldig hypertensjon som lett lar seg behandle. I denne gruppen er det faktisk færre problemer på recovery, fordi de har lavere incidens av smerte og kvalme enn yngre. Ved TUR for blæretumor er det økt sjans for innleggelse og re-innleggelse hos eldre, men kun på 5 % nivå totalt og stort sett be-tinget i kirurgiske problemer.

**b) Ekstrem fedme (BMI > 30):**

Hvis det ikke er tilleggslidelser så har de generelt økt perioperativ risiko for hypoksi episoder og bronkospasme. Hvis hal-

sen er mer enn 60 cm i omkrets, så er det økt incidens av intubasjonsproblemer. Hvis de i tillegg har cardiologiske eller pulmonale problemer, så er trolig risiko generelt økt, men dette er lite undersøkt. Over 50 % av de med ekstrem fedme har også søvnapnoe, noe som gir økt postoperativ risiko.

**c) Obstruktiv søvn apnoe (OSA):**

Dette kan utredes med søvnregistrering, 5-15 episoder med apnoe eller hypoksi per time ansees som lett grad, mens >30 er alvorlig. > 10 blir ofte behandlet. Søvnapnoe er potensielt farlig postoperativt hvor opioid-påvirkning kan gi respi-

rasjonsstans gjennom første døgnet etter generell anestesi. Flere dødsfall er rapportert. Generelt bør man være varsom med dagkirurgi på OSA pasienter som trenger opioider postoperativt

(inkludert kodein). De som bruker CPAP må oppfordres til å bruke dette også postoperativt ved evt. dagkirurgi.

**d) Coronar sykdom:**

Man har tidligere satt grense for dagkirurgi ved

minst 3 mnd eller 6 mnd etter gjennomgått infarkt. Sannsynligvis er dette for strengt, myocard er tilhelet og stabilt 8 uker etter infarkt, og dagkirurgi kan gjøres etter dette.

**Anestesidybde, awareness (Coetze, Leslie, Schraag):**

En stor prospektiv, blindet studie om awareness, med eller uten BIS, er under publisering i Lancet (Myles et al.). Den inkluderer 2500 curariserte pasienter med kjent økt risiko for awareness: hjertekirurgi, sectio, bronkoskopi, akutte

operasjoner og pasienter med misbruksanamnese. Kun 2 av pasientene i BIS gruppen hadde awareness, den ene hadde verdier på 70-80 under hendelsen og kunne vært forhindret hvis anestesøren hadde sjekket BIS; den andre hadde verdier på 55-60 og var således en outlayer mhp grensen for trygg

søvn på 60. BIS gruppen hadde faktisk lavere medikamentdoser enn de andre og noe raskere oppvåkning, dette tyder på at BIS bruk ikke gir en generelt dypere anestesi, men at bruken gir en bedre individuelt tilpasset dosering. 11 pasienter i kontroll gruppen hadde awareness

**"The Brits are Coming"** ved Unni Naalsund

Dette var hovedtittelen på britenes foredragserie på verdenskongressen i dagkirurgi i Boston for et år siden hvor bl. annet Ian Smith holdt et glitrende innlegg om dagkirurgiens utvikling og fremtidsvisjoner i England.. Og 26. mai kom de altså hit til Dagkirurgisk senter på Ullevål.

Ian Smith, Senior Lecturer in Anesthesia, University Hospital of North Staffordshire, regnes som en av de internasjonale størrelsene innen anestesi. Han har skrevet lærebok

om dagkirurgisk anestesi, utallige artikler; og er for tiden leder av programkomiteen for dagkirurgi for den årlige europeiske anestesikongressen (ESA). Han har jo også vært foredragsholder på Nordafs vintermøte for et par år siden.

Derfor var jo æren stor når det var Dagkirurgisk senter på Ullevål som ble valgt da hans avdeling nå skal starte med laparoskopisk funduplicatio som dagkirurgi. De ønsket også å se på avdelingens gjennomføring av chole-

cystectomier siden Ullevål har mangeårig erfaring på dette feltet. De brakte med seg ikke mindre enn 3 kirurger. Bakgrunnen for at Ullevål ble valgt, fortalte han, var alle publikasjonene om dette i de større fagtidsskriftene. De var ute etter et sted med stor erfaring på området. Samtidig ønsket de å se et sted hvor medisinsk kultur og tenkemåte var mer forenelig med deres enn hva for eksempel de amerikanske klinikkene kunne by dem





En fjær i hatten til norsk dagkirurgi når en internasjonal anestetisk og dagkirurgisk størrelse som Ian Smith (til venstre) tar med seg sine kirurgiske kolleger fra England på studiebesøk til Norge



Hyggelig stemning ved besøket rundt kjøkkenbordet på dagkirurgen R  
Anestesilege Marit Hetland til venstre, Opr.spl Katrina Hjermann, kirurg Erik Trondsen og Ian Smith foran

For oss ble det viktig å vise dem hele den dagkirurgiske pakken. God kirurgi er selvfølgelig det aller viktigste utgangspunktet for suksess. Men skal det samlede resultatet bli bra, er det hele teamets arbeid med avdelingens logistikk, god anestesi og post operativ pleie/observasjon med en betydelig informasjonsbit som har betydning.

Gjester ved en avdeling kan være en krevende affære når den viten man sitter inne med skal formidles samtidig som dagens program avvikles. Men det er jo nettopp dette studiebesøk består i – å oppleve en avdelings hverdag i drift. Bare det å skulle skifte språk før kl. 07.00 om morgenen kan jo være en utfordring i seg selv. Men når det er sagt,

ble dagen en hyggelig dag med mye fagutveksling. Det viser seg gang på gang når vi åpner porten og mottar gjester, enten det er fra fjern eller nær, så mottar vi vel så mange ideer og tanker som vi gir fra oss. Arbeidsplasser med "åpne dører" har færre muligheter for "det lukkede roms ukultur". Det viste seg at deres sykehus for tiden i altfor

stor grad blandet dagkirurgi med inneliggende pasienter. En kompliserende faktor for dem, var at de var plassert midt i sentralanlegget for sykehuset. Nå hadde de startet arbeidet med et stort dagkirurgisk senter. Men her var Ian Smiths bekymring at det ble for stort anlagt,

med liten mulighet til inndeling i mindre enheter.

Og som sjefskirurgen uttalte før avreise: "Nå skal jeg hjem å bygge stort kjøkken med langbord midt i avdeligen istedenfor at medarbeiderne går hver til sitt i kantina".

Alt i alt var dette besøket en påminnelse om hvor langt fremme i utviklingen norsk dagkirurgi står også internasjonalt. Samtidig var det en honnør til dyktige kirurger som samtidig med tøffe arbeidsdager har sørget for å publisere resultatene fortløpende.

## ***Dagkirurgisk møte i Ørebro 6. og 7. mai. 2004***

Ved Unni Naalsund



Åtte kvinner på togtur nedover i Europa – nærmere bestemt Ørebro, hvor den svenske dagkirurgiske foreningen (tilsvarende NORDAF) hadde sitt årsmøte.

NORDAFs styre var, etter invitasjon fra den svenske dagkirurgiforeningen, representert ved Dorte

Solnor Gulbrandsen og Unni Naalsund.

Ellers besto gruppen av sykepleiere fra forskjellige dagkirurgiske avdelinger.

Vi hadde også i blant oss Tove Kjærås Dahl fra Sandefjord som hadde fått innvilget NORDAFs reisestipend til turen. Les eget referat nedenfor.

Møtet hadde et interessant og omfattende program. Det er ingen tvil om at de nordiske foreningene burde ha noe å tilføre hverandre. Det er lett å kjenne seg igjen både i den medisinske/dagkirurgiske tankegangen og behandling/pleieproblematikken. Svenskene synes spesielt opptatte av å utvikle gode og solide

kvalitetssystemer, og de ønsket nå å få i stand et sentralt register for registrering av komplikasjoner.

Møtet samlet ca 250 deltagere fra hele Sverige. Den svenske foreningen har ingen formell status, men fungerer som en interesseorganisasjon. Leder for foreningen er Anil Gupta (overlege anestesi) fra Ørebro. Til nå

har de basert sin foreningsvirksomhet på et årlig møte og en svært godt utviklet nettside. Nå har imidlertid også de søkt medlemskap i den internasjonale moderorganisasjonen IAAS (International Assosiation for Ambulatory Surgery), hvor NORDAF har vært medlem i alle år. Etter 2 travle dager med forelesninger og en mun-

ter aften på Hjalmar's nöjeskrog, var det fint å samles på toget til middag, avslapning og ikke minst faglig oppsummering av møtet. Alt dette hadde ikke vært mulig på et fly! Hvis man har anledning, er det all grunn til å delta på de skandinaviske møtene. Neste møte er satt til 19. og 20. mai 2005 i Jönköping.

## Små klipp fra dagkirurgi i Sverige

Ørebro 6-7 mai 2004 Av Tove Kjærås Dahl, Sykehuset i Vestfold - HF, Sandefjord.

Jeg var en av de heldige som mottok NORDAFs reisestipend 2004. Resultatet ble deltagelse på dagkirurgikurs sammen med 7 andre norske damer fra NORDAFs styre, Haukeland sykehus, Ullevål UUS, Bærum sykehus samt 1 representant fra industrien. En uforglemmelig opplevelse, sosialt og faglig! Vi møtte sommeren i Ørebro, som er en vakker by med kanaler, slott og "nøjeskrog". Universitetssykehuset bygget i 1992, ligger vakkert til, sentralt i byen.

Torsdag startet med en livvekkende forestilling om **Stress i hverdagen**, med beteendevitere **Thomas Danielsson**, også kalt "stressdoktor fra Ørebro". Hans budskap var at stress er en del av hverdagslivet, det

er viktig å stoppe opp, ta tid til seg selv og prioritere. Vil du vite mer, klikk deg inn på: [www.stressdoktor.se](http://www.stressdoktor.se).

### Lyskebrokk i lokalanestesi - fra vårdsentral til

**operasjon.** v/ Peter Mathiessen, kir. overlege, Ørebro.

Han innledet med en historisk oversikt over utviklingen innen brokkkirurgi. Fra 1990 har det skjedd mye. Metoden Lichtenstein anvendes i 55 % av tilfellene. Det er nå et økende omfang med laparoskopisk kirurgi, spesielt ved re-operasjoner. Lokalanestesi brukes i stor utstrekning med følgende teknikker: Infiltrasjon og blind nerveblokkade. Infiltrasjon og åpen nerveblokkade.

Lokal anestesi ble også brukt i kombinasjon med sedasjon med propofol. Han benyttet seg av lokalbedøvelse uten tilsetning av adrenalin da han var redd dette skulle mskere blødning. Mathiessen viste til at selve operasjonstiden ved bruk av ren lokalanestesi ble noe forlenget, 10 min, sammenlignet med regional eller generell anestesi. Den totale tid pasienten var på operasjonsstuen og i sykehuset ble imidlertid kortere, hvilket var utmerket med tanke på effektiv utnyttelse av kapasiteten. Pasientene ble raskere restituert. I Mora har de forsøkt med det de kaller fra "vårdsentral til operasjon". Primærlege sender pasienten direkte til operasjon på sykehuset. Dette er ressurs- og



tidsbesparende, men det krever at systemet virker og at papirene er i orden. De har hatt litt problemer med for eksempel at henvisningene er gått ut på dato(et halvt år)når pasienten kommer til behandling. Systemet er nå under utbedring, og man regner så absolutt at bruken av direkte henvisninger har fremtiden for deg.

I Sverige har de et nasjonalt brokkregister. Det arbeides med avhandlinger innen temaet, og det satses på utdanning av leger som kan bli spesialister innen brokkkirurgi.

### **Smertevurdering og ikke-farmakologisk smertebehandling hos små barn.** v/

Mats Erikson, spesialsykepleier ved barne og ungdomsklinikken i Ørebro.

Foreleser startet med å minne oss på følgende: ”Barn er ikke små voksne”. Det er anatomiske og fysiologiske forskjeller. I prinsippet gjelder den samme lovgivning for barn og voksne. I tillegg har vi FN´s barnkonvensjon og NOBAB´s standart om barns rettigheter. (tilgjengelig på internett). På spebarn finnes en rekke ansiktsuttrykk som uttrykker smerte og økt pulsfrekvens. Dette kan

feks observeres ved blodprøvetagning på de aller minste barna.

Det ble vist til studie med Glukose som smertelindrende til barn under 4 måneders alder:

Glucose 3 % -1 ml gitt i munnen (obs. kontakt med tungen) ble sammenlignet med bruk av Emla krem før blodprøvetaking. Dette viste ved prøvetaking at 40,1 % ga uttrykk for smerter ved bruk av EMLA krem og 19,3 % ved bruk av Glucose 3 % gitt i munnen. Andre studier har vist at glucose gitt med sonde eller iv. infusjon, ikke hadde samme positive effekt som gitt i munnen.

Han presiserte at den ikke-farmakologiske smertebehandlingen kun optimaliserer den konvensjonelle og skal ikke erstatte den.

### **Clonidin (Catapresan) som alternativ premedisinering til barn** v/

Henrik Bergendal, overlege anestesivdelingen, Huddinge universitetssykehus. Clonidin ble brukt til barn 1-18 år, ASA 1, ved rutineoperasjoner. Dosering: Clonidin 4µg/kg og Atropin 20µg/kg. Ferdig utblandet løsning inneholder 40µg Clonidin pr ml og 200µg Atropin/ml. Doseringene er da regnet ut på et ferdig skjema med denne blandingen. Løsningen kan

administreres rektalt eller oralt blandet i saft 1 time før inngrepet. Løsningen er smakløs. Clonidin gir ikke amnesi, men virker sederende i mer enn 9 timer. Barnet lar seg imidlertid lett vekke, og dette må foreldrene informeres om. Clonidin brukt på denne måten gis bl.a. ved sykehuset i Eskilstuna.

### **Hva er evidensbasert sjukvård – en sykepleiers perspektiv** ved

Margareta Ehnfors, professor i sykepleie

Hun viste til måten sykepleiere tradisjonelt innhenter sin kunnskap. Men hvordan vet vi at det vi gjør er til det beste for pasienten?

Hun konkluderte med at vår utøvelse av sykepleie bygger på egne erfaringer, dernest fra kunnskap fra egen utdanning, kollegaer og leger. Langt ned på lista kom tidsskrifter og forskningsrapporter.

Grunnlaget for handlinger skal være god kunnskap, og forskningsbasert kunnskap gir et bredere perspektiv. Hun oppfordret oss til å søke i databaser eks. Cochrane. Mer informasjon om dette kan hentes på:

[www.evidensbasednursing.com](http://www.evidensbasednursing.com) og

[www.swenurse.se](http://www.swenurse.se)

### **Hva er evidensbasert sjukvård? – en leges perspektiv**



ved overlege Kjerstin Nilsson, kvinneklinikken Ørebro.

Hun fortsatte med samme emne og poengterte at evidensbasert kunnskap må brukes til å begrunne vår behandling, pleie og praksis. Vi må vite at det vi gjør er til beste for pasienten. Begrepet NNT-Numbers Needed to Treat ble brukt som eksempel. Det sier oss hvor stort antall pasienter som må behandles før en har effekt.

**Behandling av smerte og PONV**, ved Anil Gupta, anesthesi-avdelingen, Ørebro. Han snakket om NNT begrepet (numbers needed to treat).

For smerte burde NNT være  $< 2$  og for kvalme  $< 5$ . Ellers inneholdt denne seansen lite nytt. I valg av kvalmeprofylakse var Zofran det beste. Det var derimot ingen forskjell om man ga 1mg eller 8mg. Metaanalyse viste derimot at de mest anvendte preparatene er likeverdige når det gjelder *behandling* av kvalme. (Afipran-Dridol- Zofran) Imidlertid er det viktig å gå over til annet preparat hvis førstevalget ikke har ønsket effekt.

**Lokalanestesi i såret – fungerer det?** Ved Bjørn

Holmstrøm, overlege i Ørebro

Viktige momenter er type inngrep- dose – plass for administrasjon – timing. Han viste til positive erfaringer ved brokk-, galleoperasjoner og lap.sterilisering. Nyttig tips: Doseringstabeller som angir rett dose i forhold til type lokalanestesi og pasientvekt bør henge lett synlig inne på operasjonsstuene. Det er operasjonssykepleiers ansvar og sørge for at lokalanestesi settes før kirurgen får suturene!

**Morbiditet og mortalitet** v/Jan Hallén, overlege Ørebro

Det er vanskelig å få noen eksakt oversikt over mortalitet innen dagkirurgisk virksomhet. Mortaliteten statistisk er 1:20000. Mange studier er for små til å fange opp disse. Alvorlige komplikasjoner kommer som oftest fra 48 timer og opptil 30 døgn postoperativt. Det er bare 13 % av alvorlige komplikasjoner som inntreffer innen 8 timer etter dagkirurgisk behandling. Betyr kanskje at vi bør bli flinkere til å evaluere pasientene senere i forløpet?

**Internett preoperativ bedømming – teori eller praksis?**

ved Svend-Egron Thørn, overlege Ørebro

Han presenterte et pilotprosjekt med preoperativ helseerklæring fra pasienten gitt over

internett. Sosialstyrelsen har gitt støtte til prosjektet. Viktige føringer var å lage sider som var kompatible med resten av nettverket i sykehuset. Visjonen var å spare arbeid, tid og penger. Målet var å være på nett august/september dette året.

Preoperativ informasjon ble regnet som et viktig satsningsområde. Informasjon var lagt ut på nettet i form av brosjyrer, pasientintervju og videofilmer. Pasienten kan her hente relevant informasjon. Når søknad er mottatt får alle et kort med opplysninger om hvor denne informasjonen er tilgjengelig. Bibliotek og web-rom på sykehuset kan benyttes hvis man ikke har nett tilgang hjemme. Av hensyn til de som ikke benytter denne teknologien, finnes det fortsatt også skriftlig informasjon. Dette arbeidet ble ansett som svært viktig da mange pasientklager går på nettopp manglende eller dårlig informasjon.

**Det viktige møtet, pasient-personal** ble beskrevet av sykepleier og prosjektleder Kristina Anderson, Ørebro.

Dagene består av mange, korte betydningsfulle møter. Det er en tankevekker at det tar 7 sekunder for en person å danne seg en mening om et annet menneske. Øns-



ket var å forbedre de ansattes rutiner i møtet med pasientene. Det var utarbeidet en skriftlig mal om dette, og veiledere på klinikknivå hadde ansvar for å implementere dette i egne poster. (rollespill, undervisning, teater) Kan-

skje noe vi også burde satse på her hjemme? Vi vet jo at pasientklagen går på helsearbeideres oppførsel og folkeskikk. Ettermiddagens tema besto av paralelle forelesninger i Komplementær/alternativ

medisin og Økonomi og kvalitet.

Alternativ medisin har sin plass også innen dagkirurgi. Akupunktur, akupressur og musikk mot postoperativt ubehag og smerte, er velkjente.

## **Økonomi og kvalitet.** (referent Katrina Hjermann, UUS)

### **Hva koster ventelister for samfunnet/individet?**

Ved Bertil Wahlqvist, Forsikringskassen, Ørebro Han redegjorde for forandringer i det svenske sykemeldingssystemet. På grunn av sterkt økende utgifter, har den svenske regjering laget et handlingsprogram. Man vurderer blant annet å gjøre som i Norge, legge til rette for at sykmeldte kan være på jobb og gjøre arbeid tilpasset den enkeltes helsesituasjon.

### **Artroskopi i lokalanestesi.– hva koster det?**

ved Lars Rytterberg, overlege ved Ortopediska kliniken ved Univ. Sykeh. Ørebro, Rytterberg opererer 400 meniskreseksjoner årlig. 90-95 % av disse gjøres på ikke fastende pasienter, i lokalbedøvelse uten i.v. sedasjon. Pasientene får installert Xylokain 1% med adrenalin i leddet, og forutsatt at kirurgi ikke startes før etter 20

minutter, gir dette adekvat smertebehandling. Denne metoden er lite sykdomsdomsfremkallende, personellbesparende og rask. Rytterberg opererer 2 pasienter ekstra per dag ved bruk av lokalbedøvelse. En fordel med våken pasient er også at pasienten kan instrueres til å bevege beinet under operasjonen. Metoden brukes på pasienter ned til 12 år. For å kvalitetssikre behandlingen har Rytterberg gjort pasienttilfredsundersøkelser som viser at de fleste har lite smerter under og etter inngrepet. 37 % av pasientene opplever derimot smertene ved installering av lokalbedøvelse som et problem. Forutsatt at stikkproblematikken reduseres, planlegger Rytterberg å rekonstruere fremre korsbånd ved bruk av samme metode.

**Kvalitetsikring- ISO-certifisering av dagkirurgi** ved Jan Jacobsson, docent,

overlege Anestesikliniken Sabbatsbergssjukhuset, Stockholm Jacobsson snakket om kvalitetssikringen ved Sabbatsbergssjukhuset. Dette private sykehuset, som gjør 5600 inngrep per år, ble ISO 9001 sertifisert i 2000. Systemet baserer seg på at alle prosedyrer ved avdelingene er beskrevet lokalt i en kvalitetshåndbok og utlagt på intranett. Både intern og ekstern revisjon sjekker om prosedyrene følges. Alle ansatte forventes å følge prosedyrene Forandringer gjøres ikke i arbeidssituasjoner, kun i avsatte møter med lokal ledelse. Alle avvik noteres ned og rapporteres til ledelsen, som gir månedlige tilbakemeldinger til avdelingene. Sykehuset har en fast kvalitetsgruppe. Sykehuset gjør pasienttilfredsundersøkelser. Sykehusets mål med kvalitetssikringssystemet er å minimere komplikasjoner og at pasientene skal få være fornøyde.

Siste foreleser var Maria Hallen, sykepleier, prosessleder ved Universitetssjukhuset i Ørebro. Hun snakket om pasientopplevd kvalitet og var mer opptatt av å måle

resultat i forhold til sykehusets målsetting, enn å skrive detaljerte prosedyrer. Nye forskrifter angående måling av kvalitet ved svenske sykehus er til utarbeidelse.

Vil du se lysbildene fra forelesningene, så klikk deg inn på [www.dagkir.nu](http://www.dagkir.nu)

## Ullevål seminaret"- Dagkirurgisk seminar 24.april 2004

I regi av dagkirurgisk senter avd R, Ullevål sykehus

*Det var i GlaxoSmith-Kline sine flotte lokaler på Vinderen det 4. dagkirurgiske seminaret vinklet mot feltarbeiderne eller hverdagsheltene, som vi liker å kalle helsearbeidere som har sitt virke i klinikken, ble gjennomført. Målsettingen var å sette søkelyset mot dagliglivets rutiner i klinikken samtidig som nye utfordringer må prøves. Utprøving av grenser er jo både spennende og interessant, men krever ofte oppfølging*

*utover det vi kan tilby alle. Seminaret var kommet i stand ved felles innsats fra alle i avdelingen og i nært samarbeid med hverandres profesjoner. Det var 130 deltagere og 14 utstillere med aktuelle dagkirurgiske tilbud. Det er alltid hyggelig å møte den dagkirurgiske "storfamilie" hvor utveksling av erfaringer og oppdateringer på mange plan kan drøftes i pausene. Samtidig var det vårt håp at forelesningene*

*gav nyttig faglig påfyll og inspirasjon i en ellers travel hverdag. Hvordan bevare gnist, initiativ og arbeids glede når dagliglivets rutiner legger sin klamme hånd over dagen din? Vi fikk denne gangen hjelp av arkitektene for å vise hvordan mangfold og ulikheter kan være med på å berike et miljø og arbeidet som utføres. Her var mange poenger som kan overføres direkte til våre dagkirurgiske avdelinger.(se eget referat)*

**Må vi undertegne på at vi kan dø? Preoperativ informasjon** ved Avd. overlege Stein Tyrdal UUS. Tyrdal presenterte nye, grundige informasjonsskriv han hadde utarbeidet til alle pasienter som skal opereres. Meningen var at disse skulle brukes til planlagte operasjoner ved

hele sykehuset. Han poengterte at kravet til grundig informasjon foran et operativt inngrep er økende, og pasienten må bli gjort oppmerksom på mulige komplikasjoner som kan oppstå.. Tyrdal ville at pasienten skulle skrive under på at skriftlig og muntlig informasjon var mottatt.

Dette har vist seg å være kontroversielt, og saken fikk mye presseomtale i høst. Skjemaet er ikke ferdigbehandlet av sykehusets administrasjon.



## Er hygienen god nok for dagkirurgi? En retrospektiv infeksjonsstudie

ved Opr. Spl. Reidun Lie Larsen og Avd. overlege Stein Tyrdal

Dagkirurgisk senter har gammel bygningsmasse og trange lokaler uten ventilasjonssystem. Personalet er seg dette bevisst, og jobber med de faglige utfordringene dette gir. Det blir ikke gitt antibiotika profylaktisk. Men er hygienen god nok og blir det mange sårinfeksjoner etterpå? Operasjonene fordelte seg med 54,3 % scopier og 45,4 % åpne operasjoner. Det ble gjort en innsidens over 3 mnd. som et pilotprosjekt. Definisjonen på infeksjon i denne studien var: Tegn på infeksjon diagnostisert av lege. Det ble mottatt 326 svar av de 377 pasientene som ble operert i perioden. 16 pasienter, 3,7 % hadde fått bekreftet infeksjon av lege innen 6 uker etter operasjonen. 4 av disse ble operert for analfistel eller infisert sacralcyste – urene operasjoner i utgangspunktet. 9 pasienter – 2,8 % av respondentene måtte behandles med systemisk antibiotika i etterkant. Her gikk det mye på infeksjoner i navlen etter scopier. Men 4 herniepasienter av 28 med innlagt nett fikk infeksjon postoperativt.

Tiltak: Innskjerpede rutiner ved behandling av implantat og profylaktisk bruk av antibiotika til disse diskuteres. Bygging av nytt ventilasjonsanlegg er lovet. Ellers vil man ved avdelingen fortsette med undersøkelsen som gir nyttig kunnskap om kvaliteten på arbeidet som utføres.

## Kirurgi ved hemoroider og analinngrep ved Erik Carlsen,

Avdelingsoverlege ved gastrokirurgisk avdeling, UUS.

Referent: Tove Kristine Johansen

Han innledet med hemoroidenes lidelseshistorie og betegnet tilstanden som en av menneskets svøper med store lidelser og ubehag knyttet opp mot sykdommen.

Hemoroider ses i alle aldre, men andelen øker frem til 50-70 årene.

Ett sett med karputer i analkanalen, corpus cavernosi recti, er utgangspunkt for utvikling av hemoroider. Utviklingen kan blant annet knyttes til trykking under defekasjon. Ved defekasjon trekkes karputene nedover og stuves, henholdsvis fordi de er mobile og ikke får tømt seg hurtig nok. Obstipasjon med langvarig press er derfor en av flere disponerende faktorer for hemoroider.

Blødning fra analkanalen er et sentralt symptom ved hemoroider. Prolaps, sliming, perianal irritasjon og smerter er også en del av sykdomsbildet. Lokalisasjonen til indre hemoroider er øvre 2/3 del av analkanalen, mens de ytre ligger i nedre 1/3. Bruk av anoskop er best for å få frem hemoroiden ved undersøkelse. Rektoskop brukes for å utelukke andre årsaker til symptomene. Carlsen presenterte til slutt ulike behandlingsformer. Strikkligering og kirurgi ble særlig belyst. Strikkligering gjøres ved indre hemoroider, og settes ved å dra i hemoroiden ved hjelp av strikkligeringstang eller vakuum. Ved kirurgisk behandling beskrev Carlsen trinnvis en Milligans operasjon. Her settes lokalbedøvelse før identifisering av hemoroidegruppene. Deretter fridissikeres hemoroidestilken med diatermi, og eventuelt omstikkes. Til slutt eksideres hemoroiden. Endelig eksisjonsresultat vil se ut som et kløverblad

## Kvalitetsikringsstudie ved hemoroidectomi

ved operasjonsykepleier Katrina Hjermann, Dagkir senter, avd R- UUS.

Hun hadde gjennomført en postoperativ, prospektiv kvalitetsikringsstudie i avdelingen utført høsten



2003 og våren 2004. Fokus for undersøkelsen var å finne eventuelle forbedringspotensialer i behandlingen av hemo-roidopererte pasienter. 50 pasienter ble telefonintervjuet to ganger, første gang 1 uke etter operasjonen og andre gang 6 uker etter operasjonen.

Undersøkelsen viste at ganske mange pasienter var plaget med til dels sterke smerter, spesielt ved defekasjon, de første 14 dagene etter operasjonen. Det kom også fram at en del pasienter likevel ikke hadde tatt den anbefalte dosen med paracetamol, Paracet 1g x 4. Nesten alle hadde tatt Vioxx som anbefalt, 50 mg x 1 i 5 dager. Mange hadde også vært plaget med obstipasjon, selv om avdelingen forsøkte å motivere alle til å ta laxansia, spise fiberrik kost og drikke rikelig vann. En del pasienter var også plaget av kvalme. De fleste av disse relaterte kvalmen til smerter og ubehag i forbindelse med defekasjon.

Angående sykmeldingstiden, viste det seg at alle pasientene trengte minst 14 dagers sykmelding. Overtaskende mange hadde vært i kontakt med sykehuset eller sin egen primærlege i løpet av de første 6 ukene etter operasjonen. Konsultasjonene gjaldt blant

annet forlengelse av sykemelding og smerte-problemer.

På tross av at nesten halvparten av pasientene, 19 stykker, synes det postoperative forløpet hadde vært verre enn forventet, var de aller fleste fornøyde. De opplevde å bli godt ivaretatt av et profesjonelt personale.

### **Anestesi til hemo-roidepasienten** ved anesthesisykepleier Edda Steen Hansen, UUS Referent Edda Steen-Hansen.

Problemet med anestesi til disse pasientene er at man ikke har oversikt over feltet, inngrepet er kortvarig, pasienten må være dyp og skal helst våkne fort. Dette er en utfordring! Pasienten kan få narkose som må være god og dyp når kirurgen starter, det trappes ned underveis. Samarbeid med kirurgen er da viktig! Kirurgen kan sette lokalanestesi idet han starter operasjonen, slik at oppvåkning kan starte med en gang. Generell anestesi gis med remifentanil/propofol og larynxmaske.

Men hemoroidepasienten opereres veldig ofte i lokalanestesi med sedasjon. Det startes da med en liten sedasjonsdose remifentanil/propofol. Det legges på full overvåking som til generell anestesi, og når kirurgen

vasker seg økes dosene. Husk at her er det glidende overganger mellom sedasjon og generell anestesi, så her gjelder det å være årvåken med hensyn til respirasjon/BT/puls. Det gjelder å være raus i starten, lokalanestesi i dette område er smertefullt. I tillegg skal vi være klar over de psykiske aspektene ved å være våken når man opereres i et så intimt område. Men pasientene er stort sett veldig fornøyde, og ikke minst overrasket og glad for at det tross alt ble en positiv opplevelse. Lokalanestesi som brukes er en blanding av Xylocain 10mg/ml med adrenalin og Xylocain 10mg/ml uten adrenalin. Til slutt Marcain 2,5mg/ml som skal virke postoperativt. Peroperativt får pasientene også steroider, i tillegg til premedikasjon med Vioxx og Paracet.

### **Postoperativ sykepleie til hemoroidepasienter** ved Ellen Borge, UUS

Med sedasjon og lokalanestesi har pasienten det bra i flere timer og har sjelden behov for mer smertelindring i avdelingen.

Det insisteres om å prøve litt mat før avreise, selv om mange vil faste eller holde en flytende diett fremover.

Full mobilisering etter 1-2 timer, uvanlig med blød-



ninsproblematikk av betydning.

Informasjonen fokuseres på bruk av smertestillende, drivende kost, grønnsåpebad, laxantia. Smertestillende: Paracet 1g x 4, Vioxx 50 mg x 1 i 5dgr, event. Pinex Forte ved behov.

### **Bør alle få steroider før et operativt inngrep?**

Ref. Tove Kristine Johansen

Per Skjelbred, professor og avdelingsoverlege ved kjevekirurgisk avdeling, UUS, holdt et innlegg om smertebehandling ved kirurgi.

Han har i mange år interessert seg for og arbeidet med smertebehandling og bruk av steroider ved skader og kirurgiske inngrep.

Skjelbred gjennomgikk viktige momenter ved smertefysiologien og slo et slag for den preemptive analgesien. Smerter bør behandles før de kommer for å hindre permanente forandringer i smertefysiologien.

Han fokuserte på bruk av NSAIDS og steroider til smertebehandling ved kirurgi.

På bakgrunn av flere studier hevdet han at NSAIDS har samme analgetiske effekt som paracetamol. NSAIDS må man imidlertid ikke ta like ofte som paracetamol, men det er også dyrere i bruk. For øvrig

har coxx II preparatene vist seg ikke å ha bedre effekt på postoperative smerter enn andre NSAIDS, og han minnet om at dette var preparater som var designet for reumatikere og pasienter med kroniske smerter.

Postoperative smerter har en annen inflammatorisk modell enn den kroniske reumatiske smerte som effektstudier av Cox II-hemmere er basert på. Skjelbred fremhevet bruk av steroider i behandlingen av smerter ved kirurgi. Det er mange fordeler ved bruk av steroider. Foruten den smertestillende effekt som 49 studier viser, demper også steroider hevelse. Det er bevist 50 % reduksjon av hevelse ved bruk av steroider. Det gir også mindre kvalme postoperativt. En enkeltdose av et steroid, har i følge Skjelbred ingen bivirkninger, og det ser ikke ut til at det spiller noen rolle om preparatet gis pre, per eller umiddelbart postoperativt. Preparatet kan gis som tablett, Celeston chronodose som im.injeksjon eller Fortecortin som iv.injeksjon. Det viktigste er at dosen er stor!

### **Har cholecystectomipasienter nytte av steroider?**

Ved Avd.leder Gunn Goksøyr

Bakgrunnen for etterundersøkelsen var at flere studier viste at steroider reduserer postoperative problemer som ødemer, smerte og kvalme.

I 2002 gjorde Goksøyr en etterundersøkelse av hundre pasienter som var operert dagkirurgisk med laparoskopisk cholecystectomi. Alle fikk samme anestesi, remifentanyl/ propofol, og samme smerte/kvalme profylakse. Ingen i denne gruppen fikk steroider. (Gruppe 1) Pasienttilfredsheten var meget høy, men en del av pasientene var plaget med postoperativ smerte og kvalme.

Det ble derfor startet med steroider, Fortecortin 4mg til alle per operativt. Ellers var medikasjonen uforandret. (Gruppe 2). I 2003 var det 68 pasienter som fikk Fortecortin 4 mg. Goksøyr gjorde en etterundersøkelse av disse pasientene og sammenlignet denne pasientgruppen med den første som ikke hadde fått steroider.

Det ble sammenlignet frekvens av smerte / kvalme og grad av aktivitet 1.postoperative dag.

Kvalme: 7 % kastet opp i gruppe 1. Ingen kastet opp i gruppe 2. Det var også mindre kvalme i gruppe 2.

Smerte: I gruppe 1 hadde 80 % middels vondt. I



gruppe 2 var middels vondt redusert til 45 %.

I gruppe 1 hadde 6 % ingen smerte. I gruppe 2 oppga 50 % at de hadde ingen smerte.

Aktivitet: 80 % i gruppe 1 var oppgående eller i full aktivitet mot 92 % i gruppe 2.

Konklusjon :

Undersøkelsen viste at steroider her reduserte postoperativ smerte og kvalme hos pasienter som hadde fått utført laparoskopisk cholecystectomi. Pasientene kom også raskere tilbake til normal aktivitet.

### Laparoskopisk subtotal hysterektomi (LASH) som dagkirurgi ved Bjørn Busund,

Avdelingsoverlege og leder ved gynekologisk avdeling, UUS.

Referent: Tove Kristine Johansen

Bjørn Busund, presenterte en studie av de første 46 pasienter som gjennomgikk laparoskopisk subtotal hysterektomi gjennomført som dagkirurgi ved Dagkirurgisk senter avd;R UUS.

Ved å gjøre inngrepet dagkirurgisk, har man søkt blant annet å oppnå kortere rekonvalesens- og sykemeldingstid, samt mindre sykeliggjøring av pasienten. Avdelingen har kirurger med særskilt kompetanse på endo-

skopiske inngrep, og har følt ansvar for å teste ut grenser innen denne type kirurgi.

Pasientene var alle ASA I og II. De fikk TIVA anestesi med propofol og remifentanyl. Som smerte og kvalmeproylaksis ble det gitt Dridol 1,25mg, Toradol 30 mg, Fortecortin 4 mg, Perfalgan 1g, Zofran 4mg og Marcain 2,5 mg/ml 20ml 20ml.

De postoperative observasjoner viste en liggetid i avdelingen før hjemreise på 5.8 timer det var ingen kvalmeproblematikk og smertene var moderate. Kontroll etter tre til fire uker, viste at fire av pasientene var blitt innlagt etter operasjonen. To av disse som følge av komplikasjoner. Tre opplevde større komplikasjoner, derav ett tilfelle med intra abdominal blødning. Det var fire tilfeller av mindre komplikasjoner som urinretensjon og cystitt. Gjennomsnittlig sykemeldingstid var 21 dager. Over halvparten av pasientene var 100 % fornøyde, og 44 av de 46 ville anbefale å gjøre inngrepet dagkirurgisk til andre.

Ut fra dette konkluderte Busund med at forutsatt erfarne operatører, moderne anestesi, topp instrumenter/utstyr og gode postoperative oppfølgingsrutiner, kan laparoskopisk subtotal hysterektomi la seg gjøre dagkirurgisk. Pasient-

tilfredsheten er høy, og sikkerheten ser ut til å være ivaretatt.

### Hvordan hadde LASH pasientene det etterpå?

Ved operasjonsykepleier Marianne Jungersen, Dagkir.senter UUS. Hun hadde gjennomført en retrospektiv undersøkelse med telefonintervju til 30 av de første pasientene som hadde gjort dette inngrepet dagkirurgisk. Besvar-elsene var gjort etter 3 – 27 mndr. Hensikten var å finne ut hvordan disse kvinnene hadde hatt det etterpå. Følte de seg ivaretatte og trygge? Og fungerte oppfølgingsrutinene ved komplikasjoner? Hvor er vårt forbedringspotensiale? Det viste seg at pasientene hadde taklet smertene bra, og det var lite kvalmeproblematikk. De hadde fått god informasjon om bruken av smertestillende midler, og de hadde fått utlevert telefonnummeret til dagkirurgisk senter, gynekologisk avdeling og i tillegg mobil tlf.nummeret til operatøren.

Knappt halvparten av pasientene hadde tatt kontakt med helsevesenet etter operasjonen - 6 til egen lege og 6 til gynekologisk avdeling. Det dreide seg om mindre komplikasjoner, smerter eller behov for forlengelse





av sykemeldingen. Alle, unntatt 1 pasient, opplevde at de fikk god hjelp. Det var lite psykiske plager forbundet med inngrepet. 77 % av pasientene syntes operasjonen og tiden etter forløp som forventet eller bedre enn forventet. På spørsmål om pasientene følte det var trygt med dagkirurgi svarte 97 % ja.

89 % anbefalte dagkirurgisk laparoscopisk hysterektomi til andre.

Konklusjon: Pasientene syntes de hadde fått et godt tilbud i avdelingen. Oppfølgingsrutinene hadde stort sett fungert bra. Men det er viktig med grundig informasjon og god oppfølging/ ivaretagelse, ikke minst hvis komplikasjoner oppstår.

### **Mangfold i samarbeid** Ref. Tove Johansen

Ole Gustavsen, daglig leder ved arkitektkontoret Snøhetta A/S, holdt et foredrag om hvilke forhold ved kontoret som

har bidratt til Snøhettas suksess. Gjennom en presentasjon av flere av Snøhettas prosjekter, deriblant biblioteket i Alexandria og Den norske opera, belyste han hvilke samarbeidsformer kontoret har basert seg på. Gustavsen presenterte Snøhetta som et arkitektkontor preget av et mangfold der man drar nytte av ulikeheter. Staben er internasjonal, og det er sterkt fokus på tett tverrfaglig samarbeid. En blanding av arkitekter, landskapsarkitekter og interiørarkitekter gir faglig bredde og annerledes prosjekter i forhold til andre arkitektkontorer. Bredt spekter av erfaring, fartstid, alder og et samhold der alle deltar, også kokken og renholdspersonalet, gir sosial bredde og et rikt miljø. Viktig i arbeidsmiljøet er dessuten positivitet; Latter smitter. Hver enkelt søker å ikke lage dårlig stemning gjennom kroppspråk og kommentarer. Forøvrig er kontoret forsiktig med å belønne

individuell. Det er viktig for miljøet at alle belønnes ved fremgang. Gustavsen pekte på det bevisste forhold til det fysiske arbeidsmiljøet Snøhetta har. Kontoret har satset på åpent landskap, identiske arbeidsplasser og korte avstander. Dette gir rom for spontan og direkte dialog, og synliggjør felleskap og tilhørighet. I tillegg gir dette rom for å få vist seg frem for hverandre og få respons. Snøhetta er et prosjektstyrt arkitektkontor. Strukturen er flat, og daglig leder fungerer som en servicestasjon som ikke blander seg i prosjektene faglig. De ansatte søker å gjøre det de har mest lyst til i arkitektkonkurranser. Den enkelte gis stor frihet innen visse rammer, og man søker å bruke det hver enkelt yter faglig. Følgelig er det lov å leke og å tørre og feile. De ansatte gleder seg til å komme på jobb; De blir hørt og får brukt seg selv.



Fra hemoroide sesjonen  
Katrina Hjermann,  
Ellen Borge,  
Edda Steen-Hansen  
Erik Carlsen

# REFERAT, VINTERMØTE, 16-17/1-2004 – SORIA MORIA - OSLO

v/J Ræder. Innlegg merket med \* er lagt ut med slides på våre nettsider.

## Status og fremtid for dagkirurgi:

### Dagkirurgi, effektivitet og ventetider: Hva sier de norske tallene? \*

Linda Midttun, (Sintef, Trondheim) gjennomgikk data innrapportert via NPR til Sintef, som viser at dagkirurgi har hatt en jevn økning de siste 10 årene i Norge. Dette måles både ved utvalgte indikatorprosedyrer (grå stær, brokk, åreknuter) og de siste årene også i andel av total elektiv kirurgi (52 % i 2002). For tonsill-ektomier gjøres kun 20 % dagkirurgisk, men en viktig feilkilde her er at inngrep som gjøres av private leger ikke innrapporteres til NPR. For perioden 1999-2001 har man målt teknisk effektivitet på 50 norske sykehus til å ligge på 81-86% av det som optimalt er mulig. Undersøkelsen viser at 1 % økning i dagkirurgi andel gir 1, 17% økning i teknisk effektivitet i snitt. Denne økningen i effektivitet var størst ved de store sykehusene, muligens fordi potensialet her er størst med et lavere utgangspunkt. Undersøkelsen

viser også at dagkirurgi medførte gjennomsnittlig 13 dager kortere ventetid. Et viktig forskningsfelt i fremtiden blir å se på om dagkirurgi overfører arbeid til aktører utenfor sykehusene. Det er også trolig at nettverket rundt pasienten og opplegget etter utskrivning er et felt man bør konsentrere seg om for å se ytterligere fremgang innenfor dagkirurgi.

### Hva med pasienten og personalet i effektivitetens tidsalder? \*

Unni Naalsund (Dagkir.senter, UUS) mente noe av trivselen for både pasient og personale lå i den korte, intense kontakten over kort tid; man rekker ikke å bli lei av hverandre. Selv om arbeidet på en dagkirurgisk enhet kan være stereotyp og rutinepreget, så blir variasjon og spenning ivaretatt av pasientenes iboende mangfold. En annen faktor er at man har varierende type kirurgi på forskjellige dager. Det er en balanse mellom standardisering som øker effektiviteten og

variasjon, som for de fleste er viktig for trivsel. I dagkirurgi er teamarbeide helt sentralt, man vil ikke lykkes i en dagkirurgisk setting hvis man ikke klarer å arbeide godt i team. Fordi hverdagen er veldig tett besatt med gjøremål, er det viktig at personalet av og til får fri til å reise ut; til kurs, kongresser, andre avdelinger; for å hente nye impulser. Mens noe konkurranse om pasientene er sunt, så kan for mye av dette føre til at man ikke lenger har åpenhet om sine rutiner og suksesskriterier, videre at effektiviteten presses for langt på bekostning av kvalitet. Et paradoks er at jo større kravet om effektivitet blir, jo flere blir det som sitter i administrative funksjoner uten å delta i pasientarbeide. For mange administratorer skaper problemer for trivsel og effektivitet; ved å stadig komme med pålegg, spørsmål og endringsforslag



## DRG – ISF- systemet; Smøre- middel eller tvangstrøye?

Stein Tyrdal, (Dagkir.senter, UUS), var også opptatt av den økende byråkratisering rundt og særlig oppover i systemene fra den pasientbehandlerende enhet. DRG systemet var tenkt som et klassifikasjons-system, men brukes i Norge som et faktureringsystem, uten å ha gjennomgått de nød-

vendige justeringer av de enkelte satser og vekter. Mens ISF-DRG systemet har gjort dagkirurgi til en generelt lønnsom virksomhet, så har det også skapt betydelige skjevheter overfor det å fremme en ønsket balanse i type drift og valg av inngrep og prosedyrer. Et problem er at man opererer med tre forskjellige parallelle systemer for, til dels, samme inngrep: poliklinikk-system, dagkirurgiske DRG vekter og inne-

liggende DRG vekter. Et annet problem er at kodning av bidiagnoser kan slå veldig skjev ut mens regelen om minst 6 mnd intervall mellom to inngrep kan skape helt urimelige situasjoner. Et generelt problem er at DRG vektene er dårlig tilpasset den faktiske ressursbruk for mange inngrep, og at det tar altfor lang tid å få endret vekter som alle bør kunne være enige om er feilaktige.

## Diskusjon, med innledning av sentrale administrative aktører

**Jorunn Lægland** (øk.dir; Univ Sykehuset Nord Norge) påpekte problemet som er knyttet til fritt sykehusvalg og reiseutgifter, det er ennå ikke avklart hvordan dette skal løses. Fremfor å bruke store ressurser på å sende pasienter ut av sin bostedsregion så bør man i større grad styrke tilbudet i nærområdet. **Hulda Gunnlaugsdottir** (dir, Kir.div; Ullevål Univ. Sykehus) var opptatt av en fair konkurranse mellom offentlige og private aktører, ved at også offentlige aktører får bli med på anbudsrunder, blant annet knyttet til lønnsom dagkirurgi. Hun nevnte også at det for 2004 var god offentlig kapasitet for bl.a. ortopedi, gynekologi og urologi på Østlandet og at det

ikke er noe poeng å lå private komme inn på inngrep som det offentlige trenger for drift, forskning og undervisning. **Jon Nordseth** (adm.dir; Volvat Med Senter) var enig i prinsippet om fair konkurranse, men så på forhandlingsrunden for 2004 som et rent diktat fra de regionale helseforetak overfor de private. Man fikk kun lov til å konkurrere om smuler av det totale operasjonsspekter og i tillegg blir prisene presset til et minimum av nye, små aktører som til en viss grad ennå ikke har vist at de kan levere kvalitet og volum. Et stort problem for de private sykehus er den kraftige forsinkelsen for avtaler for 2004, den til dels uprofesjonelle saksbehandlingen i de regionale Helseforetak og

en økt byråkratisering og detaljstyring på tvers av det som medisinsk er fornuftig. **John Alvheim** (leder, Helse- og Sosialkomiteen, Stortinget) poengterte at han uttalte seg som privatperson, tidligere helsearbeider og partipolitiker og ikke på vegne av Helse- og Sosialkomiteen. Han var også opptatt av at DRG systemet hadde for mange feilaktige vekter og at arbeidet med bedre og mye mer løpende oppdatering av systemet måtte gis prioritet. Han var også opptatt av dobbeltrollen til departementet og de regionale HF som både skal være eiere av offentlige, egne sykehus og samtidig skal administrere utbetalinger til alle aktører. Han mente



et frittstående statlig direktorat burde overta administreringen av ISF-DRG systemet. I fremtiden kan rollen til de regionale HF derfor bli usikker, det har vært en bekymringsfull tendens til at disse har vokst seg for store, med til dels forskjellige tolkninger av det politikerne

mener bør gjelde. Et faglig godkjent privat helse-tilbud burde kunne konkurrere fritt i hele landet om de prosedyrene de behersker, samtidig som de må forplikte seg til i større grad å delta i forskning og undervisning. Alvheim var motstander av økte egenandeler i helse-

vesenet, herunder forslaget om egenandeler på sykehusinnleggelse. Han mente den nye pasientrettighetsloven med behandlingsgaranti var et viktig fremskritt, men at det lå en fare i at den som vurderer en henvist pasient setter opp for lang frist før garantien utløses.

## **Faglige utfordringer i dagkirurgien:**

### **Kan vi operere cancerpasienter (mamma kirurgi) dagkirurgisk? \***

Ellen Schlichting, (Kir.avd, UUS) mente svaret var entydig ja, basert på erfaringene ved ny dagkirurgisk enhet på Ullevål. Med unntak av et par pasienter i måneden, blir alle pasienter operert dagkirurgisk og enten sendt hjem eller til sykehotell. Enkelte pasienter får, etter informasjon og avtale, lov til å ligge alene på hotellet med tilsyn av vakt et par ganger gjennom natten. Ny teknologi og viten har gjort at invasiviteten gjennomgående er redusert; 70 % gjennomgår en brystbevarende prosedyre og kun 25 % får utført axilletolett. Ventetiden er på 1 uke og pasientene er meget fornøyde. Kun 20 % hadde benyttet seg av å lese avdelingsens web side om

inngrepet, konklusjonen er derfor at fokus må legges på gode brosjyrer og annen info. Minst tilfredshet var knyttet til venting på histologisvar, den er i dag 3-4 uker men bør teknisk kunne komme ned i 1 uke.

### **Brokk kirurgi; Plankekjøring eller uløste utfordringer? \***

Odd Mjaaland, (Kir.avd, Sykehuset Vestfold) gikk gjennom brokkirurgiens historie, og ga en oversikt over nyere norsk og utenlandsk forskning. Det er viktig å ha en god indikasjon for dette inngrepet, 10 % har smerter i sår området etter 1 år og 1-2 % får kroniske smerter etter operasjonen. I Sverige og Danmark har man løpende registrering av alle brokkoperasjoner i nasjonale registre, det finnes også gode guidelines utgått fra Cochrane

biblioteket og Royal College of Surgeons i Storbritannia. Ut fra dette synes det som om den opprinnelige nett-metoden til Lichtenstein kan anbefales, evt. supplert med laparoskopisk metode ved recidiv. Eldre typer brokkplastikker uten nett gir stort sett flere recidiv.

### **Operasjonshygiene ved dagkirurgi. Er tradisjonelle rutiner for strenge? \***

Inger Marie Blix, (Ringerike Sykehus) poengterte at forebygging av sårinfeksjoner er et anliggende for alle på operasjonsstuen, ikke bare operasjonssykepleierne. Telefon til pasientene dagen etter fanger vanligvis ikke opp sårinfeksjoner fordi disse debuterer tidligst etter 48 timer. Viktige faktorer er mengde og type mikrober som såret eksponeres for (oftest gram+staver eller

gram- kokker), forholdene i såret ved inngrepets slutt og vertens motstandsevne (okt risiko ved ASA II eller mer). Eksponering kan være direkte kontakt eller luftbåret smitte, enten dråper fra luftveier eller støvpartikler fra hud og tekstiler. God generell personal og pasient-hygiene er viktig, likeledes klorheksidin spritvask som bør få virke i minst 2 minutter. Et kvalitetsmål er en incidens på <1,5 % ved rene, ortopediske inngrep, <8-10% ved mulig kontaminerte inngrep (gastro, urinveier, genitalia); mens kontaminerte sår har en incidens på minimum 15-20%. Det er ikke direkte vist at dagkirurgi per se reduserer sårinfeksjoner, men kort operasjonstid og lite kontakt med sykehusbakterier (ofte resistente) kan være positivt i denne sammenheng.

### **Gastrokirurgi i fremtiden: Alt via scop på "Dagkirurgen?"**

Selv om man på Ullevål har operert mer enn 1300 gastropasienter dagkirurgisk, så ville ikke Trond Buanæs, (Kir.avd, UUS) gå så langt som å svare ubetinget ja på spørsmålet. Dagkirurgi egner seg meget godt for laparoskopisk fjerning av binyrer, godt for galler og funduplicatio, noe mer

varierende for miltekstirpasjoner. I fremtiden er det mulig at også adipo-sitas kirurgi og enklere colon cancer kirurgi vil komme på det dagkirurgiske repertoar. Betingelsen er stort sett bosted innen 30 minutter fra sykehuset (alternativt sykehotell) og god utvelgelse av pasienter kombinert med trenede kirurger. Imidlertid kan en dagkirurgisk setting meget vel brukes til utdannelse, forutsatt at alltid en erfaren operatør er tilstede.

### **Smertefysiologi og smertebehandling ved dagkirurgi. \***

Postoperativ smerte er fremdeles et problem ved mange dagkirurgiske inngrep og kanskje det feltet hvor det er mest ugjørt i forhold til det postoperative velvære pasientene ønsker. Johan Ræder, (UiO/Omniasykehuset Oslo) gikk i gjennom nyere smertefysiologi som blant annet viser at smerte er et meget sammensatt fenomen med mange mekanismer og mediatorer på flere nivåer. Smerte som ikke behandles blir forsterket over tid og kan gå over i kronisk smerte. Skade av nervetråder er sannsynligvis en viktig risikofaktor for kronisk, nevrogen smerte. Det er fremdeles diskutert om smertebehandling før traumat starter har effekt,

basal forskning, dyrestudier og enkelte kliniske studier kan tyde på det, men mange kliniske studier har vært skuffende. De viktigste prinsippene for smerteprofylakse og behandling er: minimering av opioid behov, multimodal medikamentell tilnærming, bruk av lokal og regional anestesi hvis mulig, samt riktig timing av medisiner i forhold til traume-/smerte og ut fra kunnskap om analgetikas fysiologi. Paracetamol (i tiltrekkelige doser), lokalanestesi og Coxiber (cox-II selektive NSAID) er en god grunnsmøring, oppå dette kan man legge opioider og evt corticosteroider.

### **"Musica Humana"; terapeutisk bruk av musikk..**

Niels Eije og Per Thorgaard (Aalborg og RH, København) hadde et engasjert innlegg om bruk av dempet spesialkomponert musikk på recovery, intensiv og diagnostiske laboratorier. Flere tusen pasienter er undersøkt og de fleste (80 %) er veldig fornøyd med dette når de spørres i ettertid. 10-15% ønsker at slik lyd skrur av. Spør man på forhånd er skepsisen større, kun 40 % vil ha musikk. Effekten er i første rekke avslappende og anksiolytisk, man har



ikke påvist analgetisk effekt av tiltaket. Musikk ut i rommet er bedre enn hodetelefoner, evt. i hodeputen for å forstyrre naboen mindre. Det er viktig å bruke musikk

uten for store vekslinger i intensitet (som for eksempel klassisk musikk) eller musikk med intens, kraftig rytme (jazz og pop). Best er jevn, rolig musikk, evt supplert med

lyder fra naturen og bilder som glir over i hverandre. (nettsted: [www.MusicaHumana.dk](http://www.MusicaHumana.dk) og [www.MsiCure.com](http://www.MsiCure.com)).

## **Internasjonale og hjemlige impulser:**

### **Postoperative analgesia – What can the surgeon do?**

Presidenten i det internasjonale dagkirurgi forbundet (IAAS), (Dick de Jong, Nederland) refererte til at mange, både barn og voksne, har smerter etter dagkirurgi; og at denne smerten ofte undervurderes av de som behandler pasientene. Viktige tiltak fra kirurgens side er velvalgt og atraumatisk metode, samt infiltrering av såret med lokal anesthesi. De Jong, som selv er aktiv kirurg, foretrakk selv å infiltrere sårområdet før han startet og operere.

### **The future of IAAS (Intern. Ass.of Ambulatory Surgery):**

Dick de Jong gikk jort gjennom dagkirurgiens historie, for deretter å konsentrere seg om IAAS. Organisasjonen har som formål å fremme dagkirurgi i et globalt perspektiv. For tiden er det 16 medlemsland, i U-land er dagkirurgi et lavt prioritert tema fordi de rike foretrekker overnatting på privatklinikker. IAAS har en aktiv hjemmeside ([www.iaas-med.org](http://www.iaas-med.org)) hvor en ny service med abstract fra utvalgte tidsskrift ledsaget av ekspert kommentar er

kommet til. For øvrig har man arbeidet med definisjoner og kartlegging av omfang og vekst innenfor dagkirurgi. De Jong ville at dagkirurgi begrepet skulle begrenses til det som foregår innefor et sykepleieskift (dvs. 8 timer) og at prosedyrer som inklusiv recovery tok lenger tid enn dette skulle kalles "short stay". Viktige kvalitetskriterier innenfor dagkirurgi er lav strykningsprosent for inngrep (2-3 % er akseptabelt), lav forekomst av re-operasjoner, lav forekomst av ikke-planlagt innleggelse eller re-innleggelse.

### **Frie foredrag:**

Erik Trondsen, Jorunn Skattum, Bjørn Edwin, Odd Mjåland, Trond Buanes.  
Gastrokirurgisk Avdeling, Ullevål Universitets Sykehus / Intervensjonssenteret, Rikshospitalet:

### **- Laparoskopisk dagkirurgi – konsekvenser for pasient, utdanning og økonomi.\***

Pr. april 2003 var ca 1300 gastrokirurgiske pasienter ved Ullevål operert dagkirurgisk over en 8 års periode. Mens visse typer kirurgi, slik som milt-

kirurgi, ofte må innlegges likevel; så er suksessraten 100% for binyrekirurgi, og over 95% for gallekirurgi. I forhold til tidligere praksis med minst 2 dagers innleggelse, så sparer institusjonen over 1 mill kr. per år på dagkirurgi. Man har ivaretatt opplæring av nye kirurger

ved en systematisk ”laparoskopiskole” i den dagkirurgiske settingen, forutsetning for suksess her er at erfaren kirurg alltid er med på inngrepet.

Inge Glambek; kirurgisk avd. Haraldsplass Sykehus, Bergen:

### **- Operasjon for varicer i lokalanestesi – indikationsstillinger generelt og bruk av subfasciell endoskopisk perforantkirurgi (SERS) \***

Varicekirurgi er en av de vanligste kirurgiske prosedyrer, behovet er estimert til nærmere 17 000 inngrep pr. år i Norge. Henvisningsskrivene fra almenlegen er oftest ufullstendige til å si noe sikkert om indikasjon, slik at en kirurgisk forvurdering er nødvendig. En stor del dreier seg om insuffisiente kommunikanter evt. isolerte parva problemer, disse kan tas i lokalanestesi på ordinær poliklinikk uten å gå til fullt dagkirurgisk opplegg. Mens ordinær varicekirurgi bør gjøres ved de fleste kirurgiske avdelinger, så krever endoskopiske teknikker spesiell trening og kompetanse, samt investeringer i kostbart utstyr. Endoskopisk brenning av parva vener og insuffisiente perforanter er en ny, og min-

dre traumatiserende metode; som har vært praktisert med gode resultater ved Haraldsplass det siste året.

Ø. Hagen, U. Seljom, H. Foss, Martina Hansens Hospital:

### **- Knestatus 14 dager etter artroskopi.\***

Ved sykehuset utføres ca 750 kneartroskopier pr. år, og man ønsket å kvalitetsikre denne prosedyren ved å innkalle 100 fortløpende de pasienter til etterundersøkelse av fysioterapeut og intervju 14 dager etter inngrepet. Av disse hadde bare 2 hatt mye smerter siste uke, men 25% brukte fremdeles krykker og 30 % haltet. 60 % var sykemeldte og for 24 % ble det vurdert at fysioterapi kunne være et nyttig tiltak. Når det gjelder endelig resultat og tilfredshet så må man trolig vente til 3-4 mnd etter inngrepet for å si noe sikkert.

Ø. Hagen, H. Foss, Martina Hansens Hospital:

### **- Pasienttilfredshet etter primæroperasjon for CTS.\***

Ved sykehuset utførte man en spørreskjema undersøkelse på 218 fortløpende pasienter, ca 6 mnd etter inngrepet.

Pasientene var operert i lokalanestesi i blodtomhet på poliklinikken, mean operasjonstid 11 minutter. 97 % av pasientene var tilfreds med innformasjonen; 89 % var helt smertefri under inngrepet, 9,5% hadde kjent litt og 1,5% hadde hatt smerter. 97 % hadde bedring i symptomer etter operasjonen (63 % helt bra), denne bedringen kommer først etter 2-5 mnd hos de fleste (70 %). Gjennomsnittlig sykemeldingstid var 4,5 uker, med en variasjon mellom 1 og 13 uker.

Terje Eide, Claus Haga, Anne Karin Lindahl, Nina Smedsrød; Bærum Sykehus:

### **Dokumentasjon, virksomhetsregistrering og kvalitets-sikring? En ny form for automatisk monitorering av drift. \***

Ved sykehuset sendes ferdig frankert evalueringsskjema til alle dagkirurgiske pasienter, 3-4 uker etter inngrepet. Svarprosenten er ca. 80 % . Man får et greit inntrykk av pasient tilfredshet, samtidig som pasientene gis anledning til å komme med spontane kommentarer. Nytt er at man via skanner kan lese inn avkryssing



direkte i et regneark og på den måten spare mye sekretærarbeide.

Brit Ensrud, Randi Duesund, Henry Quaynor, Eric Korvald; Kongsberg Sykehus:

### **Registrering av postoperativ kvalme og oppkast (POKO) med modifisert Ullevål Score (U-score). \***

Siden man stort sett bruker TIVA (som gir lite kvalme) hadde man modifisert score for generell anestesi fra 3 poeng til 1 poeng. For pasienter med score større enn 7 (kun 6 pasienter) hadde man gitt ondansetron+ dexametason som profylakse og 34 % var likevel kvalme. For pasienter med score fra 5 til 7, så hadde man brukt metoklopramid 20 mg ved avslutning som profylakse, 28 % var kvalme. De med score under 5 fikk ikke profylakse og her var incidensen 40 %.

Henry Quaynor, Kongsberg Sykehus:

### **-POKO, POK eller POU - Forebygge eller behandle?\***

Quaynor understrekte betydningen av individuell risikovurdering ved POKO og stilte spørsmålstegn ved bruk av begreper. Blant annet viktig

å skjelne mellom følelse av å være uvel og kvalme. En kortvarig oppkast-/brekningsepisode kan ofte være langt mindre plagsomt enn å være uvel over tid. Rimelig profylakse, som dexametason (gitt ved innledning) + metoklopramid 20 mg gitt ved avslutning; er av flere vist å være like effektiv som ondansetron og droperidol (som også er blitt kostbart etter avregistreringen). Efedrin 0,5 mg/kg im kan også være et godt alternativ.

Bjørn Løvland, Morten Marcus, Bent Johnny Nergaard; SiV – Sandefjord:

### **- Celecoxib vs diclofenac i kombinasjon med paracetamol som behandling av smerter i forbindelse med kirurgiske inngrep. Påvirkning på blødning.\***

Forfatterne hadde randomisert 101 TUR pasienter og gallepasienter til enten celecoxib 200 mg x 3 eller diclofenac 50 mg x 3. Alle pasienter fikk paracetamol 1 g x 4 og midazolam 7.5 mg som premedikasjon; TUR pasientene fikk bupivacain spinalt mens gallepasientene fikk TIVA med remifentanil og propofol. Det var få som

hadde målbar blødning i gallegruppen og for TUR pasientene så fant man ingen reduksjon i blødning med bruk av den cox-II selektive NSAID celecoxib. Mens smerteintensiteten var lav for TUR pasientene, så hadde begge grupper cholecystektomipasienter sammenlignbar smerte og analgetikaforbruk (ketogan).

Sigbjørn Rønbeck, Almenn med., Tromsø:

### **Kvalitetskontroll on-line. Helse-samarbeid.**

Det ble presentert en ferdig mal for fullstendig kvalitetshåndbok på internett, som kan tilpasses det enkelte legekantor eller den enkelte avdeling-/institusjon etter behov. Man kan opprette sitt eget domene på nettet hvor man har sin versjon av boken liggende for løpende revisjoner, i tillegg til at man på vanlig måte kan laste ned og printe ut dokumenter. En del ferdig utfylte standard dokumenter kan også følge med og evt. justeres etter lokal behov.

Tjenesten er belagt med en mindre årsavgift pr. registrert bruker og kan finnes på [www.helsesamarbeid.no](http://www.helsesamarbeid.no). For demoversjon er bruker navnet: test og passordet 9012.



## Glimt fra vintermøtet



Privat eller offentlig helse?

Jorunn Lægland, Tromsø, Hulda Gunnlaugsdottir, UUS, Jon Nordseth dav Dir. Volvat, Jon Alvheim (Helse og Sosialkomiteen, stortinget)

Spektakulær trekning!

Her trekker Presidenten i IAAS, Dick de Jong vinnerne av Nordafs reisestipend til Sevilla. På hvert vintermøte trekkes 2 medlemmer som får gratis deltagelse på kommende verdenskongress i dagkirurgi i regi av IAAS. (International Assosiation for Ambulatory Surgery)



## ***Kommende dagkirurgiske møter og kongresser:***

### ***NORDAFs Vintermøte blir 7. og 8. januar 2005***

Det blir denne gang avholdt på Clarion Hotell, Oslo Airport, Gardermoen  
[www.nordaf.no](http://www.nordaf.no)

### ***Sevilla, Spain 24-27 april 2005***

### ***Sixth. Intenational Congress on Ambulatory Surgery, Sevilla, Spain***

<http://www.iaascongress2005.org/iaas/inicio.htm> eller finn det gjennom NORDAFs nettside.

### ***Svensk dagkirurgi sitt årsmøte og konferanse: Jönköping 19.-20 mai 2005***

[www.dagkir.nu](http://www.dagkir.nu)

### ***Dansk Dagkirurgi har også et årsmøte på vårparten.( dato foreløpig ukjent)***

Følg med på [www.dsdk.dk](http://www.dsdk.dk)

### ***Reisestipend på kr 5000. – søknadsfrist 1. september***

En av foreningens viktigste formål er å samle og spre kunnskap om dagkirurgi. Derfor deler vi ut 2 reisestipender 2 ganger i året pålydende kr 5000. Dette er tenkt som tilskudd til reise, kongressdeltagelse, møter eller studiebesøk i inn eller utland. Forutsetningen for å få stipend er at det må relateres til dagkirurgi, og at man etterpå lager en rapport eller et referat til Nyhetsbrevet. Det kreves medlemskap i NORDAF for å komme i betraktning som søker. Samtidig gjør vi oppmerksom på at stipendiet er personlig og kan kun benyttes til det formål det er utgitt til. Ellers går pengene tilbake til foreningen. Søknad sendes innen 1.september- 2004 til Johan Ræder, Ullevål Universitetsykehus, anesthesiavd. E-mail: [johan.rader@ioks.uio.no](mailto:johan.rader@ioks.uio.no)

### ***Nye medlemmer***

Ønsker du å bli medlem i Nordaf, må du henvende deg til Team Congress tlf 61247070 eller send en E-mail til [post@teamcongress.no](mailto:post@teamcongress.no) hvor du oppgir navn, yrke, arbeidsted og gjerne din E-mail adresse. Medlemskapet koster kr. 100,- pr år, og det vil da gi deg fortrinnsrett på kurs, stipendier etc. Du vil også få tilsendt dette Nyhetsbrevet et par ganger i året.

### **Innslag til Nyhetsbrevet**

Vi minner om at vi mer enn gjerne tar i mot stoff til nyhetsbrevet. Det kan være rapport om inntrykk fra et studiebesøk eller referat fra et møte eller en kongress. Innslaget behøver heller ikke være så langt. Det kan dreie seg om en liten, men kanskje praktisk sak man fattet interesse for ved et møte eller fra egen erfaring i arbeidet. Aktuelle bokanmeldelser eller artikler er vi også svært interesserte i. Notatet om dette bør inneholde fullgod referanse og kort norsk sammendrag, gjerne med en personlig kommentar. Men kommentarer kan også overlates til redaksjonen.

Stoff til Nyhetsbrevet sendes til Unni Naalsund [unn-naal@online.no](mailto:unn-naal@online.no) eller Johan Ræder [johan.rader@medisin.uio.no](mailto:johan.rader@medisin.uio.no)

Innslag med litt omfang honoreres med 500-1000kr!

### **Nordafs styre:**

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

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

Kasserer **Terje Dybvik**, Ullevål US Oslo- Avdelingsoverlege anestesi

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

**Eugen Eide**, Regionsykehuset, St Olavs Hospital HF, Trondheim- Overlege ortopedi

Mail: [Eugen.Eide@rit.no](mailto:Eugen.Eide@rit.no)

**Inge Glambek**, Overlege Dagkir.avd, Haraldsplass, Bergen.

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

**Dorte Solnor Gulbrandsen**, Daglig leder, Dagkirurgen, Rikshospitalet Oslo

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

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

Norge HF Mail: [torild.johnsen@rito.no](mailto:torild.johnsen@rito.no) Tlf 77627418

**Jørgen Nordentoft**, Bærum Sykehus HF, anestesilege

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

**Unni Naalsund**, Anestesisykepleier Dagkir.Senter, Ullevål US. Telf: 22119908

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

## **GOD SOMMER !**

