

Stevnemøtet med verden i Sevilla – ble forventningene innfridd?

Den 6. Internasjonale kongressen om dagkirurgi er nylig avviklet i Sevilla. En stor del av dette nyhetsbrevet er viet kongressen med rapporter, referater, tanker og refleksjoner. Her burde være nok av smakebiter for faglig oppdatering og informasjon. Om det hele svarte til forventningene, vil dere få svar på fra side 3

Rett før de skal i ilden!

Dette er trioen som bidro med frie foredrag i Sevilla, alle fra Ullevål Univ. sykehus.

Opr.sykepleier Katrina

Hjermann med en etterundersøkelse av hemoroideopererte, overl. Olav Istre om dagkirurgisk lapr. hysterectomi og overl. Erik Trondsen (til høyre) om kvalitetsoppfølging etter dagkirurgiske laparoskopier. Han fikk 1.pris for beste kirurgiske foredrag for dette fremlegget.



Nordafs Vintermøte

ble i år som en prøvordning avviklet på Clarion Hotell på Gardermoen. Selv om vi selvfølgelig savnet Soria Morias nydelige omgivelser, fungerte dette bra som kongresshotell for oss. Vi vil, på bakgrunn av positive tilbakemeldinger fra deltagerne, derfor arrangere også neste vintermøte her 13. og 14.januar 2006. Foredragssalen var stor og luftig med fint teknisk anlegg. Det var plass til oss alle, og hyggelig betjening, god mat og grei avvikling av måltidene var også med på å lage en positiv ramme rundt vinterens ”heteste

møte”. Dessuten fungerte konseptet greit for dem som kom langveis fra. Se for øvrig omtale og fyldig referat og av vintermøtet på side 21 og 23. Foredragene er også for lengst lagt ut på vår hjemmeside www.nordaf.no

Søknadsfrist for Nordafs reise-stipend:

19.august 2005.
-5000 kroner x 3 til utdeling! Se side 34

Stoff til Nyhetsbrevet bør være levert før 20. oktober Se side 34

Innhold:

Leder	2
Diverse stoff fra Sevilla...	3
Etterundersøkelse av TVT/TVT-O opererte..	18
Referat fra vintermøtet..	23
Rapport fra New Zealand.....	30
Dansk dagkirurgisk forårsmøte.....	31
Diverse NORDAF stoff	34

Leder

Norsk dagkirurgi: Vekst og sikkerhet hånd i hånd!



Ved Johan Ræder, styreleder i Nordaf

Mai 2005

De siste Sintef tallene fra Norge for 2004 viser at av totalt 375 000 kirurgiske inngrep var det 75 000 som var ø.hjelp mens 180 000 ble gjort dagkirurgisk. Dette betyr at 60 % av all elektiv kirurgi Norge gjøres dagkirurgisk.

Det innebærer mer enn en dobling av andelen fra tidlig på 90 tallet, som lå mellom 20 og 30 %. Dette plasserer oss helt oppunder teten internasjonalt, hvor vi finner Canada og USA med tall opp mot 70-80%, litt avhengig av hvordan man teller og klassifiserer inngrep. Dette stemmer også med at det fremdeles er et potensial for ytterligere noe øking i Norge, særlig hvis vi ser på forskjeller fylkene i mellom. Det er fylker hvor andelen er langt lavere uten at dette bare kan forklares

av lange avstander og dårlig beredskap på hjemstedet.

Det gledelige er at denne betydelige effektiviseringen har kunnet skje uten at det har gått på bekostning av pasientenes sikkerhet og tilfredshet. Så vidt vites har det ikke vært dødsfall de senere årene i Norge som kan tilskrives det at inngrepet ble gjort dagkirurgisk som hovedårsak. Dette stemmer med store, grundige undersøkelser fra USA(1) og Danmark(2) hvor man fant en mortalitet på 0 i serier på henholdsvis 50 000 og 20 000 pasienter. Dette er ingen selvfølge! I

” *Det har ikke vært dødsfall de senere årene i Norge som kan tilskrives det at inngrepet ble gjort dagkirurgisk som hovedårsak. Dette er ingen selvfølge!*

Florida fant man over en 2 års periode nylig (2000-2002) at mortaliteten ved kirurgi foretatt på kirurgens kontor var 10 ganger høyere enn den man så ved tilsvarende inngrep gjort på dagkirurgiske

enheter (3). Ved nærmere undersøkelse viste det seg at mer enn 90 % av disse dødsfallene skjedde ved inngrep hvor det ikke var med anestesilege, og mer enn 60 % av enhetene hadde ikke godkjent standard for å drive med aktuell type kirurgi(3). En grundig undersøkelse fra Nederland (4) over 800 000 inngrep over 2 år i en region (ikke ulik Norge i folketall og antall inngrep!), fant at ca 1 av 1000 pasienter døde innen 24 timer etter et inngrep. Her var alle typer

inngrep med, og dødsfallene var stort sett knyttet til ø.hjelp og omfattende kirurgi hos skrøpelige pasienter. Men selv når man holdt alle slike kjente faktorer utenom, så fant man en rekke faktorer ved den daglige sikkerhetsmessige håndteringen som hadde signifikant betydning for dødeligheten. Dette omfattet ting som: at det var sjekklister for utstyr, at det var signert sjekk for hver pasient, at det var anestesisykepleier som arbeidet full tid, at samme anestesilege var umiddelbart tilgjengelig gjennom hele inngrepet og tilstede ved avslutning, at reversering av muskelrelaksantia var gjort, og at adekvat post-operativ smertelindring forelå.

Erfaringene fra Florida og Nederland kan ikke uten videre viderføres til norsk dagkirurgi. Imidlertid så viser rapportene klart at man må ha gode rutiner på sikkerhet for å lykkes og at det er viktig å holde på disse kravene i effektiviseringens og fragmenteringens tidsalder.

Referanser:

- 1) Warner MA et al. JAMA 1993;270:1437-41.
- 2) Enbæk J et al. (ikke publ) Nordaf. Vintermøte 05: link på www.nordaf.no
- 3) Vila H et al. Arch Surg 2003;138:991-5.
- 4) Arbous MS et al. Anesthesiology 2005;102:257-

6. IAAS-kongress i Sevilla 24-27. april



Svarte stevnemøtet til forventningene?

**Ja, nei, jo,...tja – ja..
Her får de videre referater og rapporter svare for seg.**

Selv i stevnemøtets første sødme, skjønte vi raskt at her trengtes både toleranse og tålmodighet hvis vi skulle ha maksimalt utbytte av møtet. Det er stadig livets pakkelsninger som gjelder! Men om møtet var av vekslende kvalitet, så ga det oss også mange glimt og innslag av livets perler både hva fag og samvær angår. Det er hyggelig å være på tur sammen. Felles opplevelser hvor man kombinerer både det faglige og sosiale, gir et samhold og en glede i teamet som ethvert dyrt inn-

Referat fra Sevilla, ved Johan Ræder

International Association of Ambulatory Surgery avholdt sin 6. kongress (på 10 år) i Sevilla, i samarbeid med den spanske dagkirurgiforeningen (ascema) som hadde sitt årlige møte. Samlokalisering byr på fordeler for arrangører og sponsorer, men blir feil når første plenumsforelesning viser seg å være et uannon-

leid ”teambuilding”- firma kunne misunne oss. Kanskje dette er noe å ta med i regnskapet når billettpriser og deltagerutgifter skal vurderes?

Vi har til vår glede mottatt flere bidrag til Nyhetsbrevet som omhandler Sevilla, og de fleste blir gjengitt fortløpende. Av plasshensyn er enkelte av innslagene blitt redigert og sammenslått. Flere av innsenderne har fått stipendier fra Nordaf for å reise til Sevilla. Foreningens intensjon med disse stipendiene, er at de

skal medvirke til å høyne den dagkirurgiske kompetansen rundt på avdelingene. Et av virkemidlene kan da være en slik kongressdeltagelse, hvor man kan få det nødvendige påfyll og inspirasjon til å fortsette dette arbeidet i egen hverdag hjemme.

Vi lar det tankevekkende innlegget om et ”Skrått kirurgisk sideblikk” på side 17 avslutte Sevilla- stoffet. Så kan jo heller debatten gå videre...

og Istre) og tre inviterte innlegg (Ræder). Erik Trondsen og kollegene på Ullevål kan gratuleres med pris for beste frie kirurgiske foredrag! Hovedinntrykket er at norsk dagkirurgi er kommet langt, både rent kvantitativt, og kanskje enda mer når det gjelder organisering og faglig kvalitet.

Ræder fortsatt

Omfang av dagkirurgi internasjonalt: Toftegaard presenterte tall fra en undersøkelse vedrørende dagkirurgi i IAAS' medlemsland + enkelte utvalgte andre. I prosent av det totale antall inngrep er det stadig USA og Canada som ligger høyest med en andel på 60-70% (men de registrerer litt annerledes enn andre!). UK og Danmark ligger på 55 %, Norge og Sverige ca 50 % (I Norge er andelen dagkirurgi av elektive inngrep oppe i over 60 % for 2003) Belgia, Italia og Spania ligger rundt 30 %, mens Portugal, Øst-Europa, det meste av Den tredje verden og Tyskland (!) ligger på under 10%. Det lave tallet i Tyskland skyldes at finansieringen favoriserer innleggelse, det er nesten umulig å tjene penger på dagkirurgi.

Organisering av dagkirurgi(Maurer, Roberts, Hanley). I Cleveland hadde man meget gode erfaringer med et web-basert system hvor kirurgen plottet inn inngrepets invasivitet, durasjon og forventet blodtap (Johns Hopkins Score, ref Parternak) sammen med pasientens ASA-klasse, og ut fra det fikk opp anvisning om pasienten skulle henvises til preoperativt tilsyn (anestesi, indremedisin) eller ikke. Pasientene selv skulle fylle inn egen helse på internett-skjema. Erfaringen var at ca. halvparten av pasientene (evt. med hjelp av slekt og venner) gjorde dette via nettet. En fordel med internettutfyllingen er at de som er friske kun skal svare på enkelte nøkkelspørsmål, mens man kan la mer detaljerte spørsmål poppe opp på skjermen hvis pasienten angir spesifikke helsepro-

blemer. Både i USA og Australia har man også erfaring med forlenget recovery på visse pasienter, som et alternativ til full innleggelse; dvs. at et par plasser på dagkirurgienheten holdes åpne utover kvelden og eventuelt om natten (USA). I USA finnes det kommersielle aktører som har spesialisert seg på å planlegge, bygge og drive dagkirurgiske sentre. Vanlig (optimal?) størrelse var fire operasjonstuer, fire pre-/postoperative senger, ca 6000 inngrep per år på en befolkning på ca 100 000. (ref: Health Investors, Colorado). Man mente at mange vinduer var viktig for trivselen og at mye arbeid burde legges i fornuftig innredning, blant annet med nok lagerplass og sterilisering nær operasjonsstuene.

Kvalitet, akkreditering og opplæring (Phillips, Castoro, Baskerville)

Her er Johan Ræder i panelet sammen med C.Castory (Italia) og P. Baskerville(UK) i en veldig bra sesjon om kvalitet, utdanning og opplæring.

Kvalitet, akkreditering og opplæring (Philips, Castrero og Baskeville)

I USA har man hatt store problem med høy mortalitet (10 x mer enn ellers!) ved kontorbasert kirurgi i Florida. Nærmere analyse viste at dette ofte dreide seg om ikke-akkrediterte enheter som gjorde omfattende plastikkirurgi med store doser lokalanestesi og sedasjon, uten å bruke anestesipersonell. Disse tallene er nå på vei ned etter at man har regulert dette bedre, men det er fremdeles et problem at kontorbasert praksis er for dårlig regulert

mange steder. Et generelt problem er å få nok trening for nye kirurger uten at det går utover drift og moderne kirurgers krav på fritid og ordnede arbeidsforhold. En god løsning er den skandinaviske, der anestesilegen frigjøres fra operasjonsstuen ved at man har kvalifiserte anestesisykepleiere. Anestesilegen kan da avlaste kirurgen fra en del pre- og postoperativt arbeid, slik at han/hun får mer tid til å operere. Det er også viktig at operasjonssykepleierne får fullt ansvar for klargjøring av teknisk utstyr (skopi-rack etc). For å få

trenet opp nye kirurger, må det allokeres midler slik at en fersk kirurg kan jobbe sammen med en erfaren på to parallelle stuer, hvor det er lagt inn rom for en til to færre pasienter på programmet pga. opplæringen. For anestesipersonell er det særlig viktig at de får regelmessig trening i akuttmedisin og vanskelig luftvei (hospitering i akutenhet eller trening på simulatorer), siden de meget sjelden får praktisk erfaring med slike problemer i daglig arbeid

Vegard Dahl, Bærum sykehus, har bidratt med disse inntrykkene fra Sevilla og kongressen

Sevilla ligger 2,5 time med tog fra Malaga, en behagelig liten togreise gjennom et initialt fjellete landskap til et døsing slettelandskap med olivenlunder og hvitkalkede gårder, alt mens hvitvin, baguette og Serrano-skinke nytes om bord. En suveren start på en såsomså kongress. Byen Sevilla ligger vakkert til ved Rio Guadalquivir. Byen preges av en blanding av kristen, jødisk og islamsk kultur med en intim gamleby, flotte parker og rikt med monumentale bygninger. Temperaturen var behagelig mellom 20 og 30 grader, sol hver dag.



Utmerket vin og ypperlig mat, anbefales for romanse-turer!

Kvaliteten på selve kongressen var vekslende. Mye tull med foredrag og abstracts på spansk, foredragsholdere som ikke møtte opp, forsinkelser etc. En foredragsholder var sågar død en måned før kongressen uten at noe var gjort for å erstatte han.

Her er Vegard Dahl, Bærum, fra venstre, Terje Dybvik, Ullevål univ. sh.til høyre og i midten Nordafs webmaster www.nordaf.no Sigmund Røsje, Volvat

Hva fikk jeg med meg som kan ha interesse?

FastTrack surgery

H.Husted (Danmark):

Accelerated track in total hip and knee arthroplasty

Et interessant foredrag om resultatene fra Hvidovre, hvor de har redusert liggetiden for denne pasientgruppen ned til 3,8 dager i et uselektert pasientmateriale (307 pasienter). Viktige kriterier var dedikert personale, supergod

pasientinformasjon, tverrfaglighet, god smertebehandling, epiduralanalgesi på knær, men ikke på hofter. Mandags og tirsdagsoperasjoner hadde kortest liggetid. Det var ikke mer komplikasjoner, ikke flere dislokasjoner. Total innsparing: €4000 per pasient! Og til sist: "In selected patients, day case surgery is possible".

Charlotte Møller (Danmark): Accelerated track for gynecology

Veldig forskjellig praksis her. I en oversikt (Ugeskrift for læger 2001: 7043) over 26 randomiserte studier varierte gjennomsnittlig opphold fra 2 til > 5 dager, og sykemeldingstid varierte også veldig. Hennes modell: Pasientinformasjon(!), rask mobilisering, mat umiddelbart, kombinasjon av epidural og generell anestesi, kvalmeprofylakse med ondansetron/droperidol/steroider, NSAID + paracetamol og epidural i 24 timer - altså nokså likt det mange av oss driver med.

Tromboseprofylakse i dagkirurgi – ja eller nei M. Patil – UK

Han presenterte resultatene av en spørreundersøkelse i England. Halvparten av dagkirurgisentrene i England mangler retningslinjer. Mange har halvveis-løsninger. Det er dårlig med litteratur på dette området, men trenden går i retning av

øket bruk av tromboseprofylakse i risikogrupper (varicer, kneartroskoper, premorbid tilstand). Anbefalt bruk i minst én uke.

Konsensus mangler, men en europeisk gruppe har kommet med anbefalinger. Dette er, så vidt jeg forstår, et problem også i Norge. Tromboseprofylakse ved dagkirurgi er foreslått satt på dagsorden ved neste vinters NORDAF-møte.

Andre mindre presentasjoner:

Fasteprosedyrer

Forslag om redusert fastetid er ikke noe nytt (Am J Obstet Gynecol 1946; 2: 191-203). Kortere fastetider viser redusert dehydrering, mindre kvalme og mer stabile pasienter (diabetes etc). Forslag i UK om å redusere kravet til fastetid før dagkirurgi til tre timer er sendt til høring.

Perioperativ væske:

Mens trenden ved større kirurgi klart går mot tørrere pasienter, er tendensen i dagkirurgi motsatt. Velhydrerte pasienter har det bedre. Flere studier bekrefter dette, også en fersk en (Anest Analg 2005: 100: 675-82): prehydrering med 2ml/kg per time faste, deretter ikke noe mer. Dette gir pasienter med mindre kvalme, de har mindre smerter og skrives ut tidligere.

Detoksifisering av opioidavhengige

CJ De Jong, Amsterdam

Spennende foredrag om resultater av AAOD (Anesthesia assisted opiate detoxification) i 24 timer. Hun presenterte en to års studie. 67 pasienter, i gjennomsnitt narkomane i 12,8 år, 8,2 i metadonprosjekt i gjennomsnitt. Motiverte pasienter som hadde forsøkt det meste før, 52 % hadde flere mislykkede forsøk. Stor vekt på apparatet rundt. Education var nøkkelen (Never detox uneducated patients). Etter ett år var 70 % fortsatt rene, kriminaliteten sank med 85 % i gruppen! Fem timer i propofolanestesi på respirator, med gradvis økende naltrexonetilførsel. Utskrivelse på naltrexone per os. Daglig inntak av naltrexon under påsyn, massiv støtte med kognitiv adferdsterapi. Spennende? Se dejong@euronet.nl eller www.miroya.nl

laparoskopisk Nissenplastikk: Hammond, North Staffordshire:

Resultat etter ca 15 pasienter var gode gitt følende: Informasjon om svelgvaner, multimodal kvalmeprofylakse/behandling, intravenøs væske, hjemmebesøk av sykepleier. Hjemreise etter fem-seks timer. Problemer med smertefull raping dersom pasientene drakk gassholdige væsker de første ukene.

Dagkirurgisk LASH: Salfeder,

Hamburg, Tyskland

191 pasienter, de fleste fornøyde, men 13% fikk cervixblødning. Også her synes pasientinformasjon å være det viktigste suksesskriteriet.

Outpatient laparoscopic surgery: Trondsen, Ullevål, Norge

Erik Trondsen presenterte et veldig bra foredrag der han redegjorde for ti års erfaring fra Ullevål. Der har de operert 1740 pasienter, de fleste kolecystektomier, men også funduplicatio, adrenektomier, splenektomier (ITTP). 1,6 % hadde alvorlige komplikasjoner hvorav halvparten ble diagnostisert peroperativt. 90 % svært fornøyde. Minst fornøyd (75 %) var funduplicatio-gruppen.

Ponv

Gants TJ: Evidence based

Propofol 20-40 mg iv med PC teknikk, overbevisende antiemetisk effekt. (virker sannsynligvis via serotonin-systemet også). Akupunktur på P6-punktet er like bra

som ondansetron, eller bedre. Perifere opioid-hemmere som altså hemmer opioidreseptorer i GI-traktus kommer. Naloxone 0,25-0,1 µg/kg/ time effektivt uten å ta analgesien. Væske er bra. Utfordringen er ikke den tiden pasienten ligger hos oss, men tiden etter hjemkomst! Dexametason bør gis tidlig under operasjonen, ondansetron sent. TIVA er bedre enn gass (Habib, Anest Analg 2003; 97: 62-71). Droperidol i store doser forlenger QT-tiden, men dette er aldri vist i antiemetiske doser.

NK-1 antagonister kommer (vi er med på en studie), virker direkte på oppkast-senteret?

Regionalanestesi er suverent best for å forhindre kvalme.

Antihistaminer: Tendens til å bruke unødvendig mye prometazin - 6,25 mg sannsynligvis nok.

Preoperative cardiac assessment: Dr. Priebe, Freiburg, Tyskland:

Preoperativt EKG: Han anbefalte dessverre fortsatt

at vi skulle holde oss til Millerkapitlet av Roizen som sier at sjansen for arytmier eller andre funn på EKG øker med 20 % etter passerte 40 år (menn) og 50 år (kvinner), og han stod hardt på at det var slik de gjorde det hos ham selv da jeg etterpå beskyldte han for juks.

Hypertensjon: Selv ukontrollert alvorlig høyt trykk er en dårlig klinisk prediktor! Likevel anbefalte han grensene 110 diastolisk og 180 systolisk. Disse pasientene skulle utredes videre før operasjonen. ACE-hemmere bør seponeres, de gir mer hypotensjon ved innledning og dårligere respons på vasoaktive medikamenter.

Perifere blokader med lokalanestesi hjemme?

40 % har betydelige smerter når de kommer hjem. Blokader eller kontinuerlig sårinfiltrasjon er trygt, særlig med ropivakain 0,2 %. Studier viser at riktig bruk gir mindre kronifisering. (Ilfeld Anesthesiology 2004)

Anestesi til dagkirurgiske barn ved Terje Dybvik, Ullevål Univ.Sykehus

Terje Dybvik har sendt oss dette fyldige referatet fra sesjonen om barneanestesi. I tillegg er det tatt med utklipp fra Vegard Dahls og Johan Ræders referater om samme emnet

F.Reinoso(Spania)

Preoperativ bedømming av barn, når og hvordan

Han anbefalte bruk av spørreskjema og telefon til foresatte en-to dager før operasjonen. En undersøk-

else viste at ved telefonintervju til hjemmene var det bare 3 % av barna med et eller annet problem som hadde behov for pre-operativt tilsyn av anestesilege. Nedre aldersgrense for dag-

kirurgi: 60 uker PCA (post-conseptuelle alder = gestasjonell + kronologisk alder) Årsaken til dette var fare for post operativt apnè 1.døgn. Forkjølelse ble akseptert, men barnet måtte strykes hvis det var dårlig med feber. Rutinetester på friske barn var unødvendig. Men var de under 6 mnd skulle man ta hgb. Lav hgb kan gi økt forekomst av apnè.

Fasteregler vann: 1 time, morsmelk: 2 timer, væske med melk: 3 timer, fast føde: 6 timer. Barna bør være undersøkt under 4 uker før operasjon. ASA 1 og 2 kan ses på og snakkes med samme dag.

R. Hannalah(USA)

Hvordan unngå siste dagsstrykninger

Årsaker til strykninger var ofte interkurrent sykdom og udiagnostisert bilyd. Han diskuterte initialt en relasjon mellom post konseptuel alder og apnè tendens, og viste til at barn under 44 uker PCA hadde en økt apnè tendens. Det var ingen økt apnè tendens dersom de var 46 uker og eldre. For å ha en sikkerhetsmargin hadde han lagt seg på dagkirurgi 55 uker PCA. Risikoen for post-anestesi apnoe øker med anemi. Innenfor Øre/Nese/Hals faget nevnte han at forkjølelse medførte at 11 % hadde noen økte problemer post operativt. Imidlertid hadde han (som de fleste

norske) en regel om at vanlig forkjølelse ble akseptert. Var de dårlige med feber skulle de utsettes til de var i vanlig standard form.

Han hadde god erfaring med telefon til pasientene dagen før for å sikre at de ikke hadde interkurrente sykdommer.

Fasteregler hos han var: Klare væsker to timer, brystmelk fire timer og fast føde seks timer. Problemet for fasting med de minste barna var at mange fastet for lenge, gjerne fra kvelden før. Hos små barn kan dette medføre økt risiko for hypoglykemi. Hans råd var derfor at man skulle starte med et mellomstort barn. De minste burde komme fra kl. 10 og utover. Da kunne de få drikke(el.også evt spise?) morgenen operasjonsdagen.

K.E.McGoldrick(USA)

Finnes det ideelt anestesimiddel/teknikk for pediatrisk dagkirurgi?

For henne var det bare gass som gjaldt. Foredragsholderen startet med å si at i USA var det ingen barn som ville stikkes. Derfor brukte man aldri intravenøs anestesi. Det var kun inhalasjon både til induksjon og vedlikehold. Hun nevnte likevel at alle inhalasjonsmidler gir mer kvalme og oppkast enn propofol. Resten av foredraget handlet om sevofluran. Hun viste til at sevofluran med flow på to liter ikke ga noe oppound A som er assosiert

med nyreskader. Det ga heller ikke hepatitt. Hun "highlightet" videre at CO₂

absorbere kan antennes og være lett antennelige, spesielt hvis friskgassen med rent oksygen går igjennom over lengre tid.

Det ble anbefalt høykonsentrert innledning (8 % i 70 % lystgass), 37 sekunder til rask anestesidybde. Dette ga mindre stress og agitasjon og rask utskrivelse (Anest Analg 2004; 98 – Gupta). Inhalasjonsgassene ga stor grad av post operativt delir, spesielt hos guttebarn under 7 år. Det var målt opptil 56 % deliriøs oppvåkning hos disse. Dette kunne forebygges med premedikasjon f.eks med midasolam eller klonedin, fentanyl eller dexmetometidin.

Sevagitasjonen kunne reduseres fra 56 til 12 % dersom man ga 1 µg pr kg med fentanyl intravenøst ti minutter før slutt. Som konklusjon må en si at dette var et meget tendensiøst foredrag ettersom bare en anestetikerteknikk ble omtalt.

S.Vergheze (USA)

Smertebehandling

Hovedbudskapet var multimodal tilnærming til problemstillingen. Hun hadde god erfaring med nasal remifentanyl (1 mkrgr/kg) og fentanyl som ypperlige alternativer til iv. (se artikkel i Anest Analg 2005 av Vergheze). Fentanyl intranasalt har samme effekt

og anslagstid som intravenøs fentanyl. Paracetamol nivået i blodbanen bør være 10 til 20 µg pr ml for å få analgetisk effekt, og den rektale dosen bør derfor være min. 40 mg/ kg. Tramadol ble nå brukt en del i USA. Cox 2 hemmere ble ikke benyttet og derfor heller ikke omtalt. Dexametason ble derimot anbefalt i doser som 0,5 mg/ kg, med max 16 mg hos barn. Hvis mulig mente fore-

dragsholderen at man alltid skulle bruke regionalblokk, ledning eller infiltrasjon. Liberal bruk av caudal analgesi bør oppmuntres. Benytt bupivacain 1,25mg/ml. Man skal da kunne se på EKG at T-bølgen øker hvis test dosen går intravenøst. En grei test på caudal effekt er å sjekke om analspingter er relaksert. Det er bedre med bupivacain 1,25 mg/ml enn sterkere løsning. Dette gir like god smertelindring, men bedre bevart

motorikk. Vannlating er ikke nødvendig før utskrivelse. Ved inngrep på penis som circumsisjoner og annet, kunne man i stedet for penis blokk også bruke en bandasje med lidokain til lokal smertelindring. Hovedbudskapet var som nevnt: Multimodal smertebehandling med lokal regional infiltrasjon, paracetamol, dexametason samt evt opioider. NSAID ble ikke omtalt.

Hvordan kan kirurgen bidra til å redusere smerter etter abdominalkirurgi? Referat ved Erik Trondsen, Gastrokirurgisk avd. UUS

E. Pelissier, Frankrike

Smerter postoperativt kommer av skadet vev, fra nerveender som produserer algogene substanser. Videre bidrar postoperativ tarmparalyse. Det er viktig å redusere det kirurgiske traumet, f. eks. ved å bruke mini-invasiv teknikk. En erfaren kirurg vil operere mer skånsomt. En rehabiliteringsplan lagt på forhånd for mobilisering og tilbakevending til normal aktivitet og normalt liv er av stor betydning. I en del tilfelle kan det være vel så viktig som kirurgien. Ved laparotomi anbefales tverrsnitt, for eksempel ved høyresidig hemicolectomi (dette var det imidlertid uenighet om, idet opponenter anførte at midtsnitt skader nerver

minst). Skråsnitt, f eks ved venstre colonreseksjoner anbefalte han også, men det så litt rart ut på bilder.

Lite traksjon av vev/bukvegg bidrar til smertereduksjon, og likeledes skånsom behandling av tarmer f eks. ved innpakking i våte kompresser. God hemostase, skylling og til slutt infiltrasjon av lokalanestesi i sårene er også viktige momenter. Han anbefalte også kontinuerlig infusjon av lokalanestesi i sårene, ved at man bruker et tynt vakumdren i såret og setter lokalanestesi via dette i to dager. Intrakutan hudlukning er fordelaktig også ut fra et smertesynspunkt. **Dren** er årsak til smerter, og det er ikke holdepunkter for

at dren reduserer forekomsten av komplikasjoner. Blærekateter er kilde til smerter og infeksjon. De er ikke nødvendige ved øvre abdominal- inngrep, etter nedre bør de fjernes i løpet av 1-2 dager. **Ventrikkel- og duodenalsonder** er irriterende, øker risiko for luftveiskomplikasjoner og reduserer ikke risiko for anastomoselekkasjer. Postoperativ faste er unødvendig, tidlig matinntak tolereres av 80 %. Preoperativ informasjon reduserer engstelse og gjør det lettere å følge et optimalt rehabiliteringsprogram.

En bioabsorberbar plugg til brokkdefekter, i stedet for polypropylenplugg, ble presentert i et symposium av Gore. Man hevdet at

denne ga mindre postoperativ smerte, mindre reaktive forandringer intraabdominalt med mindre adheranser, og mindre risiko for kron-

iske smerter etter lyskebrokkoperasjoner. Pluggen dekket av et Lichtenstein prolennett som ved annen plugg og nett-teknikk

Rapport fra Sevilla ved Bjørg Ydse, Sarpsborg Sykehus.

Stor var gleden og overraskelsen da jeg vant tur til verdenskongressen i Sevilla. Dette skjedde på NORDAFs vintermøte i januar-2004. Først halvannet år etter var turen en realitet.

Det ble en uforglemmelig opplevelse. Sevilla er en sjarmerende by, med 1,2 mill. innbyggere. Det er den gamle bydelen som gjør størst inntrykk med sine oldtidsminner, trange labyrintgater, kirker på hvert hjørne og hyggelige gaterestauranter. Det hjalp jo at været viste seg fra sin beste side med strålende solskinn og 25 grader!

Kongressen var overveldende. Etter å ha studert programmet, plukket jeg ut det som for meg var mest aktuelt. Jeg er operasjons-sykepleier og arbeider på dagkirurgisk avd. Sarpsborg Sykehus. Jeg hørte mye på de frie foredragene. Her var ulike dagkirurgiske innslag med erfaringer fra hele

verden presentert med 7-8 minutters varighet. Det var gjort studier på smertelindring, liggetid, infeksjonshyppighet, operasjonsmetoder med mer. En del statistikker og tall ble lagt frem og konklusjoner trukket ut fra dette. Det var ulik kvalitet på disse innslagene da enkelte hadde for små materialer.

Tromboseprofylakse blir praktisert forskjellig, og det er ulike meninger om nødvendigheten av dette. Det er ønske om flere retningslinjer på området.

I USA var man opptatt av at barn ikke skulle oppleve nålestikk, og de brukte derfor bare gass til innledning av barn.

Fra Ullevål hørte jeg på tre innlegg om intravenøs anestesi (Ræder) og laparoskopiske kirurgiske teknikker og erfaringer (Trondsen). Disse var veldig bra.

Etter kongressen sitter jeg igjen med en følelse av at vi

har de samme problemer og diskusjoner rundt på våre dagkirurgiske sentra som resten av verden har. Vi er absolutt oppdaterte og driver dagkirurgi på høyde med andre.

Glaxo hadde samling om kveldene hvor dagens inntrykk ble diskutert og oppsummert. Det var lærerikt og nyttig.

Størst inntrykk på meg gjorde likevel kirurg og Professor Ignatius Kakande fra Uganda. Han holdt et times langt engasjerende innlegg om helseforholdene i Afrika. Han fikk stående applaus etter sitt engasjerende innlegg, og vi var nok mange som syntes våre egne problemer ble mikroskopiske etter dette. (Se samlereferat om ham side 12 red.anm.) Til slutt vil jeg takke Nordaf for denne gaven/gevinsten. Jeg har hatt en utbytterik tur, gjort erfaringer og lært ting jeg kan ta med meg videre. Tusen takk!

Rapport fra Sevilla ved Heidi Aadde og Mariann Harneshau, Bodø

Vi er de to eneste anestesisykepleierne som jobber ved Dagkirurgisk enhet, Nordlandssykehuset Bodø. Vår avdeling åpnet i februar 2001, har 11 ansatte og opererer årlig ca 1500 pasienter i TIVA, lokalbedøvelse eller blokk. Vi har begge tidligere deltatt på vintermøtene til Nordaf, og vi har hatt stort faglig og sosialt utbytte fra disse møtene. Derfor var forventningene om mulig enda høyere når vi nå skulle delta på en verdenskongress.

Det var to spente og forventningsfulle anestesisykepleiere som ved hjelp av reisestipend fra Nordaf kunne reise fra kjølige Bodø til sommeren i Sevilla. Vi innlosjerte oss på et koselig hotell i sentrum i gangavstand fra kongresshotellet. Hyggelig var det at den norske kolonien fra Ullevål også bodde der. Dette førte raskt til nye bekjensheter og sosiale treff.

Vi merket oss at presidenten i IAAS, Dr. De Jong fra Nederland, i åpningstalen sa

at vi måtte legge stor vekt på det sosiale aspektet ved kongressen. Han sa også at i løpet av de 10 årene for-
eningen(IAAS) har eksistert, har problemstillingen endret seg fra: "Kan denne pasienten opereres dagkirurgisk?" til "Hvorfor kan ikke denne pasienten opereres dagkirurgisk?". Han vektla den faglige utvekslingen mellom forskjellige yrkesgrupper fra ulike verdensdeler.

Oppsummering

Til vår overraskelse, og selv om det ble opplyst at engelsk skulle være det offisielle språket under kongressen, foregikk mye på spansk. Det største paradokset i så måte var at utstillerne fra internasjonale medisinstyrsfirmaer kun hadde informasjonsbrosjyrer på spansk. Men selv om vi ikke hadde så mye reklamemateriell med hjem, håper vi likevel vi at vi kan få formidlet noen av opplevelsene vi har hatt til våre nærmeste kollegaer. Vi har i alle fall fått mange nye ideer og innspill til vårt videre arbeid. Enkelte ganger kan vi føle at miljøet vi jobber i til daglig er lite, og vi føler behov for å disku-

tere fag og utveksle erfaringer med andre som jobber med anestesi på dagkirurgiske avdelinger. Derfor er det av uvurderlig betydning å få reise på verdenskongress. Fra anestesisykepleierens ståsted har vi fått bekreftet at det vi gjør i Norge er svært bra, og det i seg selv er ingen dårlig lærdom.

Vi takker alle som har gjort det mulig for oss å ha fått denne opplevelsen og håper at vi kan møtes om to år i Nederland.

Det som likevel gjorde størst inntrykk på oss, både under kongressen og nå i ettertid var åpningsforedraget til Kirurg og Professor Ignatius Kakande fra Department of Surgery, Makerere University, Uganda.

“The challenges of surgery in Africa”

igkakande@yahoo.com

Vestens effektive dagkirurgi står i grell kontrast til de problemene Afrikas helsevesen står overfor.

Dr. Kakande tok for seg de komplekse og store problemstillingene i Afrika som talløse kriger, mennesker på flukt fra krig og/eller sult, fattigdom, analfabetisme, dårlig infrastruktur og kommunikasjonstilbud. Afrikas helsesituasjon er lysår unna vår vestlige verden med bl.a. stor mangel på kvalifisert helsepersonell og utstyr. Et eksempel er Malawi, et innlandsland i det østlige sentral Afrika som fikk sin selvstendighet i 1964. Landet har 12 millioner innbyggere, med en gjennomsnittelig levealder på mellom 40 - 45 år. Spedbarnsdødeligheten er 143 pr 1000 levende fødte. Det er 1 doktor på 48000 innbyggere. Hele landet deler 9 generelle kirurger, 1 barnekirurg, 1 urolog og 4 ortopedier.

Som følge av stadige kriger er det mye våpen i omløp. Barn vokser opp med at våpen gir status. Det er mange skuddskader. Store og krevende brannskader, bilulykker, slangebitt og smittsomme sykdommer krever mye av helsevesenet. For ikke å forglemme Hiv og Aids problematikken. I enkelte land er hver 8. helsearbeider hiv positiv. Det kan synes å gå fra galt til verre når 12.5 % av helsearbeiderne ikke lenger kan jobbe som følge av dette.

Han mente at i de neste 45 årene vil befolkningen i Afrika øke med 1000 millioner. En stadig større del av barna vil måtte vokse opp uten foreldre pga hiv/aids problematikken. Dr Kakande og andre helsearbeidere i Afrika står overfor en formidabel utfordring. Det var et rystende og tankevekkende

foredrag, som satte ting i perspektiv. Her kommer vi fra rike Norge på jakt etter det siste innen anestesi og kirurgi, og får beskrevet en virkelighet som er så totalt forskjellig fra vår egen hverdag og verdensdel. Det kan ikke sies for ofte: vi er utrolig privilegerte som lever i en så rik og fredelig del av verden. Denne rikdommen forplikter. I avslutningen på sitt foredrag kom Dr. Kakande med et ønske om at kirurger fra den rike verden kunne gi opplæring/oppdatering av afrikanske kirurger i deres hjemland. Han ba også om å få overta medisinsk materiell og utstyr som vi ikke lenger kunne nyttiggjøre oss. De kan! E-mail: igkakande@yahoo.com

Inntrykk fra verdenskongressen i Sevilla ved Nina Smedsrød

Dagkirurgisk avdeling, sykehuset Asker og Bærum HF



På NORDAFs vintermøte i januar 2005 ble jeg den

heldig vinner av et reise-stipend til verdenskongressen i Sevilla (Spania). Reise og hotell ble bestilt sammen med gode kollegaer, og det var forventning og glede når vi endelig kom av gårde. Personlig har jeg aldri deltatt på en slik kongress utenfor landets grenser og var derfor veldig spent på det faglige utbyttet.

Det var et stort og interessant program som ble presentert for oss, og valgene måtte prioriteres. Blant de mange foredragene var det interessant å høre presentasjonen til en dansk sykepleier som viste at det fortsatt er mulig å tenke i nye baner.

Endoscopi utført av spesialtrente sykepleiere, og erfaringer med dette.

Ved Helle Roy Tillgaard fra dagkir. enhet ved Haderslev Hospital (Danmark)

For å imøtekomme behovet om økt kapasitet til diagnostisering av colorectale tumores, ble det etter anbefaling fra Dansk Helseinstitutt, startet opplæring av to sykepleiere til å utføre fleksibel sigmoideoscopi. De utvalgte sykepleierne gjennomgikk et spesialtilpasset treningsprogram som inkluderte så vel en teoretisk som praktisk del.

Metodikk

Endoscopysykepleieren arbeider sammen med en assistent som følger opp pasienten under undersøkelsen og assisterer dersom det tas biopsier. Løpende renhold utføres også av denne assistenten.

Pasienten tas i mot av sykepleier på oppvåkningen og forberedes til undersøkelsen. Før pasienten narkose, hviler denne ut på oppvåkningen etter undersøkelsen.

Endoscopysykepleieren skriver journal, og pasienten informeres om prosedyren. Etter behandlingen gis en orientering om resultatet. Til slutt lages en endelig behandlingsplan sammen med fagekspert. Ved behov kan ekspertise tilkalles under undersøkelsen. Dette er av særlig betydning når det oppdages ondartet tumor eller hissige tarminfeksjon. Behandling kan således iverksettes umiddelbart. Resultater så langt

Helle R Tillgaard har nå foretatt sigmoideoscopier på egen hånd i mer enn to år. I denne perioden har hun undersøkt mer enn 400 pasienter. Hun behandler i gjennomsnitt 9-10 pasienter hver dag (30 min pr pasient). De vanligste diagnosene er irritert tarm, tarminfeksjoner, hemoroider og colorectal tumor. Det har ikke forekommet perforeringer eller andre alvorlige komplikasjoner under behandlingene.

Konklusjon

Tiden fra henvisning til undersøkelse har blitt betydelig redusert ved å la

spesialtrenete sykepleiere utføre endoscopyene.

- Pasientene er tilfredse med å bli undersøkt av sykepleier
- Kvaliteten av arbeidet er minst på høyde med kvaliteten i undersøkelser utført av gastro-kirurger. Denne gruppen er på sin side svært fornøyd med ordningen, som gir dem
- Mulighet til å bruke tid på andre prioriterte gjøremål.

Avslutning

Erfaringene fra Danmark gir grunn til å reflektere over om ikke samme organisering av virksomheten også kan benyttes i andre behandlingstiltak. Ved å styrke kvalifikasjonene hos sykepleierne, utvikle et godt samarbeid mellom de ulike fagprofesjonene og å bli flinkere til å prioritere arbeidsoppgavene, vil trolig ventetidene kunne reduseres ytterligere.

Til slutt vil jeg rette en takk til NORDAF, som gjorde det mulig for meg å oppleve denne verdenskongressen og noen uforglemmelige dager i Sevilla.

Kanskje fredag 13. januar 2006 blir din lykkedag? Nordaf vil fortsette med sin spektakulære loddtrekning under festmiddagen på vintermøtet. Gevinsten er tur til neste verdenskongress!

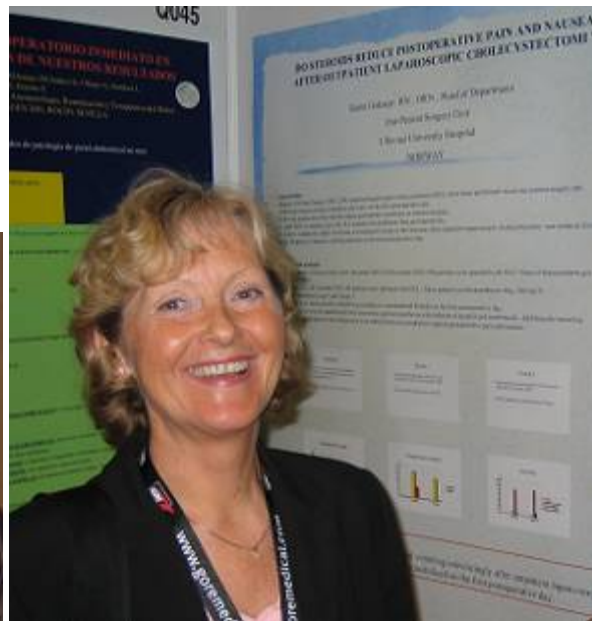
Glimt fra Sevilla – Norge var representert med tre postere



Ellen Schlichting, (til venstre) Overlege, Ullevål Universitets Sykehus (UUS)
SATISFACTION AND QUALITY OF DAY SURGERY TREATMENT FOR BREAST CANCER

Gunn Goksøyr (under til høyre) Avd. leder Dagkir. Avd, UUS:
DO STEROIDS REDUCE POST-OPERATIVE PAIN AND NAUSEA AFTER OUTPATIENT LAPAROSCOPIC CHOLECYSTECTOMY?

Marianne Jungersen (under) operasjonsykepleier,
Dagkir. avd R, UUS.
SATISFACTORY RATE AFTER
LAPAROSCOPIC DAY SURGERY
HYSTERECTOMY



Med i kongressen var det festaften med hesteshow og tyrefekting (uten blod!). Deretter var det tre retters middag mm som varte til langt ut i de små timer..



Referat fra generalforsamlingen i I.A.A.S. (International Association for Ambulatory Surgery)

Generalforsamlingen ble avholdt 24.4.05 i Sevilla. Referent Terje Dybvik

NORDAF er medlem og var representert med Jørgen Nordentoft og Terje Dybvik

Nye medlemmer

Det er dannet en egen organisasjon i Ungarn for dagkirurgi utgått fra et privat hospital. Dette initiativet ble ønsket velkommen. Den svenske organisasjonen er for første gang representert som fullverdig medlem i I.A.A.S. Man har etablert kontakt både med Finland og Island for å få disse med i IAAS.

Økonom

Flere land har ikke betalt inn medlemskontingenten, og disse strykes nå av listene. Av den grunn er man nå 16 fullverdige medlemmer, mot tidligere 17. Dette er noe bekymringsfullt, men man arbeider målbevisst for å tilknytte seg flere medlemsland. Økonomisk status viser at man bruker av oppsparte midler. Det har vært en nedgang i finansieringen siste år, og det er generelt vanskelig å skaffe sponsorer til verdenskongressen. Det har faktisk vist seg å være enklere å få sponsorer til nasjonale møter. Situasjonen er på ingen måte kritisk, men man vil ha fokus på kostnader i forbindelse med IAAS sine møter.

Framtidige møter

Det skal være verdenskongress i Amsterdam 15-18 april i 2007. Verdenskongressen i Australia vil bli avholdt i Brisbane i 2009. Tidspunktet for denne ble diskutert. Australierne mener det er best klimatisk i juli. Imidlertid ble det fra europeisk hold framhevet at det er midt i ferisesongen. Ikke minst for Skandinavia vil dette være mens de fleste dagkirurgiske avdelinger er stengt. Hvorvidt dette vil medføre at folk likevel velger å reise og samtidig avvikle ferien videre derfra, vites ikke. Men noen europeiske deltagere vil det nok i alle fall bli, ferietid til tross. Alternativt tidspunkt er i mars samme år. Man vil komme tilbake til endelig dato, men tentativt er det 3-10 juli 2009 i Brisbane. Meldinger fra Århus, som skal ha verdenskongressen i 2011, er at de er i gang, men at de foreløpig ikke har startet opp med organiseringen. Det ble ytret ønske om at denne kongressen flyttes til København for å forenkle reisen for deltagerne.

Tidsskriftet Ambulatory Surgery trenger artikler, og man ble sterkt oppfordret til å sende inn aktuelle artikler og stoff om dagkirurgi.

Web siden har til dels ligget nede. Men denne er nå i drift igjen ved hjelp av ny webmaster som er stasjonert i Danmark.

Medlemmer til executive committee Her ble det valgt inn nye medlemmer. En rekke medlemmer gikk ut etter å ha sittet i 10 år. Flere av disse ble likevel sittende på spesielle ordninger. Dette gjaldt kassereren samt redaktøren i "Ambulatory Surgery".

Rapport fra medlemslandene

Belgia: Myndighetene ønsker å skille barn og voksne dvs lage egne dagkirurgiske sentra for barn. Representanten mente dette ville bli kostnadskrevenende og til dels upraktisk. Pågående diskusjon.

Danmark: 0,5 % morbiditet hos 15000 pasienter som er fulgt over 5 år. Ingen mortalitet.

Polen: Ingen database, ca 10 % av elektive inngrep dagkirurgisk.

Australia: Private aktører øker og offentlige aktører avtar inne dagkirurgi. Dette har skapt problemer, spesielt innen øyefaget. Ved flere sykehus er det ikke øyespesialister å oppdrive fordi de alle arbeider privat

USA: 80 % av elektiv kirurgi er dagkirurgisk. "Office based" kirurgi øker mest og forventes å nå 25 % av kirurgien innen få år. Her er ingen reguleringer mht hvem som gjør hva, i motsetning til sykehus/ dagkirurgiske sentra som er meget regulerte. Dette arbeides det med. Finansieringen er låst til 2008, noe som bekymrer da utgiftene øker. "Blåresepter" på medikamenter skal inn i samme budsjett som kirurgi, noe som ytterligere kan redusere finansieringen.

Tyskland: Nedgang i dagkirurgisk aktivitet pga finansieringsmodellen. 27 % pr i dag.

England: Mål 75 % av elektiv kirurgi i 2005. Myndighetene har akseptert at

ELEKTIV KIRURGI=DAGKIRURGI (normen) Ventelistene reduseres, og det er fritt sykehusvalg dersom ventetiden overstiger 6 mnd. Fra 2006 skal timer kunne bestilles over internett. Fra 2008 er det lovbestemt at tiden fra man har første time hos almenpraktikeren til kirurgi finner sted ikke skal overstige 18 uker. Man er engstelig for kvaliteten av utdanningen av nye kirurger. Slik det nå er, utføres de dagkirurgiske inngrepene av spesialister uten at tid til opplæring er lagt inn. 20 % av aktiviteten skal utføres av private.

Italia: Ca 30% dagkirurgi. „Office based" er i oppstart.

Ungarn: Pasientene kan bli så lenge de ønsker på offentlige sykehus. Man sliter derfor noe med å få pasienter og systemet med på dagkirurgi. I 2003 kom en lov der det ble tillatt med dagkirurgi, og som nevnt har man nå startet en organisasjon for dagkirurgisk aktivitet.

Nederland: 45-48% er dagkirurgisk. Økonomien ser ut til å liberaliseres og man innfører nå DRG systemet.

Norge: 60 % dagkirurgi, men av 37 spesielle diagnoser man har sett på i hele europa, har vi 68 %

Et skrått kirurgisk sideblikk ved Inge Glambek, Haraldsplass diakonale sykehus



Vel tilbake fra et opplevelsesrikt opp-

hold i Sevilla kommer tankene. IAAS er blitt stort; 1100 mennesker fra hele kloden, alle opptatt av dagkirurgi. Og vi fra Norge var faktisk største delegasjon utenom den spanske. 130 representanter er rett og slett imponerende, og sier litt om hva dagkirurgi betyr

for vårt helsevesen – ikke minst økonomisk.

Men hva er IAAS, og hva skal organisasjonen egentlig holde på med? Er det ambuleringen eller kirurgien som er viktigst? Eller er det anestesien?

Møtet i Sevilla var avslørende på så mange måter. Vi kirurger må bare innrømme at uten anestesilegenes interesse og inspirasjon hadde det vært dårlig med dagkirurgi her hjemme. Slik er det tydeligvis også i verden for øvrig, bedømt etter innholdet i programmet, og ikke minst utstillingene.

Programmet var delt inn i kirurgi, anestesi og administrasjon. Og godt var det – det gjorde det lettere å velge forelesninger. Men på samme måte som for anestesifaget, synes programmet for kirurgi å være dominert av dem som har noe å selge, for eksempel nett til brokkoperasjoner. Brokk var det dominerende kirurgiske tema både i programmet og på utstillingene, mens for eksempel varicerkirurgien bruker som kjent lite engangsutstyr, og det er

altså lite penger å tjene for medisinske firma.

Ikke for det – det er alltid interessant og viktig å følge med på det som skjer i brokkirurgien. Men møtet i Sevilla bar preg av at trykket fra produsentene er større enn eventuelle bevisste tanker om faglig profilering fra IAAS-styrets side. Kanskje vi kirurger selv har litt av skylden, og at vi bør engasjere oss mer enn vi gjør nå – tross alt er det jo på kirurgisiden utfordringene nå ligger. Anestesifaget har jo lagt mulighetene åpne for oss, og på logistikksiden er kreativiteten større enn noensinne. Desto hyggeligere var det derfor at de få, men meget høyverdige innleggene fra Norge, var blant de mest fremtidsrettede på hele kongressen. Pasienthotellene (Ræder) ble presentert til

åpenbar interesse, og Ullevål imponerte med å vise hvordan den dagkirurgiske menyen hele tiden utvides. Et forhold som faktisk var litt forstyrrende, var at det Spanske dagkirurgiforbundet hadde sitt årsmøte samtidig med IAAS-møtet. Det var nok et mer attraktivt marked for utstillerne som følgelig stort sett presenterte seg på spansk. Det var avsett egne spanske sesjoner, men også i de engelske sesjonene fant noen forelesere ut at de ville snakke spansk. Ganske irriterende.

Skrå sideblikk som dette skal liksom være litt kritiske. Derfor er det de negative – eller kanskje jeg skal si de tankevekkende – sidene som dominerer i disse linjene. La meg derfor si helt tydelig og klart: Det var en fantastisk givende og inspirerende tur til Sevilla.

Ikke bare det å være sammen med hyggelige kolleger, Manzanilla og tapas, tyrefekting, hesteakrobatikk og arkitektur – selv om dette er viktig nok. Hovedsakelig var dette en faglig inspirasjon for videre dagkirurgiske utfordringer.

Men la oss nå komme oss videre fra det faktum at det går an å gjøre ting dagkirurgisk. Det har vi etter hvert blitt vant til. Vi må bare ta til etterretning at snart 60 % av all elektiv kirurgi i Norge gjøres som dagkirurgi, og heller fokusere på kvaliteten av den kirurgien som skal gjøres. Der er det at vi kirurger må komme mer aktivt på banen, og vi selv – ikke industrien – skal sette dagsorden på slike store internasjonale samlinger som den vi nettopp har hatt i Sevilla.

Etterundersøkelse av TVT/TVT-O opererte pasienter



Høst 2004 - ved
Synnøve Madsen og Julie Riis
Henriksen, operasjonsykepleiere
ved Dagkirurgisk Senter, Blefjell
Sykehus, Kongsberg

Bakgrunn

TVT "tension free vaginal tape" er en operasjon som utføres mot stressinkontinens. Metoden går ut på at et bånd av kunststoff (prolene – uresorberbart), plasseres under urinrøret for å gi permanent støtte. Båndet føres opp og ut på symfyen. Deretter strammes det "akkurat passe" ved at pasienten hoster på kommando. Dette inngrepet har blitt utført ved sykehuset siden 1998.

Høsten 2003 begynte vi å operere pasienter med urinlekkasje på DKS. I perioden fra høsten 2003 til jul 2004 har vi operert ca. 50 pasienter. Operasjonen gjøres av to erfarne gynekologer, og avdelingen har et stabilt og godt rutinert personale.

Operasjonen foregår i TIVA-anestesi og lokalbedøvelse, eller i lokalbedøvelse med evt. sedering. Vi bruker hjemmebasert premedikasjon – resepten sendes pasienten hjem, slik at smertelindringen starter før operasjonen. Vi bruker for tiden Voltaren 50 mg for de som tåler det, og/eller paracetamol 1,5 – 2 g avhengig av pasientens vekt og alder. Pasientene hadde lite smerte og ubehag i avdelingen etter inngrepet. Også ved telefonintervju første postoperative dag er tilbake-

meldingene at de er veldig fornøyd og har lite plager.

Aktuelt

Høsten 2004 tok vi, som første sykehus i Norge, i bruk en ny operasjonsmetode ved Dagkirurgisk senter: TVT-O, "tension free vaginal tape obturator system". En av våre gynekologer hadde vært i Sverige og lært seg metoden.

Ved denne metoden legges båndet under urinrøret og tas ut på innsiden av lårene (gjennom foramen obturatorius). Båndet strammes uten at pasienten behøver å hoste. En av fordelene ved denne metoden er at faren for blæreperforasjon reduseres, og cystoskopi blir unødvendig. Inngrepet tar kortere tid enn tradisjonell TVT. Metoden er spesielt egnet til overvektige og pasienter som er strålebehandlet.

Etter å ha operert noen pasienter med TVT-O, fikk vi tilbakemeldinger fra pasientene om mye smerter og gangspærre. Dette hadde vi ikke erfart med våre tidligere pasienter i samme utstrekning. Vi lurte på om forandring av leiringen kunne være årsaken. Ved TVT-O skal pasientene ligge med hoftene bøyd bakover 110°, og ikke utadrottert. På bakgrunn av tilbak-

meldinger fra pasientene bestemte vi oss for å undersøke dette nærmere.

Mål

Målet med undersøkelsen var å finne ut om det var behov for nye rutiner, særlig angående smertebehandling og informasjon til pasienter som skulle opereres med TVT-O. Vi vet at god og realistisk informasjon kan bidra til at pasientene takler smerter og ubehag bedre.

Metode

Vi ringer alle våre pasienter dagen etter en operasjon, slik at vi får tilbakemeldinger som kan være med på å bedre vår praksis. På bakgrunn av våre egne erfaringer og informasjon fra første postoperative dag, bestemte vi oss for å se nærmere på om det var viktige forskjeller mellom pasienter operert med TVT-O og vanlig TVT.

To operasjonssykepleiere ringte til 20 pasienter – 10 som var operert med tradisjonell TVT, og 10 med TVT-O. I utvalget av pasienter er det ikke skilt mellom hvilken type inkontinens kvinnen lider av - blandingsinkontinens eller stressinkontinens. Vi plukket ut vilkårlige pasienter. Alder og tiden som var gått siden inngrepet, varierte.

Telefonintervjuet var i stor grad et åpent intervju, men også med fast oppsatte spørsmål.

Resultater

30 -39 år	40 – 49 år	50 – 59 år	60 – 69 år	70 – 79 år	80 – 89 år
4	6	2	5	2	1

Ved å ekskludere yngste pasient på 30 år og eldste på 82 år, fikk vi en gjennomsnittsalder på 50 år.

Antall måneder etter operasjon:

< 1 mnd.	2 mnd.	3 mnd.	> 3mnd.
2	11	5	2

Ved å ekskludere pasientene med kortest (14 dager) og lengst (204 dager) observasjonstid, ble gjennomsnittstiden som var gått siden operasjonen 52 dager.

Smerteopplevelse:

Hvor vondt?	TVT	TVT-O
Kjempevondt	0	6
Moderate smerter	2	1
Litt smerter	4	3
Ingen smerter	4	0
Totalt	10	10

Hvor lenge var det vondt?	TVT	TVT-O
Uaktuelt / ingen smerte	4	1
1 - 4 dager	5	3
5 - 9 dager	1	1
10 - 14 dager	0	2
> 15 dager	Pasientene klaget over ”gangsperre”, de hadde vondt for å gå og/eller sitte.	
Totalt		

Hvor gjorde det vondt?	TVT	TVT-O
Innside av lår / nedover lår / lyske	0	9 *
Mage	4	0
Underliv / skjede	2	0
Ingen smerte	4	1
Totalt	10	10

De første pasientene ble operert med TVT-O samtidig som Vioxx ble trukket fra markedet. Erfaringer fra pasienter operert med tradisjonell TVT, viste at de ikke var særlig smerteplaget etter inngrepet. Derfor fikk TVT-O pasientene kun Panodil som pre-og post-operativ smertelindring.

gjorde vi om rutiner for pre- og post-operativ smertebehandling til Voltaren (for de som tåler dette) i kombinasjon med paracetamol.

Salgsrepresentanten for TVT-båndene kontaktet en gynekolog med lengre erfaring med TVT-O metoden. Han kjente også

Etter kort tid

til at pasientene hadde ”gangsperre” og mye vondt. Dette gjaldt særlig da TVT-O metoden var ny og operatørene urutinerte med inngrepet. I en artikkel i ”Lægemagasinet online” nr. 8 / 2004 er disse problemene også beskrevet.

Resultatet av operasjonen:



Stoff til nyhetsbrev sendes redaktør Unni Naalsund unn-naal@online.no eller styreleder Johan Ræder johan.rader@medisin.uio.no

* Tre av pasientene svarte at de brukte bind bare for ”sikkerhets skyld”

Bruker du fortsatt bind?	TVT	TVT-O
Ja *	3	3
Nei	7	7
Totalt	10	10

Bruker du fortsatt bind?	TVT	TVT-O
Ja	3	8
Av og til / til å begynne med	3	1
Nei	3	1
Uaktuelt (fikk båndet klippet opp)	1	
Totalt	10	10

Er du fornøyd – ”tett”?	TVT	TVT-O
Meget bra	7	7
Bra	1	3
Lite bra	2 *	0
Vet ikke	0	0
Totalt	10	10

90 % av pasientene var meget fornøyd med resultatet av inngrepet. Vi fikk uttalelser som; ”jeg har fått et nytt liv” og ”dette skulle jeg ha gjort for lenge siden”. Til tross for en god del smerter og ubehag den første tiden, særlig i forbindelse med TVT-O, mente de det absolutt hadde vært verdt det.

Pasienttilfredshet med oppholdet DKS.

Pasientene var svært fornøyd med oppholdet i avdelingen, informasjonen som ble gitt og opplegget for øvrig.

Oppsummering

Resultatene av undersøkelsen kan ikke generaliseres. Vi mener likevel vi har fått svar på det vi ville undersøke. Det har vært spennende og viktig å etterkontrollere disse pasientene. Vi er glad for å få tilbakemeldinger både om rutiner og prosedyrer vi bør forbedre, og om gode

pasientopplevelser. Resultatene førte til endringer i smertebehandlingrutinen for pasienter som blir operert med TVT-O, slik at de skal være mindre plaget av smerter og ubehag. Vi har også endret på den skriftlige og muntlige informasjonen til pasientene, og vi mener at det gir dem et realistisk bilde av forløpet. Vi er blitt

mer oppmerksom på at mange opplever ”indre frost” i kroppen etter operasjonen. Vi er nå raske med å gi dem varme tepper, varmemflaske og varm drikke rett etter at de kommer til oppvåkningen. Vi vil fortsette kvalitetskontrollen for å se om se om tiltakene vi har iverksatt har bedret pasientopplevelse

10 år med NORDAFs vintermøte

En av foreningens aller viktigste aktiviteter er å arrangere det årlige vintermøtet. Vi tilstreber en tverrfaglig høy standard på møtet, samtidig som det gis muligheter til utveksling av erfaring og kunnskap med kollegaer fra hele landet.

Tradisjonelt har det her vært svært stor oppslutning, og da vi trengte mer plass, hadde vi i fjor en vellykket prøveforflytning til Clarion Hotell, Gardermoen.

Dette hotellet vil også neste år være rammen rundt vintermøtet. Programmet er ikke klart enda, selv om forberedelsene er i gang. Medlemmene vil få tilsendt program til høsten. Det vil også bli lagt ut på vår hjemmeside www.nordaf.no så snart det foreligger. Men vi vil ganske sikkert ha en sesjon med **frie foredrag** med innslag av 8-10 minutters varighet. Disse honoreres med kr 1000,- Her ønsker vi oss innlegg fra hele landet, og kanskje

sommerferien gir nok energi til å kaste seg frempå og sende en E-mail eller ta en telefon til Johan Ræder johan.rader@medisin.uio.no I alle fall kan man jo begynne å tenke på det....

Neste års vintermøte blir et jubileumsmøte, og dette er det all grunn til å markere! Så sett av datoen 13. og 14. januar 2006 og bli med på dette konsentratet av dagkirurgisk viten og utfoldelse!

Reklame fra Alaris

Referat fra årets vintermøte 7. og 8. januar 2005



Johan Ræder har, med hodet i "felten" og en hånd på tastaturet, laget et fyldig referat fra årets vintermøte.

Foredragene er også for lengst lagt ut på vår nettside www.nordaf.no

Fredag 7/1- 2005: Pasientrettigheter og prioritering:

Prioritering av sykehus- tjenester i Norge. (Eli Feiring, UiO)

Feiring gikk gjennom "Den norske prioriteringsmodellen" som har vært gjennom en bevisst og styrt utvikling gjennom de siste 20 årene. På 80-tallet så man at kostnadskontroll var nødvendig i et stadig ekspanderende helsevesen, samtidig som man ønsket å ivareta brukernes ønsker, spesielt for de svake gruppene.

Lønningutvalgene (I og II) la premisser for prioritering mellom tilstander og pasienter. I 1990 var Norge et av de første land som lagde

forskrifter om prioritering og bruk av ventelister med garanterte frister. Det dreide seg da om retningslinjer på tiltaksnivå knyttet til en relativt enkel vurdering om pasientens lidelse sto på listen eller

ikke, knyttet til en 6 mnd. frist. I den nye pasientrettighetsloven går man videre og gir en individuell rettighet med individuell frist på behandlende lege nivå. Denne rettigheten er knyttet til oppfylging av tre kriterier 1) prognosetap eller redusert livskvalitet ved venting, 2) dokumentert nytte av planlagt helsetjeneste, 3) kostnader i rimelig forhold til nytte.

Pasientene skal sorteres enten til rett til helsehjelp innen en gitt frist, eller til uprioritert rett til helsehjelp i det offentlige helsevesen uten frist eller til tiltak som ikke det offentlige helsevesen ønsker å løse. Modellen ligger i spenningsfeltet mellom samfunnsmessige økonomiske hensyn og pasientens indi-

viduelle rett. Slik det er lagt opp vil uklarheter og konflikter kreve politiske løsninger og ikke juridiske.

Fritt sykehusvalg og nye pasientgarantier

a) Hvordan skal vi tolke de nye bestemmelsene? (Ann Kristin Bogen, Helse ØST, RHF)

I Bogens sykefravær gikk Johan Ræder gjennom hennes planlagte presentasjon. Alle som henvises til spesialisthelsetjenesten har rett til vurdering innen 30 dager og rett til fornyet vurdering en gang hvis man ikke er fornøyd med utfallet av den første. Hvis en slik vurdering resulterer i at man har rett til helsehjelp innen en gitt frist, så skal slik frist gis for start av behandling eller utredning. Fristen er forpliktende for alle helseforetak på samme behandlingsnivå som pasienten måtte henvende seg til (fritt sykehusvalg), eneste unntaket er at et foretak kan si nei til andres pasienter hvis de har problemer med å betjene sine egne innen rimelig tid. Hvis fristen brytes, så skal Rikstrygdeverket overta saken og innen kort

tid skaffe pasienten et tilbud; offentlig eller privat, innland eller utland; dette skal betales av det foretaket som opprinnelig ikke overholdt fristen.

b) Hvilke pasienter får garanti innen ortopedi og med hvilken frist?



Olav Røise, UUS

Røise understreket at den nye loven også er et resultat av at tidligere regler og praksis ikke har fungert; pasientene hadde lite rettigheter og sto ofte med "lua i handa" når de prøvde å purre på forsinkelser og dårlig tilbakemelding på henvisningsprosess og behandlingsplaner. Et hovedpoeng med det nye systemet er nettopp at det ikke kan settes opp ferdige lister over hvem som har rett til behandling innen gitte frister, en slik rett skal settes individuelt av den fagansvarlige lege. Fordelen er at dette blir riktigere; en invalidiserende tå-skade skal for eksempel ha høyere prioritet enn en episodevis litt plagsom hofte. Tidligere var dette motsatt. Dette kan imidlertid lett føre til store forskjeller. Allerede nå ser man at enkelte vurderer 90 % av henviste pasienter til å ha slik rett, mens andre kun

gir denne til 10 %. For å minke denne variasjonen er det viktig at henvisninger fra primærlegen er best mulig, og at fagmiljøene diskuterer hvilke kriterier som skal brukes for å vurdere tidfestet rett versus ingen tidfesting.

Patient safety and outcome after ambulatory surgery:

Patient selection for ambulatory surgery: Which general health problems qualify for in-patient care instead? (Frances Chung, Toronto)

Et stort evidence-based arbeid er nylig gjort med konsensusgrupper i Canada, publisert:

Bryson GL et al. Can J Anaesth 2004;51:768-94. **ASA gruppe** er et godt og enkelt verktøy for preoperativ vurdering av risiko, men i moderne dagkirurgi så har ikke stabile ASA III pasienter større risiko enn ASA I og II.

Høy alder (spesielt > 80 år) innebærer en økning i risikoen for kardiovaskulære hendelser perioperativt. Dette dreier seg mest om økt insidens av høyt blodtrykk og ingen økt forekomst av alvorlige hendelser. Faktisk så er det totale tall for hendelser hos friske eldre lavere enn for andre, fordi de eldre har mindre smerte og kvalme etter inngrepene.

Fedme, definert som BMI >30 (body mass index) gir 4 x økt risiko for respirasjonsproblemer perioperativt, men problemene er ikke alvorlige i den forstand at det fører til flere innleggelser. For de kraftig overvektige (BMI>35) er det imidlertid lite dokumentasjon på risiko ved dagkirurgi. Overvekt er blant annet assosiert med økt forekomst av **søvnapnoe**, en tilstand som også finnes hos slanke (og barn, for eksempel med polypper), insidensen er såpass høy som 2-4 % i befolkningen. Pasienter med tydelige respirasjonsstans episoder (observert av nær familie) har som regel klinisk søvnapnoe. Denne kan kartlegges videre med AHI (apnoe hold index), 15-30 apnoe-episoder under søvnmåling regnes som moderat affeksjon. Søvnapnoepasienter som er under opioidpåvirkning under søvn kan få respirasjonsstans med dødelig utgang hvis de ikke er under observasjon. Derfor skal disse legges inn på en overvåkningsavdeling (vanlig sengepost ikke godt nok) natten etter operasjon hvis man forventer at de trenger opioider for smertelindring. Dette gjelder trolig også oxykodon og større doser med kodein. Pasienter som allerede bruker CPAP har bedre åpning i luftveiene og kan i større grad skrives ut etter dagkirurgi.

Pasienter med **coronarsykdom** i stabil fase behøver ikke spesifikk pre-operativ testing (anamnese er godt nok) eller innleggelse etter dagkirurgi. Etter ukompliserte infarkter regnes det som trygt med dagkirurgi 6 uker eller mer etterpå.

What happens to the patients after discharge:

a) The Danish experience



Jens Engbæk, Herlev I København har man gjort en oppfølging av 18 722 dagkirurgi pasienter vedr. innleggelser/ sykehuskontakt innenfor 60 dager. 192 kontakter ble registrert, bare 64 av disse var sikkert relatert til dagkirurgien. I alt 70 komplikasjoner ble registrert, ingen dødsfall; det hyppigste var sårinfeksjoner (37 stk). Abort pasientene skilte seg ut med høyere komplikasjonsrate enn de øvrige; hele 4,7 %, enten blødninger eller infeksjoner. Dette er en gruppe man bør ha mer oppmerksomhet rundt. Disse har oftere manglende følge hjem og tilsyn til neste dag enn dagkirurgi pasienter forøvrig

b) The Canadian experience (Frances Chung, Toronto)
Overvåking av innleggeselsrate, re-innleggelser og pasienttilfredshet er viktige parametre for suksess og forbedring. Telefon til pasienten dagen etter er et effektivt og tilstrekkelig hjelpemiddel. Selv om infeksjoner først kommer noe senere, så vil de fleste alvorlige problemer kunne knipes ved telefon dagen etter. Smerte er et hovedproblem etter utskrivelse, hele 50-60% angir moderat eller sterk smerte etter utskrivelse, 12,5 % følte at de egentlig ikke var i stand til å håndtere smerteproblemet hjemme. En vennlig dagkirurgisk stab er vist å øke pasient tilfredsheten generelt. Man skal være oppmerksom på at en del pasienter bryter instruksjoner, både ved at de ikke har følge hjem, at de ikke har noen hjemme hos seg til neste dag, at de drikker alkohol eller kjører bil. Det er vist at bilkjøring 2 timer etter anestesi gir meget dårlige prestasjoner, mens man 24 timer etterpå er på normalt nivå. Faktisk kjører de fleste bedre 24 timer etter enn før, noe som er en indikator på at pasienter bør frarådes å kjøre selv til klinikken. Dette fordi de ofte er ansente og kanskje har sovet dårlig.

Gjenoppliving og akutte livstruende situasjoner:

Ny viten om mekanismer og praktisk håndtering. (Kjetil Sunde, Anestesi avd, UUS)

Ved anafylaksi skal man være klar over at ikke alle får utslett. Bronkospasme eller uforklarlig blodtrykkfall kan være eneste symptomer. Effektiv førstehjelp består i tidlig bruk av adrenalin, rent oksygen til ventilasjon og rask infusjon av væske. Ved "hjertestans" hos pasienter er tidlig, kontinuerlig og riktig hjerte-lungeredning med tidlig bruk av defibrillator det viktigste.

Brystkompresjoner skal helst skje 100-120 x per minutt, gå ca 5 cm i dybden og bestå av 40-50% kompresjon, resten dekompresjon. Anbefalt mønster er 15 kompresjoner, deretter 2 innblåsing (maske eller munn-til-munn). Hos intuberte komprimerer man kontinuerlig og blåser 10-12 x i minuttet innimellom. Nyere forskning tyder på at ved stans på mer enn 5 minutter så skal man komprimere 3 min før man gir elektrosjokk, for øvrig er det viktig å sjokke så tidlig som mulig med minst mulig avbrekk i kompresjonene. Generelt gjelder det at det er altfor mange pauser under gjenoppliving. Medikamenter har generelt liten plass i moderne gjenoppliving, men adrenalin kan prøves ved ren asystoli.

Glimt fra vintermøtet jan. 2005**Den dagkirurgiske arbeidsplass.**

Her har vi Morten Skjørshammer fra Diakonhjemmet til høyre i bildet. Han holdt et engasjerende innlegg om konflikter i helsevesenet og håndteringen av disse.

Til venstre Egil Marstein fra BI. Han fokuserte på utfordringen med å bedre samarbeidet mellom fagfolk og ledere. Han påpekte her store avstander!

Under: Det var stoor stemning under festmiddagen!

Bildet over: Frances Chung fra Canada var årets store gjest. Hun er en av våre internasjonale gurer innen anestesi og dagkirurgi, og hun holdt noen flotte foredrag om pasientseleksjon og pasientoppfølging.

Bildet under: Det var stor interesse for utstillingen med mange besøkende.



Over: fra v. Jens Engbæk (leder av dansk dagkirurgi) presenterte sin store etterundersøkelse om dagkirurgiske pasienter. Under: Kvartetten Kwarts bidro med nydelig sang og stemning!! E-mail: barbro@kwarts.info



Dagsaktuelt tema:
Maktens samvittighet.
Sykehus-samfunnet i et
antropologisk perspektiv

(Halvard Vike, UiO)

Norsk sykehuspolitikk er preget av et meget høyt ambisjonsnivå. I Norden har politikk bedre omdømme enn i andre land fordi politikk i større grad er sprunget ut av borgernes behov for velferd enn herskernes behov for kontroll. Utviklingen av det nordiske velferdssamfunnet er en ubetinget suksesshistorie med jevn og parallell vekst i velstand, tilbud og ressurstilgang. Sentrale ambisjoner ble balansert av betydelig "motmakt" ute i periferien fra fylker, kommuner, fagforeninger og fagmiljøer. Det nye nå, i inneværende ti-år, er at ressursøkning ikke lenger følger løfter om vekst og ekspansjon i tilbud fra overordnet politisk hold, og at sentral makt og styring øker på bekostning av desentraliserte korrigerende miljø. Staten er i så hensende hyklersk. Samtidig som man lover mer, så skyves de upopulære beslutningene om nødvendig sparing og prioritering lenger ned i organisasjonen. Ulik alle andre organisasjoner har velferdsstaten ingen egentlige, definerte grenser og derved er det også umulig å få full kontroll. Ideelt sett skal effektivisering innebære smartere

måte å gjøre samme ting på, men i praksis kommer man etter hvert til et punkt hvor effektivisering kun blir mulig ved å intensivere arbeidsinnsatsen og i neste omgang ved å redusere kvalitet eller omfang av det som leveres. I helsevesenet er det en tendens til at den enkelte aktør på grunnplanet gis ansvar for at ting ikke blir gjort, spesielt for sykepleiere er det en tendens til skvis fordi man føler direkte omsorg for den enkelte pasient samtidig som man har liten kontroll over rammene for sin virksomhet. Leger har tradisjonelt vært flinkere (og mer i posisjon til!) å forme rammene rundt sitt arbeide slik de ønsker, noe som blant annet har ført til at andre grupper har overtatt mye av lederfunksjonene som legen før hadde. Mens ledere tidligere forvaltet faglighet i arbeidet, er i dag økonomistyring og intensivering av arbeidet viktigste hensyn. Ledere kommer mellom barken og veden, det er således behov både for faglig mobilisering og grensesetting for velferdsstaten.

Lørdag, 8/1-2005;
Den dagkirurgiske
arbeidsplass.

Hvilke konflikter har vi i helsevesenet, og hvordan håndterer vi dem?

(Morten Skjørshammer,
 Diakonhjemmet SH)

Et sykehus er en av de mest komplekse organisasjoner vi kjenner, hvor det til dels er uklare grenser og løs organisatorisk struktur. Konflikter oppstår lett i en slik setting; konflikter må derfor regnes som et normalfenomen og konflikt-håndtering som en del av lederjobben. Konflikt kan defineres som et problem som ikke løses og som ofte oppstår rundt en person som ikke fungerer optimalt i forhold til omgivelser i en gitt situasjon. Konflikt krever at det foreligger gjensidig avhengighet med motsetninger. Mange konflikter springer ut av sinne; spesielt enkelte leger kan bruke sinne for å få ut aggresjon, lette på trykket, for å bli ferdige med en sak. Omgivelsene oppfatter vanligvis sinne annerledes: som personlig og ofte urettferdig kritikk med uforholdsmessig stor styrke. Sinne er vanskelig å møte og forholde seg til, det er derfor et mål at bruk av sinne som uttrykksform begrenses for de det gjelder. Konflikter er nesten aldri objektive, i den forstand at det finnes en entydig versjon av hvem som har rett og hvem som tar feil. Aktørene kjemper ofte for å få sin versjon til å vinne, enten ved god retorikk eller

ved alliansebygging. Vanligste brukte tiltak for konflikthåndtering er unngåelse, noe som kan være nyttig for å vinne tid hvis kildene til konflikt forutsettes å endres etter som tiden går. En annen strategi er bruk av makt eller pålegg. Dette skaper dessverre ofte tapere (ved siden av vinnere) og slike tapere kan bli udetonerte bomber eller sabotører i organisasjonens videre liv. Den beste (men også mest tidkrevende) strategien er å bruke kartlegging av aktørenes individuelle fortellinger om konflikten, med påfølgende forhandlinger. Sykehus og dets ledere bør få økt oppmerksomhet rundt det å fange opp konflikter (melde fra i linje) og håndtere dem. En liten konflikt kan være start på en prosess mot en god løsning.

Hvordan får vi fagfolk, fagledere og administrative ledere til å jobbe bedre sammen?

(Egil Marstein, BI)

Sykehus er annerledes enn andre organisasjoner, både i sin kompleksitet og i det forhold at de ikke opererer i noe reelt marked. Stikkord for utviklingen er: forvaltningsfokus (80-tallet), styringsiver (90-tallet), markedsliberalisme (2000+) og kanskje i neste fase strukturalisme med konserntinking på toppen og sterkt styrt spesialistvelde

på grunnplanet. Et problem er at sykehusstyrer ofte fungerer symbolsk og mer som brannslukkere enn engasjerte pådrivere. Den daglige administrative ledelse er ofte et speilbilde av styret, de aller fleste saker på ledermøter er orienteringer; supplert med noen beslutninger om økonomi og struktur. Det er et problem at kjernevirksomheten i stor grad lever sitt eget liv under ledelsen og at ledelsen generelt er for lite visjonær med tanke på å skape engasjement og avskjerming av virksomhetsområdet til sykehuset. Det er også et problem at ledelse (på alle nivåer) er for opptatt av prosess fremfor resultat.

Igangsetting av prosesser brukes ofte for å legitimere seg selv som leder og vinne tid i forhold til problemer som heller burde løses direkte.

Frie foredrag Resultater etter operasjon for Dupuytren's kontraktur.

(Hendryk Strunz, Øyvind Hagen; Martina Hansens Hospital)

79 pasienter ble undersøkt med funksjonsscoring, DASH, før og etter operasjon. Selv om pasientene ikke hadde stor reduksjon i funksjon pre-operativt, så var det signifikant forbedring ved undersøkelse etter operasjonen.

Resultat etter operasjon for triggerfinger og tennisalbue. *(Øyvind Hagen; Martina Hansens Hospital)*

Tennisalbue blir bra spontant eller ved konservativ behandling i 90 % av tilfellene. Selv hos de resterende 10 % er man tilbakeholdende med å operere. Denne skepsisen til operasjon hos de som ikke blir bra synes ubegrunnet; i materialet på 27 opererte pasienter var det en klar forbedring i DASH score etter operasjon. Hos 13 ikke-opererte pasienter hadde man ikke tilsvarende forbedring.

Hvordan går det egentlig med de dagkirurgiske pasientene? *En kvalitativ resultatoppfølging ved dagkirurgen SABHF (Terje Eide, Sykehuset Asker og Bærum HF)*

Dagkirurgiske pasienter ble tilskrevet for utfylling av tilfredhetsskjema 4 uker etter inngrepet. Ca 70 % svarte, 479 svar ble evaluert. 57 % husket ikke navnet på operatør, ca 21 % var fremdeles sykemeldt. 80-90% var fornøyd på de spørsmålene som ble reist. Det å gå inn i de enkelte svar for de som ikke er fornøyd gir et godt grunnlag for kvalitetsforbedring, men fire uker er litt for tidlig for å vurdere endelig resultat av det kirurgiske inngrepet.

Oppfølging av dagkirurgiske pasienter 4 – 6 uker etter utskriving.

Pasientskjema og noen resultater. (Annette Wiel, Ann-Britt Vikebø, Johan Ræder; OmniaSykehuset)

Et nytt, mer omfattende skjema for registrering av komplikasjoner, medisinsk resultat og pasient tilfredshet etter dagkirurgi ble presentert. Utsendelse fant sted 4-6 uker etter inngrepet; fordelene med å vente så lenge er at ubetydelige problemer ikke får dominere i svaret samtidig som man får tak i de fleste senkomplikasjoner som for eksempel infeksjoner og evt. re-innleggelser. Første erfaringer med bruk av skjemaet er at 60-70 % tar seg tid til å svare og returnere et 3 siders skjema, for de fleste tilfredshetsvariabler er mer enn 90 % fornøyde eller godt fornøyde.

Erfaring med artroskopisk acromion og klavikel reseksjon i lokal bedøvelse

(F. K.Meknas, UNN; C.D. Siri, OSS; K.Simonesen, UNN)

15 pasienter med acromion reseksjon ble undersøkt. Forbehandling med paracetamol og valdecoxib (Bextra) og injeksjon av lokal anestesi i 2 omganger. Alle 15 kunne tenke seg lokal anestesi også ved lignende inngrep i fremtiden; det mest smertefulle ved inngrepet var sprøytestikkene og injeksjon av

anestesi og ikke selve den kirurgiske prosedyre.

Hjelper det å gi steroider i tillegg til Coxib mot postoperativ smerte?

En studie av rofecoxib med eller uten dexametason v/ mamma-kirurgi. *(Kjetil Hval, Kristin Sem Thagaard, Johan Ræder; UUS)*

100 mamma-kirurgiske pasienter fikk forbehandling med paracetamol, coxib (Vioxx 50 mg) og ble operert i generell propofol/remifentanil-anestesi supplert med lokal-anestesi. Like etter anestesi-innledning fikk halvparten dexametason 16 mg IV (dobbel-blindt vs. Placebo). Steroid gruppen hadde ikke mindre smerte på recovery; men etter de første 4 timene (1.døgn) og 2.-3.døgn hadde de mindre smerter enn de som ikke fikk steroid. Forskjellene i analgesi førte ikke til forskjeller i utskriving, funksjonsevne eller tilfredshet.

Logistiske muligheter for brokk- varice- og pilonidalcystepasienter i en dagkirurgisk setting.



*Inge Glambek,
Haraldsplass Sykehus*

Av 211 henviste brokkpasienter ble 200 kalt inn direkte uten forundersøkelse og 90 % av disse ble operert. Pasientene medbringer egenmelding vedr egen helse. De får generell anestesi (TIVA) og utskrives 2 timer etter inngrepet, fast analgetikaregime i 3 dager og sykemeldes i 2 uker. Kun 1 % får recidiv med moderne nett-teknikk og komplikasjonsraten er lav.

Hva skal vi tro om Cox-II? (Johan Ræder, UUS)

Det er vist at langtidsbruk av rofecoxib (Vioxx, > 6-12 mnd), celecoxib (Celebra, > 2år) kan gi øket incidens av kardiovaskulære bivirkninger. Det samme er påvist etter 10 dagers bruk av valdecoxib (Dynastat og Bextra) når disse brukes postoperativt etter coronaroperasjoner. Fordelen med cox-II er færre magesår og bortfall av økt blødnings-tendens. Nye studier og nøytrale ekspertgrupper avventes før man kan ta en endelig diskusjon om fordeler og ulemper med postoperativ korttidsbruk av coxibere. En slik diskusjon bør trolig kunne ut i at man bør være spesielt forsiktig ved visse typer inngrep (coronarkirurgi) og visse typer pasienter (hypertonicere, hjertesvikt), samt at det trolig er forskjeller mellom de forskjellige coxibene i bivirkningsprofil.

Rapport fra Dagkirurgisk kongress i New Zealand - tur med professor Paul White- ved Johan Ræder, februar 2005:

New Zealand har en del likhetstrekk med Norge: omtrent samme areal, nesten samme innbyggertall (4 millioner), fjorder, fjell og kystsletter, varm sommer og skiturisme om vinteren. Landet er blant de 15-20 rikeste i verden og på full fart oppover; for mennesker med utdanning og jobb er levestandarden på høyde med den norske. Helsevesenet er i prinsippet offentlig, dvs. all øyeblikkelig hjelp dekkes av offentlige sykehus, men pga ventelister for elektive inngrep er det en betydelig privat sektor, med små og middels store elektive sykehus. Det er mangel på leger, både på sykehus og i allmenntjenesten. For allmentjenesten fører det til at distriktssykepleieren er en sentral førstelinjeaktør med vakt ute i spredt bebygde strøk. På sykehusene er det et betydelig innslag av utenlandske gjestearbeidende leger. Ca $\frac{3}{4}$ av befolkningen bor på North Island, mens resten bor på den omtrent dobbelt så store South Island. Her er det bare syv-åtte akutt sykehus spredt langs kysten, bare fire av dem har god generell beredskap. Dette medfører mye bruk av en velutbygget helikopter- og sykefly-tjeneste, men ved dårlig flyvær kan man risi-

kere transport i bil på opptil fire-fem timer på veier som ikke er bedre enn de norske.

Dagkirurgi utgjør 50-60% av elektive inngrep, noe mindre på de små sykehusene i periferien. På de større sykehusene (de offentlige og noen private) gjøres dagkirurgi på øremerkede, elektive stuer ved siden av stueene for inneliggende pasienter, mens inntak, oppvåkning og utskrivning skjer på egne enheter. Systemet er kirurgsentrert: én kirurg har én stue, halve eller hele dagen, med sine pasienter og sin anestesilege som bare betjener denne stuen. Man har ikke anesthesisykepleiere, men en tekniker på hver stue som klargjør og rengjør apparater og utstyr, pluss en hjelper til hvis det trengs. Imidlertid må anestesilegen stå hele tiden med hver pasient, slik som i det engelske systemet. For øvrig er både kirurgi, anesthesi, teknikker, medikamenter og utstyr svært likt det vi er vant til i Norge. Når det gjelder rutiner for forundersøkelser og journal og oppfølging etter inngrepet (telefon hjem), så varierer dette meget og er ikke satt i system. Men så har man heller ikke noen tverrfaglig dagkirurgisk forening...

Jeg reiste sammen med den amerikanske anesthesiologen Paul White, som er en sentral guru innen dagkirurgi og som vi planlegger å få inn til vintermøtet i 2006. Han er særlig opptatt av fast-tracking, dvs å forenkle og forkorte oppvåkingen så mye som mulig. Han går inn for at flest mulig pasienter skal ha lokalanestesi med sedasjon, evt. med en glidende overgang til generell anestesi og larynxmaske når det trengs. Han er svært opptatt av smerte og kvalmeprofylakse og mener at droperidol (0.625 mg er nok) og steroider er like gode kvalmeforebyggende midler som ondansetron, og betydelig billigere. Han er meget opprørt over at Vioxx er trukket tilbake som akutt korttidsbehandling, og mener at det overhodet ikke finnes dokumentasjon for at coxiber er farlig ved korttidsbehandling (unntak: postoperativt til koronaropererte).

Det er svært langt til New Zealand, men landet er velordnet med stor gjestefrihet, svært vakker natur og mange tilbud for dem som liker en aktiv ferie, eller kanskje har lyst til å jobbe der en periode.

Referat fra Dagkirurgisk Forårsmøte i Fredericia, Danmark 15. mars 2005

Ved Unni Naalsund



Faglig oppsummering og hygge i god kombinasjon!

Fra venstre Unni Naalsund, Katrina Hjermann, Gunn Goksøyr og Dorte Solnor Gulbrandsen

Vi var en liten norsk ekspedisjonsgruppe som, fristet av et fint program, reiste ned til den danske dagkirurgiske forenings forårsmøte i Fredericia.

Dorte Solnor Gulbrandsen og Unni Naalsund, dro nedover som NORDAFs representanter, mens Gunn Goksøyr og Katrina Hjermann kom fra Dagkirurgisk avdeling på Ullevål Sykehus.

Møtet var et én dags seminar og samlet ca 350 deltagere. Det ble avviklet i et stort, lekkert konferansesenter i Fredericia, som er et knutepunkt for vei- og jernbanenettet i Danmark. Det er derfor mulig for alle dansker å rekke frem til seminaret uten dyr overnatting. Selv var vi overrasket over at det var mulig å kjøre 2 1/2 time med tog fra København uten å ende opp langt nede i Tyskland! På den annen side har en lang tog-

tur avgjort sine fordeler – vi brukte tiden til hyggelig samvær, faglig oppsummering og felles referat-skriving:

Organisasjon og arbeidstilretteleggelse på dagkirurgiske avdelinger og enheter i Danmark.

Ved Maja Tommerup Kleiner, BA i statskunnskap, stud mag i samfunnsfag, Århus Universitet.

Hun hadde som en del av sin mastergrad undersøkt arbeidsforholdene på ulike dagkirurgiske avdelinger. Utgangspunktet for undersøkelsen var å se nærmere på den generelle tendensen til effektivisering og omstrukturering i offentlig sektor. Hvilke konsekvenser hadde dette for de ansatte? Hun hadde undersøkt forholdene ved 15 ulike dagkirurgiske enheter. 140 ansatte var blitt intervjuet. Hun fant at folk var rimelig godt fornøyd med sine ar-

beidsplasser. Aktive og innovative medarbeidere var mest tilfreds med sin arbeidssituasjon. De passive var mest utilfreds.

Personalet arbeidet bare på dagtid. 75 % var ansatt i deltidstillinger. Lederne mente at de ansatte hadde stor grad av medbestemmelse, men flere av de ansatte følte det ikke slik. God og positiv støtte fra ledelse og kolleger hadde mye å si for tilfredshet og motivasjon hos den enkelte. Innflytelse og ansvar var også viktige faktorer. Kompetanse og krav måtte også stå i forhold til hverandre. Alt dette virker inn på motivasjon, tilfredshet, sykefravær og produktivitet. Hadde arbeidsvilkårene innflytelse på effektiviteten?

Hun fant det imidlertid umulig å sammenligne de forskjellige (15 stk) avdelingers effektivitet fordi de hadde så ulike vilkår. Det

var altfor stor variasjon mellom aktivitetene, personaltilhørighet og administrasjon til at det var mulig å sammenligne de ulike avdelingene. Stort sett kunne man se høye faglige krav med høyt tempo. Dagkirurgiske avdelinger ble regnet som gode, men travle arbeidsplasser.

Dagkirurgi og forskning

Kvantitativ og kvalitativ forskning

Ved Susanne Samuelsen, sykepleier ved Anestesiavdelingen, Amtssykehuset i Herlev. Fra evidens til praksis, kvalitativ og kvantitativ forskning.

Først må man ha ideen, så må man finne ut hva andre har gjort, deretter avgrense ideen og lage en protokoll. Det ble gjort en gjennomgang av forskjellige forskningsmetodikker og vitenskapsteorier.

Forskningsmålet eller spørsmålet bestemmer valg av metode. Det er viktig å benytte seg av stringente og velbeskrevne metoder.

Good Clinical Practice

Ved Karen Lise Hilstad, sykepleier, Anestesiavdelingen, Amtssykehuset i Glostrup

Kvalitetssikring og dokumentasjon av kvalitativ forskning.

GCP (Good Clinical Practice) er et internasjonalt kvalitetssikringssystem

(Helsinki 2) som skal sikre at pasienten får den best tenkelige behandling som finnes. Det er en standard for kliniske forsøk – designet, implementert og rapportert ut fra offentlig sikring av at dataene er troverdige. Systemet sikrer at forsøkspersoners rettigheter, integritet og fortrolighet ivaretas og beskyttes.

I Danmark er det opprettet flere GCP (Good Clinical Practice) sentre. Her kan man få 100 timer gratis hjelp til prosjekter.

Fra evidens til praksis

Ved Steen Moiniche, Overlege Anestesiavdelingen Amtssykehuset i Glostrup

Moiniche kalte evidens for vår tids nye mantra. Han oppfordret til litt ydmykhet i ordbruken ved å bruke ordet sannsynliggjort istedenfor bevis for. Og hva gjør vi så med all denne viten? Hvordan få overført resultatene til det praktiske liv på avdelingene?

Ved systematisk gjennomgang av litteratur får man samlet viten om hva som finnes av muligheter. ”Arkeologisk medisin” kalte han dette - man formelig graver frem alt som er av tilgjengelig litteratur om emnet.

Men selv om man har samme litteraturtilgang med de samme forskningsresultatene, kan man likevel ende opp med helt ulike behandlingssopplegg. Som eksem-

pel brukte han kvalmeprofylakse-scoren, og de valg sykehusene Herlev og Glostrup hadde foretatt. De samme forskningsresultatene var tilgjengelige for begge sykehusene. Men behandlingssoppleggene som ble valgt var likevel forskjellige.

Evidensbasert viten i medisin kan brukes som ”tools, but not rules”!

Et realistisk mål for å komme fra evidens til praksis kan altså være (så) vitenskapsbaserte retningslinjer (som mulig).

Presentasjon av frie foredrag og postere til Sevilla

Et utviklings- og kvalitetssikringsprosjekt som tar utgangspunkt i den postoperative smertebehandling av skulderopererte pasienter. *Ved sykepleiere Birgitte Nilsen og Helle Flodager Stevens. Dette var et samarbeidsprosjekt mellom Anestesiavdelingen, Ortopedisk avd. og Dagkirurgisk avdeling, Horsens Sykehus.*

Dette dreide seg om anvendelse av et smertekateter fylt med lokalanestesimidler som pasientene fikk med seg hjem. Det var ment som et supplement til vanlig medikamentell smertebehandling. 45 pasienter hadde deltatt i undersøkelsen.

De hadde et ferdig katetersett fylt med 100ml Marcain

¼ % som var koblet sammen med en ballong. Kateteret ble lagt perkutant inn i subacromialrommet, og 100 ml av blandingen gikk som kontinuerlig lokal infusjon med 2 ml i timen over 2 døgn. I tillegg ble det satt Marcain 5 mg/ml - 20ml som lokal infiltrasjon i såret. Pasienten fikk med dette utstyret hjem og fjernet det selv etter to døgn. Kateteret var ikke sydd fast. Ingen infeksjoner var registrert.

Samtidig fikk pasientene Paracet, OxyContin(om natta) og OxyNorm . De hadde gjort sammenlignende undersøkelser med og uten bruk av smerteballongkateteret. Det var klart større tilfredshet og mindre plager hos dem som hadde fått innlagt dette smertekateteret i tillegg.

Pasientene som deltok i opplegget hadde alle fått en personlig E-mail eller et brev med spørsmål. 63 % hadde svart via E-mail.

Det var brukt mye tid på informasjon før hjemreise. I tillegg var alle blitt ringt til 1. og 3. dag og gitt ytterligere informasjon. På spørsmål i ettertid hadde 98 % av pasientene sagt at de hadde fått nok informasjon. De resterende 2 prosentene syntes de fikk for mye! De som sto for denne undersøkelsen fikk kr 5000,- i reisestipend til Sevilla, hvor opplegget skal fremlegges ved frie foredrag.

Visuell informasjon om anestesi til barn ved anestesisykepleier *Dorthe Frank Lund og Kirsten Kaltoft, Sydvestjysk Sygehus, Esbjerg.*

De hadde laget en video for barn som skal opereres, og viste forløpet med anestesi- forberedelser.

Denne videoen ble også premiert med kr 5000,- for reise til Sevilla hvor den skulle presenteres.

Bronko-mediastinoskopi i dagkirurgisk avdeling, *Veile sykehus ved ovelege Kirsten Knage og anestesipl. Michael Regner, Veile sykehus.*

Det dreide seg om syke pasienter- ASA 3. Tidligere var disse pasientene innlagt i tre dager, men ble nå tatt inn til dagkirurgi i generell anestesi.

Formål: Prospektiv US hvor sikkerhet, inngrepsrelatert ubehag og tilfredshet med dagkirurgisk gjennomføring ble vurdert.

95 % var fornøyd med å få undersøkelsen gjennomført som dagkirurgi. 5 % var ikke fornøyd. De hadde for kraftige smerter første døgn.

Konklusjon:

Behandlingen var akseptabel, men smertebehandlingen var ikke optimal.

Dagkirurgisk aktivitet i Danmark i 2003 ved Claus Toftegaard, Sundhedsfaglig direktør, Sønderjyllands amt.

Han hadde tatt utgangs-

punktet i IAAS` s samling av typiske dagkirurgiske prosedyrer, et bredt spekter av diagnoser innen dagkirurgi.

Fra 2001 – 2004 ble 79,3 % av alle operasjoner gjennomført dagkirurgisk. Men det var store variasjoner mellom de forskjellige amtene. Han rettet søkeket på det fenomenet at man noen steder gjennomførte 50 % og noen steder 100 % som dagkirurgi.

Evalueringssveber og/eller arbeidsglede? Ved Steen Nepper Larsen, ekstern lektor i filosofi vitenskapsteori



Han holdt forsamlingen i ånde med et sprutforedrag om gjenreising av respekten for en stat med ambisjoner og en fagbasert og stolt arbeidsglede.

Historisk skisserte han arbeidets betydning for menneskene. Uten anerkjennelse dør mennesket. Alle skal være unike. "Når karakteren krakelerer" – i stadig større grad forlanges det fleksibilitet, men dermed blir det også vanskeligere å holde fast ved verdier som soliditet og lojalitet. Hvor mye globali-

sering kan et menneske tåle? Samtidig stilte han spørsmål ved hva vi i dag bruker tiden og ressursene til i løpet av en arbeidsdag, spesielt vår bruk av næringslivsterminologi og evalueringer. Planlegging og evaluering er ikke arbeid og evaluering er aldri nøytral. Fagpersoner må få drive med faget! Han gikk også

løs på "kneblingen" av offentlig ansatte og poengterte hvor viktig det er at alle i et samfunn skal kunne rapportere om forhold fra eget ståsted. Arbeidstiden må igjen fortettes til meningsfylt handling, og sykdomsfremkallende ledes tid er forbi.

Kommende møter og seminarer:

I.A.A.S. 7th International Congress 15. – 18. april 2007

www.iaascongress2007.org

"Ullevål seminaret" i regi av Dagkirurgisk avd, R UUS planlegges til 1. april 2006! Program kommer siden.

Nordafs vintermøte går av stabelen 13. og 14. januar 2006- Program vil bli tilsendt medlemmene til høsten. Det vil også bli lagt ut på våre nettsider www.nordaf.no

Dagkirurgisk seminar i Trondheim planlegges lørdag 5. november 2005. Program og påmelding annonseres siden.

Nordafs reisestipend kr 5000,- Søknadsfrist 19.august!

På årets generalforsamling ble det vedtatt å øke stipendiene til tre stk. a kr 5000 x 2 i året. En av foreningens viktigste formål er å samle og spre kunnskap om dagkirurgi.

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 19. august 2005 til Johan Ræder, Anestesiavd. Ullevål Universitetssykehus, eller send en mail:

johan.rader@medisin.uio.no

Stoff til Nyhetsbrevet leveres før 20. oktober!

Vi mottar med glede stoff til Nyhetbrevet om aktuelle dagkirurgiske emner, artikler, meningsytringer, referater, rapporter fra studiebesøk eller litteraturkommentarer. Stoff til Nyhetsbrevet sendes Redaktør Unni Naalsund unn-naal@online.no eller Johan Ræder johan.rader@medisin.uio.no Stoff av noe omfang honoreres opp til kr 1000,-

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

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

Nordaf er medlem av International Association of Ambulatory Surgery(I.A.A.S.) som driver internasjonale prosjekter for standardisering, kvalitetsikring og fagutvikling innen dagkirurgi.

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

Nordafs styre:

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

Mail: johan.rader@medisin.uio.no Tlf 22119690

Kasserer Terje Dybvik, Avd.overlege anestesi, UUS. HF, Oslo

Mail: terje.dybvik@ulleva.no Tlf 22119690

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

Mail: Eugen.Eide@rit.no tlf 73868000

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

Mail: inge.glambek@haraldsplass.no tlf 55978500

Dorte Solnor Gulbrandsen, Daglig leder Dagkirurgisk enhet, Rikshospitalet HF Oslo

Mail: dorte.solnor.gulbrandsen@rikshospitalet.no tlf 23072056

Toril Johnsen, Avdelingsleder/overspl. Dagkirurgen, Universitetsykehuset Nord Norge HF

Mail: torild.johnsen@rito.no Tlf 77627418

Jørgen Nordentoft, overlege anestesi, Volvat sykehus

Mail: jnordent@online.no

Redaktør Unni Naalsund, Anestesisykepleier, Dagkir.Senter, UUS, Telf 22119908

Mail unn-naal@online.no

**God Sommer med
Nyhetsbrevet!**

