

*NORDAF feirer sitt 10 års jubileum på vintermøtet***13. og 14. januar 2006 skal det skje!**

10 år med Nordaf kan vi ikke la gå upåaktet hen. Rammen rundt det hele blir også i år Clarion Hotell på Gardermoen. Etter en intens dag med faglig og tankevekkende påfyll, blir det tre retters jubileumsmiddag mm. Dette vil krydres med ulike kreative innslag. – og husk, hotellet har

rikelig med værelser, så her er det ikke prestisjetap å bli "overligger"! Vi har også leiet inn storband orkester som skal inspirere forsamlingen til dans og bevegelse. De skal lose oss gjennom aftenen – dog ikke lenger ut i natten enn at vi alle kan stille vel opplagte neste morgen til dagens forelesning som

starter med temaet "alt som kan gå galt..."



**Fullstendig program på hjemmesiden**  
[www.nordaf.no](http://www.nordaf.no)

***Omstillinger i de dagkirurgiske miljøer***

De dagkirurgiske avdelinger er regnet som travle, men gode arbeidsplasser. I den senere tid har imidlertid omstillinger, ombygginger, sammenstillinger og økt konkurranse preget hverdagen hos mange. Vi har fått de dagkirurgiske avdelingene i Østfold og Vestfold til å presentere avdelingene og skrive litt om hvordan de har taklet omstruktureringene og prosessene de har vært igjennom. Vi har også med en pre-

sentasjon fra Haraldsplass i Bergen hvor vi kan se resultatet av oppbyggingen av en ny enhet hvor man fikk starte med "blanke ark". Les mer om dette fra side 5.

***Nordafs reisestipend søknadsfrist 10.januar***

Vi gir ut tre reisestipendier pålydende kr 5000, 2 ganger i året. Les mer om dette på s.19

***Frie foredrag på vintermøtet***

Det er enda ikke for sent å melde seg på til frie foredrag. Vi ønsker oss små innlegg a ca 10 min.

varighet fra hele landet. Ingen sak er for liten eller stor! Bruk førjulstiden til å tenke og meld deg på! Dette honoreres med kr 1000, - les mer om dette på side 4

**INNHold:**

<i>Leder</i> .....	2
<i>Fra pedal lykke til dagkirurgi</i> .....	3
<i>Rapport fra:</i>	
<i>Sykehuset i Østfold</i> .....	4
<i>Sykehuset i Vestfold</i> .....	7
<i>Haraldsplass</i> .....	
<i>ISO sertifisering</i> .....	11
<i>ASA; ref. fra am.anestesi-kongress i Atlanta</i> .....	13
<i>Dagkir. Seminar i Trondheim</i> .....	16
<i>Kommende møter</i> .....	18
<i>Diverse informasjon</i> .....	19

***La fredag 13. januar bli din lykkedag!***

***Det blir loddrekning blant medlemmene om tur til verdenskongressen i Amsterdam anr. 2007 !***

## Etter valget: Hva nu?



**Leder ved  
Johan  
Ræder,**

Vi har bak oss et stortingsvalg med frisk debatt og eksponering av hva politikerne mener om helsepolitikken fremover, eller retttere sagt: Hva de ønsker å mene. For så vidt synes

enigheten å være stor når det gjelder sykehusbehandling: pasientene skal få bedre kvalitet, pasientene skal få bedre informasjon, pasientene skal ha valgfrihet, ventetider skal kortes, pasientene skal ha ventetidsgarantier, nåværende sykehus struktur skal opprettholdes.

Men, som med de fleste ønskelister, så er det umulig å få alt på listen. Hovedproblemet er at alle punktene krever ressurser, og alle politikere vil måtte tenke kostnadsutt når de vinner et valg og blir ansvarlige for å sette politikken ut i livet. Det vi kunne trengt mer av for å velge våre politikere, er vite hva de vil prioritere, hvilke nummerering (les:rangering) akkurat deres parti vil gi alle gode ønsker.

”For dagkirurgi er spørsmålet om hvem som skal få gjøre hva viktig, og krever mer politisk styring enn det vi har opplevd til nå.

Et annet problem er at listen inneholder uforenlige motsetninger: Feks, hvis valgfrihet skal være viktig, så vil det bety at noen sykehus eller enheter velges bort og får for lite å gjøre. Skal disse fremdeles bestå? I tilfelle, hvordan skal de finansieres? Stykkpris duger ikke hvis de får for lite å gjøre, og ingen kan vel mene at de

skal få en stor ramme for å bare ”være der” uten å fylle noen viktige oppgaver.

Et tredje problem med en slik ønskeliste er at begrepene må fylles med innhold; for eks: Hva menes med kvalitet?

Hvordan skal vi måle det? Hvordan skal vi informere om kvalitet slik at pasientens valg blir reelt? Er det kvalitet å ha en akuttavdeling eller fødestue nær bostedet, eller er det snarere en sikkerhetsrisiko fordi innlegging i en større og mer kompetent enhet forsinkes? For dagkirurgi er spørsmålet om hvem som skal få gjøre hva viktig, og krever mer politisk styring enn det vi har opplevd til nå. Etter at nye finansieringssystemer har gjort dagkirurgi lønnsomt de siste 10-15 årene har vi sett at enheter er blitt etablert uten å tenke på om man har det nødvendige

pasientgrunnlaget i nærområdet eller om man er så flinke at pasienter tiltrekkes fra andre deler av landet. Det politiske svar har i noen tilfeller vært å diktere enheter hva de skal drive med og ikke drive med, ut fra ren geografi og skrivebordsresonnering. Vårt innspill fra fagmiljøene er nok at man i større grad må se hvilke enheter som faktisk er gode på noe per i dag og så oppmuntre disse til å gå videre i samme feltet. Dette har med å skape et godt miljø for kirurger som kan sitt område, noe som smitter over i entusiasme og glød i hele enheten. Ofte er gode enheters spesialisering sprunget ut av tilfeldigheter og enkeltpersoners engasjement, relativt sjelden er det resultat av pådyttede løsninger ovenfra.

I våre dager med gode kommunikasjoner og gode hotell løsninger bør det være mulig å forsvare at ikke alle skal drive med alt innenfor dagkirurgien. Imidlertid må det heller ikke bli slik at man blir altfor nisjepreget og avhengig av enkeltpersoner for at en enhet skal bestå. Vi trenger også, de fleste av oss, litt variasjon og trykk i hverdagen for å trives og yte. Her, som ellers i livet, gjelder det å finne en god balanse.

## Fra pedal lykke til dagkirurgi



Ved  
Unni  
Naalsund

Min sykkelvei til dag kirurgen kan være som et kaldt avslappende (mye utforbakker)morgenbad nå på høstparten. Men bare avslappende er det ikke. Selv om veien hver dag er

den samme, er den som en dag på operasjonstua, full av små hendelser som både krydrer dagen, men også gjør den mer utfordrende enn fra først av antatt. På min ferd er det nok av farer, så til tross for at

utstyret er en "Classic med kurv", har nok hjelmen en nyttig misjon. Kjøreregler gjelder også her, men fordi denne ferden skjer rundt halv sju om morgenen, kan både jeg og de få medtrafikantene jeg treffer på, tillate oss litt flere krumspring underveis. (ingen vitner). I øret trommer "Østlandsendingen" fra min nyervervede lomme DAB, og livet kjennes i øyeblikket så greit at jeg i et lite lykkeliglimt nynner ubekymret til

radioens musikk. Flere medborgere har nå også begynt å våkne til liv, så mens jeg i hvilestilling lener meg tilbake og nyter morgenen, passerer jeg av en av disse aldri hvilende personer som trækker til på høyt gir og hvor farten aldri kan bli stor nok. "Noen hviler aldri", tenker jeg, samtidig som jeg i morgenlysets raushet innser at

” De fulle kostnader ved en kulturs død fremkommer ikke som tap i regnskapet når "powerpoint" presentasjonen glir over skjermen og nok et "vellykket administrativt sparegrep" skal fremvises

denne typen alltid finnes og trenges på enhver arbeidsplass og i ethvert team. Noen må dra opp farten og stake vei, så får vi etternølere heller komme etter hvert. Men da jeg rett før jeg skal

svinge inn porten til høyre, passerer av et tilsvarende fartsfantom, denne gangen på innsiden av meg, får jeg et sjokk som sitter lenge i. Det dreide seg om sekunder før jeg selv skulle dreie, og den slags oppførsel hvor vanlige trafikkregler settes helt til side kunne ha forårsaket ubotelig skade for oss begge. Hjelmen hadde nok ikke kunnet reddet meg for betydelige kvestelser hvis dette hadde gått galt. Hjelmen og

trafikkreglene kan med litt god vilje sees på som sykehusets kvalitetsseksjon, mens sykkelen er driften som bringer oss fremover. Man kan sette opp kjøre-regler ved å ha gode, nedskrevne rutiner og retningslinjer for utøving av faget. Det kan også ansettes kontrollører som påser at lover og retningslinjer følges. Det vil likevel alltid være punkter i et behandlingsopplegg hvor den enkelte fagutøvers kvalitetsnorm blir avgjørende. Bare god kunnskap kan ivareta uforutsigbarhet. Derfor er helsearbeidernes kontinuerlige skolering og videreutdanning det viktigste verktøy i kampen for det perfekte sykehus. Det er tross alt den som kjører sykkelen som må vite å styre og bremse på de rette stedene. Vi må heller ikke stelle oss slik at vi kjøper så fin hjelm at vi ikke har penger til en ordentlig sykkel.

Samtidig må det være et rimelig forhold mellom risiko og virkelighet. Man bruker ikke motorsykelhjelmer til tråsykkel. Like ubalansert kan det oppleves når det er dårlig samsvar mellom de omhyggelig nedtegnede systemene og retningslinjene og den hverdagen som kan møte oss i klinikken. Et eksempel er når kirurgen får brannså

under operasjonen ved bruk av diatermi, fordi hanskene, som er valgt inn på anbudet er for tynne. Vi må ikke bruke opp så store midler til å planlegge og kontrollere god kvalitet at vi ikke har tid og penger til å uttøve den. Hvor er kvalitetsseksjonen når dårlig og mangelfullt utstyr gjør seg gjeldene på kirurgi og anestesi siden?

De dagkirurgiske avdelinger er utsatte arbeidsplasser fordi konkurranse, pasientbehov og økonomi stadig skifter. Mange avdelinger har bygget opp en god kompetanse gjennom godt og fruktbart tverrfaglig team arbeid. Her har dyktighet, redelighet og faglig stolthet vært viktige ingredienser for å lykkes. Sprenges et slikt miljø kan man risikere at mye kunnskap går tapt.

En leders suksess måles lett i god økonomistyring og målbare økonomiske gevinster. Det kan se ut som det ganske risikofritt kan

omstruktureres, nedlegges og flyttes på personell og avdelinger for å få trange budsjetter til å gå i hop i høstmørket. Men prisen kan bli langt høyere enn det man så fra starten av. De fulle kostnader ved en kulturs død fremkommer ikke som tap i regnskapet når "powerpoint" presentasjonen glir over skjermen og nok et "vellykket administrativt spare grep" skal fremvises. Sikkert er det i hvert fall at mens personalet slikker sine sår, så er det pasienten som til syvende og sist blir den tapende part når kunnskap og erfaring går tapt.

Vi forstår alle at samfunnet og helsevesenet er under kontinuerlig forandring hvor behovene skifter. At omstruktureringer noen ganger må til, er også mulig å forstå. Det må helsearbeidere finne seg i som arbeidstakere på andre bedrifter. Det vi frykter er ledere som tar innersvinger og som tar ut kortsiktige gevinster, omorganiserer,

nedlegger for så å ombe- stemme seg igjen når økonomien blåser i annen retning. En litt mer forutsigbar langtidsplan **på alle nivåer** er hva vi kunne tenke oss. Vi helsearbeidere stilles til rette i verste fall med rettslig etterspill hvis feil er begått eller slett behandling er gitt. Finnes det noen kvalitetsseksjon som går dårlig gjennomtenkte administrative tiltak etter i sømmene?

De faglige og samfunns- økonomiske fordelene med god dagkirurgisk virksomhet er ikke blitt mindre med årene, og nye pasienter rammes stadig av plager som krever dagkirurgisk løsning. Derfor er det viktig at dette konseptet gis gode og stabile vilkår til videre utvikling.

Kanskje det likevel er lurt å ta en tenkepause i høstmørket og senke farten litt i utforbakkene?

## *Alle veier fører til Nordafs vintermøte 13. og 14. januar 2005, Clarion Hotell Oslo airport, Gardermoen*

Henvendelse til Kristin Solstad, [Kristin@ksci.no](mailto:Kristin@ksci.no)

## **Påmelding til frie foredrag**

Vi vil oppfordre til påmelding av frie innlegg; formatet er 7-8 min presentasjon og 2-3 minutter til spørsmål /diskusjon. Alle frie innlegg honoreres med

kr. 1000. Hvis noen ønsker å delta med poster så er det også anledning til det. Henvend deg til [johan.rader@medisin.uio.no](mailto:johan.rader@medisin.uio.no) Johan Ræder, Anestesiavd,

Ullevål Univ Sykehus. 0407 OSLO

[www.nordaf.no](http://www.nordaf.no)

Vår hjemmeside med ytterligere informasjon!



## Verden går videre, og vi henger med –

### Erfaringer etter 2 års drift fra Dagkirurgen, Sykehuset i Østfold



**Ved Brit Marie Skjelin, Daglig leder, dagkirurgen Sarpsborg**

Stopp verden, jeg vil av!  
Det skjer for mange endringer på kort tid. Atlaset har gått ut på dato, plutselig har du fått endret sivil status, og på jobben omorganiseres det. Er dette egentlig til det bedre, eller er det forandring for forandringens skyld?

Med pasienten i fokus så Sykehuset Østfold behov for omorganisering av dagkirurgien. Vi ønsket standardiserte rutiner og bedre kvalitet og effektivitet. Høsten 2003 ble derfor all anestesikrevende dagkirurgi samlet på ett sted på Dagkirurgen, Sykehuset Østfold Sarpsborg. Forut for dette hadde lokalene ikke vært i bruk siden det var dagkirurgi der to år tidligere. Den gang var det dagkirurgi i mindre målestokk enn i dag. Avdelingen ble derfor renoveret, og vi hadde den unike muligheten til å bygge opp en helt ny avdeling. Grundig planlegging ble gjort i forkant for å få avdelingen mest mulig hensiktsmessig. Dette høster vi

gevinsten av nå. Likevel ser vi at det var vanskelig å tenke stort nok i forhold til antall pasienter og ansatte som skulle være her hver dag. Huset hvor vi holder til er et multidisiplinært spesialisert senter med poliklinikk, røntgen, laboratorium, en revmatologisk avdeling og ambulansestasjon.

Dagkirurgen er nå to år gammel. Den består av seks operasjonsstuer, sterilenhet, pasientmottak, tolv oppvåkingsplasser, hvilerom og kontorenhet. Bemanningen er til drift av fem operasjonsstuer. Vi har et bredt tilbud innen mange spesialiteter som gynekologi, kirurgi, ortopedi, ØNH og tannbehandling i narkose.

Viktige forutsetninger for å lykkes logistisk med en så variert drift er god pasientutvelgelse, riktig sammensetning av operasjonsprogrammet og tilpassede anestesimetoder. Vi er så heldige å ha anesthesiolog Vidar Aasbø som seksjonsleder. Han er flink til å holde seg orientert om "siste nytt" og inspirerer og stimulerer også oss andre til å følge med. Dette bidrar sterkt til at pasientutvelgelsen og logistikken går bra. Likevel er det gjen-

tatte utfordringer for å få dette til på best mulig måte for pasienter, ansatte og sykehuset. Bakgrunnen for våre valg må være at hele behandlingslinjen fungerer for våre dagkirurgiske pasienter.

I 2004 ble 4500 pasienter operert, hvorav 540 var barn under 10 år. Pasienter som blir vurdert å trenge sykehusinnleggelse kan overflyttes Sykehuset Østfold Fredrikstad som ligger 16 kilometer unna. 41 pasienter ble innlagt i 2004. Så langt er pasienttilgangen god. Likevel merker vi konkurransen. Dette gjelder spesielt innen ortopedi, etter som det er et stort privat tilbud i Østfold.

Sykehuset har valgt en organisasjonsmodell for Dagkirurgen som ikke finnes i noen lærebok. Det er en rådsmodell hvor et driftsråd planlegger driften, lager rammer, bestemmer hvilke inngrep som skal utføres og ser på utviklingsmuligheter. I driftsrådet sitter representanter for de opererende avdelinger, én fra anestesi/operasjon/oppvåkning/sterilenhet, leder for spesialisert senteret og daglig leder for Dagkirurgen. Driftsrådet ledes av daglig leder som også

har ansvar for å holde i trådene i den daglig driften. Personalansvaret for sykepleiere og hjelpepleiere på anestesi, operasjon, oppvåkning og sterilenhet er tillagt seksjonslederne for de respektive seksjoner i Sykehuset Østfold Fredrikstad. Etter to års drift mener vi dette fungerer til beste for pasientene.

Mange av medarbeiderene på Dagkirurgen er østfoldinger. De har blitt omplassert fra sykehusene i Askim, Fredrikstad, Halden og Sarpsborg. Det betyr at her møtes mennesker fra Askim med ”*der får dem det te*”, ”*det årnær sæ*” i Fredrikstad, Sarpsborg med en blanding av at ”*det ente nøttær*”, som har endret til at ”*det går sæ te*” og Halden med at det er ”*ikke vits i å prøve en gang*”. Her gjaldt det derfor å ta det beste fra hver kultur og hver ansatt og skape en enhet med optimisme og ståvilje, blandet med kritiske spørsmål til pasientens beste. Dette har vi formulert til ”*Vi er her for deg*”. Vi hjelper hverandre på tvers av fagområdene når det trengs, har felles personalrom og alle er kledd i grønt. På våre undervisningsdager er alle sammen der det er naturlig. På denne måten har vi kommet langt i å ha en avdeling med felles kultur.

Kirurgene har flere arbeidssteder og veksler mellom klinikkene i Fredrikstad, Sarpsborg og Moss. Dette skaper en del frustrasjon, spesielt hos legene. Likevel opplever de gevinsten ved å skille elektiv og akutt virksomhet. Det medfører at operasjonsdagen på Dagkirurgen er målrettet og forutsigbar, så pasienten kan være i fokus. Imidlertid har mangel på operatører vært en utfordring, og er det fortsatt. Det gjør at vi har ledig operasjonskapasitet. Sykehuset har derfor valgt å ansette en generell kirurg som bare har poliklinikk og dagkirurgi i Sarpsborg.

I vår startet vi med nytt elektronisk pasientsystem og elektronisk pasientjournal. Dette krever nytenkning og organisasjonsutvikling. Vi bruker elektronisk operasjonsplanlegging, men mangler et operasjonsplanleggingsprogram som innfrir våre behov. Økonomisk er vi i balanse.

Det sies at det tar tre år å bygge opp en organisasjon. Vi opplever at vi har nådd langt på to år. Pasientene er gjennomgående godt fornøyd med tilbudet vårt. I høst skal vi i gang med pasienttilfredsundersøkelser Disse skal foretas 4-6 uker etter utskrivelse. Vi gleder oss til å få mer målrettede

tilbakemeldinger på lengre sikt enn det telefonsamtalen dagen derpå kan gi. De ansatte trives. I disse dager arrangeres kurs slik at vi kan komme i gang med enkle studier. Var det en riktig avgjørelse å omorganisere dagkirurgien i Sykehuset Østfold? Mange ville svare ja, men ikke alle. Målene vi hadde i forkant med standardiserte rutiner, økt kvalitet og effektivitet var realistiske. Vi som arbeider her er veldig fornøyd med avdelingen vår, og det tilbudet vi gir pasienten. Likevel ser vi behovet for et nytt sykehus hvor all drift er samlet. Et så tydelig skille som vi har mellom elektiv og akutt drift er sårbart når legeressursene er knappe. Hva som er den optimale størrelsen på en dagkirurgisk enhet er vanskelig å svare på. Vi ser imidlertid at vår form fungerer hos oss.

*Fra dagkirurgen i Sarpsborg*



## Rapport fra sykehuset i Vestfold, Dagkirurgisk enhet i Sandefjord



### *Den dagkirurgiske trioen i Sandefjord*

*Nina Vaage, avdelingsjef for dagkirurgen*

*Bente Røise, avdelingssykepleier operasjonsavdelingen*

*Tove Kjærås Dahl, over.spl anestesi*

Høsten 2004 ble det vedtatt av ledelsen ved Sykehuset i Vestfold HF, heretter kalt SiV, å etablere bare ett dagkirurgisk senter i fylket. Senteret skulle samle det meste av den dag kirurgiske virksomheten som sykehuset har, og sykehuset i Sandefjord ble valgt som lokalisasjon for denne virksomheten. Det medførte at sykehuset i Horten skulle overføre all ortopedisk dagkirurgi til Sandefjord i løpet av våren 2005.

Konsekvensen av vedtaket var opprettelsen av et prosjekt med mandat til å samlokalisere fagområder i ett dagkirurgisk senter. Prosjektet er ledet av Ass. klinikkjef/ avd.sjef Marit Karlsnes. Evaluering av prosjektet skal skje rundt årsskiftet 2005/ 2006. Det har vært bred deltagelse fra alle fagmiljøer og gjennom-

gående representasjon fra tillitsvalgte og verneombud. Det er litt tidlig å trekke konklusjoner, men det kan sies at arbeidet har medført en betydelig omstillingsprosess for mange ansatte i SiV. Utfordringene har vært mange, men ingen av en slik art at vi har sett det som umulig å få til. Det har vært en utrolig omstillingsevne blant ansatte, og vi har utfordret fagmiljøet til tverrfaglig samarbeid på alle nivåer. Prosessen i seg selv nedfelles i en egen rapport og legges fram for sykehusets ledergruppe høsten 2005.

Sykehuset i Sandefjord hadde vært igjennom flere omstillingsprosesser tidligere, som følge av funksjonsfordelinger mellom sykehusene. Bygningsmassen var så godt som klargjort for en slik type drift. Selve enheten, i 3. etg.

hvor dagkirurgisk enhet og operasjonsavdelingen befinner seg, ble totalrenovert i 1999/ 2000. Det er fire fullverdige operasjonsstuer til rådighet.

Driftsformen i Sandefjord kan beskrives som en hybrid modell. Den er ikke helt rendyrket for dagkirurgi. Fortsatt er en fjerdedel av våre operasjonspasienter inneliggende på en av sykehusets sengeposter. Dette er pasienter innenfor fagområdene urologi, gastrokirurgi og korsbåndskirurgi. Det betyr at vi også har en postoperativ enhet i tillegg til den dagkirurgiske enheten.

### **Mål**

Vi skal være førstevalget for pasienter i Vestfold, et godt lokalt tilbud. Vi skal konkurrere med de private aktørene på kvalitet, service og tilgjengelighet.

### Organisasjonsmodell

Driftsformen bygger på en tverrfaglig ledelsesmodell med gode avtaler med leger fra de ulike avdelingene. Klinikken for kirurgiske fag har hovedansvar for aktiviteten, og setter opp måltall i samarbeid med de respektive avdelingssjefer innenfor kirurgi, ortopedi og gynekologi. Måltall er 4000 operasjoner per år. Klinikken medisinsk service og diagnostikk har personal- og fagansvar for anestesisykepleiere og sykepleiere ved dagkirurgisk oppvåkingsavdeling. Renholdstjenesten har linje til husøkonom i Servicedivisjonen. Det er korte veier for å foreslå og gjennomføre endringer, lite byråkrati og et realistisk budsjett. De respektive avdelinger er ansvarlig for driftsbudsjettet for sitt fagområde.

### Våre spesialiteter er:

- Ortopedi
- Kirurgi (urologi, gastrokirurgi, karkirurgi, barn fra 2-12 år innen kirurgi) ESWL
- Gynekologi

### Vi har fokus på:

- arbeidsmiljø (felles turer, sosiale og faglige samlinger)
- kulturbygging, alle er like viktige ledd i kjeden
- felles forståelse av driftsformen vår, bevisstgjøring av personalet for å nå mål
- sykefraværarbeid

- turnover
- trekke til oss pasienter
- opprettholde godt renommé
- aktiv dialog med pasienter på ventelisten (totalt ca. 850 pasienter), effektiv pasientadministrasjon ved hjelp av en koordinatorfunksjon
- aktiv undervisning/utdanning for leger og sykepleiere
- god rekruttering i alle personellgrupper

Avdelingen holdes stengt fem uker om sommeren, en uke i julen, mellomdagene i påsken og halv drift i uke 8, 40 og 43.

Bemanningen er godt harmonisert til en meget aktiv hverdag. Det skal være god flyt i behandlingsskjeden, og det betinger rett type fagpersonell på rett plass til enhver tid.

### Operasjonssykepleierene

har års-turnus som gjennomsnittsberegner arbeidstiden (arbeidsmiljøloven § 47) i løpet av et år. Det betyr at de kan ta fri i julen og påsken i tillegg til ferien om sommeren.

**Anestesisykepleierne** går døgnturnus og er med på ambulansetjenesten.

**Kontortjenesten** er en viktig integrert del av det tverrfaglige samarbeidet med inntak, betjening av ekspedisjon, klargjøring av all dokumentasjon og fort-

løpende epikriseskriving. Pasienten får med seg all dokumentasjon når han/hun drar hjem. Prinsippet er at kontortjenestens oppgaver skal gjøres der hvor pasientbehandlingen skjer.

I praksis arbeider vi etter "fast track"-prinsippet. Det vil si at vi har kartlagt pasientforløpet gjennom hele systemet, flaskehals er avdekket og tiltak satt i verk for å unngå hindringer. Det medfører stor disiplin og lojalitet til modellen i alle faggrupper. Gamle flaskehals og eventuelle nye som oppstår i driften blir lett synlige, og tiltak kan iverksettes hurtigere.

**Anestesimetodene** er valgt etter det som er førende nasjonalt og internasjonalt. Det benyttes TIVA (total intravenøs anestesi) i stor utstrekning. I tillegg benyttes lokalanestesi med og uten sedasjon.

### Utfordringer framover

blir å få bedre elektronisk verktøy til pasientadministrasjon og pasientlogistikk. Det er også ønskelig med større kontakt med primærlegene. Vi ønsker å gi bedre, kontinuerlig informasjon om vårt tilbud og eventuelle endringer av dette. Den kontakten kan oppnås med bedre elektronisk verktøy. Elektronisk pasientjournal, EPJ, er planlagt innført våren 2006.



## Dagkirurgisk senter på Haraldsplass Diakonale sykehus High-tech operasjonsstuer og strømlinjeformet produksjon



*Seksjonsoverlege Inge Glambek,  
generell kirurgi HDS*

Sammenlignet med mange andre sykehus var Haraldsplass ganske sent ute med dagkirurgi. I 1996 ble fortsatt artroskopier, brokk og varicer operert med pasientene inneliggende i avdelingen. Men i løpet av et par år ble dette forandret, og disse inngrepene ble etter hvert gjort dagkirurgisk. Det gjorde logistikken lettere, likevel var kapasiteten begrenset fordi vi ikke hadde egne dagkirurgiske stuer, men måtte operere også dagkirurgien på de samme stuene som de større operasjonene.

Men i 2001 fikk sykehuset midler til å skaffe seg MR, og da måtte vi bygge et tilbygg til magneten og undersøkelsesavdelingen. Det måtte altså bygges to etasjer, og fra kirurgisk avdeling utøvde vi et ikke ubetydelig press for å bygge to etasjer til når byggingen likevel var i gang. Dette gikk sykehuset med på, og vi fikk plutselig en hel etasje i dette bygget med plass til et dagkirurgisk senter med to operasjonsstuer. Sykehuset lånte

pengen til utrustning, og det beste av alt: Vi fikk planlegge dette helt fra grunnen av.

### **Forarbeidet**

En raskt arbeidende prosjektgruppe ble oppnevnt høsten 2002, og vi sendte observatører til de største dagkirurgiske enhetene vi visste om. Kort sagt fant vi ut at hjulet allerede var oppfunnet, vi satte det bare inn i vårt system. Vi plukket de gode vanene og de logistiske poengene fra Ullevål, Kongsberg, Bærum og RiT og endte opp med et senter som faktisk har fungert helt etter planen fra dag én.

Dette er noen av de viktigste poengene vi har inkorporert i vårt dagkirurgiske senter (DKS):

### **Egenerklæring**

Pasienten får tilsendt (eller utdelt på poliklinikken) et egenopplysnings skjema som sendes til leder for DKS og vurderes av senterets anestesilege. Pasientene skriver der også under på at de er informert, at de ikke kjører bil operasjonsdagen og at de ikke er alene første natten. De får

ikke operasjonsdato før dette skjema er mottatt på DKS.

**Skriftlig informasjon** om inngrepet og om DKS får pasienten også på forhånd, i tillegg til **resepter på smertestillende medisin** (Litt ulike medikamenter for ortopedi og generell kirurgi) slik at de kan begynne medikasjonen morgenen før de kommer til sykehuset. Dette lærte vi fra Kongsberg. Vi gir et standardisert regime for smertestillende medikasjon i tre dager etter operasjonen og har sett svært gode resultater av dette.

### **Tilpassete oppmøtetid**

har vi prøvd å få til, men det viser seg at noen pasienter må vente 1-2 timer før inngrepet. Dette har ikke vært noe stort problem, og det gir oss litt handlingsrom for eventuelle erstatninger ved uforberedt strykning og utsettelse.

Telefonisk bekreftelse på at pasienten har mottatt innkalling, og på at han kommer, har vist seg nyttig i logistikken. Dette er et

betydelig arbeid, men svært mange uteblivelser er unngått på denne måten. Vi har ikke tatt i bruk SMS ennå, men vurderer dette.

### Telefon til pasienten

**dagen etter operasjonen** har vist seg som et svært viktig og verdsatt tiltak. Vi bruker her et telefonskjema der bl.a. blødning, smerte, kvalme, søvn første natt og mobilitet første dag registreres. Det er nå stort sett sykepleierne som tar disse telefonene, og operatører ringer senere hvis det er problemer eller spørsmål

### Utelukkende TIVA.

Total intravenøs anestesi med propofol og remifentanyl er standard, og det betyr for oss minst ett inngrep mer pr dag enn vi ville fått til med mer gammel-dagse anestesiformer. Ikke minst oppvåkningen er revolusjonert, og pasientene er svært raskt ute.

### Utbyggingen

Vi kontaktet flere leverandører, og endte opp med et helhetlig tilbud fra Stryker Norge som besørget innredning og utrustning. Og vi fikk en virkelig godt fungerende enhet med en operasjonscomputer ("Hermes") som vi kan kommunisere med via mikrofon (vi får til og med komplimenter hvis vi ber om det!), og med søyler og skjermer som henger fra taket og tillater hurtig rengjøring mellom operasjonene. Selve operasjons-

stuene er store og lyse og meget trivelige. Vi har to like stuer, og går fra stue til stue uten annet opphold enn diktering og snakking med pasientene.

Stuene ligger en kort korridor unna vår ukepost, der to stuer er avsatt til pasientene på DKS. Vi har syv senger til dette. Noen synes dette er unødvendig, men det ser ut til at pasientene verdsetter å kunne slappe av i en seng både før og etter operasjonen.

### Bemanning

Det ble ansatt en daglig leder - en dyktig anestesisykepleier som også var med i siste fase av forberedelsene. Ukeposten fikk to ekstra sykepleierstillinger ved opprettelsen av DKS.

Vi ansatte tre operasjons-sykepleiere og en anestesisykepleier i tillegg til at en anestesisykepleier leies inn fra den faste anestesistaben. Det ble opprettet en anestesioverlegestilling som er besatt, og dessuten en generell kirurgisk og en ortopedisk overlegestilling hvorav ingen har vært besatt (men forhåpentlig snart blir det). Ikke minst har vi en (uvanlig dyktig) sekretær ansatt spesielt på DKS, og det er helt essensielt.

### Produksjonen så langt

Målsetningen var et dagkirurgisk senter som skulle produsere 1600 operasjoner årlig - i løpet av 40 aktive uker. Det betyr 8 operasjoner daglig i 5 ukedager. Snittet for generell kirurgi

ligger nå på 7.8 pasienter/dag og for ortopedi på 7.1 pasienter/dag. Vi har altså noen strykninger og har funnet ut at vi kan leve med det. Og det siste er at vi nå øker antall pasienter til 9 per dag for generell kirurgi - i praksis 4 varicer og 5 brokk - og også 9 pasienter per dag for noen av ortopedene.

Senteret åpnet 1. desember 2003, og i 2004 opererte vi 1197 pasienter. I 2005 vil vi komme opp mot målet på 1600 pasienter. I tillegg gjør vi ca 400 dagkirurgiske inngrep på de "vanlige" stuene, og det er et poeng at vi for disse pasientene må skjerpe oss for å gi samme service som den pasientene på DKS får.

### Hva kan vi si så langt?

Vi har fått et dagkirurgisk senter vi er stolte av og glade for. I løpet av det siste året har vi fått en voldsom økning i produksjonen av "vanlige" operasjoner, og dette synes vi er viktig. Vi synes også at vi gjør dette godt, har få komplikasjoner og opplever en sterk økning av søknader, som igjen gjør at ventetidene ikke går særlig mye ned. Men som en av ortopedene våre sier: "Det er de gode filmene det er vanskelig å få billett til." Og vi velger å tro at dette er en slik god film. Så får vi heller holde åpent i sommerferien eller gjøre andre grep som kan øke kapasiteten ytterligere

## ISO - SERTIFISERING – Tidens mantra!?



Av Jørgen Nordentoft. Anestesioverlege,  
Volvat Medisinske Senter.

Det er vel neppe noen overdrivelse at begreper som kvalitetssikring, sertifisering, avvik, intern revisjon m.v. kan utløse akutte, allergiske manifestasjoner fra forskjellige organssystemer i pauserom og kontorer på sykehusene i dette lange, norske land. Samtidig er det et faktum, at fokus på kvalitetsarbeide har økt og fått en mer sentral plass i virksomheten. Helse Øst har en intensjon om, at alle pasientbehandlende institusjoner i regionen skal ha påbegynt eller gjennomført ISO-sertifisering innen sommeren 2006. Det finnes hundrevis av andre ISO-standarder innenfor andre organisasjoner, industrier m.v. Språk og begreper i systemet synes ofte vanskelige/uttjengelige med referanser til teknisk ingeniørterminologi og produktivitet. I regi av Helse-Øst er det utarbeidet en veileder for helsetjenesten (E.Arntzen) hvor **ISO-9001:2000** prinsippene er tilpasset /oversatt til sykehussektoren.

Målet med dette innlegg er å gi en kort introduksjon til ISO-systemet.

**Overordnet er ISO-systemet et kvalitetssystem** med hovedfokus på kundetilfredshet, prosessorientering og kvalitet, herunder kontinuerlig forbedring av det som organisasjonen (eks. klinikken) frembringer (for eksempel pasientbehandling, forskning og utdanning). Systemet er forpliktende for alle i organisasjonen, fra den enkelte medarbeider ”på gulvet” til toppledelsen.

### Hva er sertifisering?

- En uavhengig gjennomgang og vurdering av kvalitetssystemet mot en akseptert standard
- Garanterer at kvalitetssystemet oppfyller visse minstekrav
- Garanterer IKKE kvaliteten på produktene

### Hva er ISO? Om ISO-organisasjonen

- International Organization for Standardization

- har utviklet mer enn 11000 internasjonale standarder
- ikke-statlig, medlemmer fra 120 land
- frivillige standarder, ISO har ingen myndighet
- ISO gjennomfører ikke revisjoner
- ISO utsteder ikke sertifikater
- ISO utvikler standarder der det er gitt uttrykk for et behov
- ISO standarder brukes i den grad folk finner dem nyttige

### ISO 9001:2000 Grunntrekk ved systemet for kvalitetsstyring

#### Åtte prinsipper:

1. Kundefokus
2. Lederskap
3. Personellets engasjement
4. Prosesstankegang
5. Systemtankegang ved styring
6. Kontinuerlig forbedring
7. Beslutninger basert på faktiske hendelser
8. Gjensidig fordelaktig samarbeid med leverandører.

Helt avgjørende for ISO er kundetilfredshet og systematisk måling av denne. Dette fokus på kvalitet og behandlingstilfredshet, burde vel i denne tid (med anklager om økonomisk fokus for

helseforetakene) være et argument for å interessere seg for et system, som optimalt sett, kan skape likevekt i forhold til kvalitetsfokus. ISO-systemet er avgjort også et ledelses og styrings

instrument via målstyring (en av de 'hotteste' av moderne management metoder):

### Umiddelbar styring: Mål

**Å oppnå kundetilfredshet** ved å overholde spesifikasjoner og standarder. Et uttrykk for om vi har oppnådd dette målet er overensstemmelse (samsvar eller konformitet) for det utleverte eller overleverte produktet (vare og/eller tjeneste).

### Fasiten er kundetilfredshetsundersøkelser.

**Å beherske prosesskvaliteten.** Uttrykk for dette er at det unngås avvik som resulterer i vrak, reparasjon, etterarbeide, stopp av tjenesten, ekstra tjenester uten betaling, prisavslag m.m.

### Fasiten er målinger, avviksregistrering og interne revisjoner

**Personalets** daglige arbeide systematiseres og lettes, og innflytelsen på arbeidsprosessen økes potensielt i et implementert ISO-system i avdeling/avsnitt/funksjon. Det blir større muligheter til at få 'orden på sysakene', slik at man kan fokusere på den egentlige arbeidsprosess eller ha en liten velfortjent kaffepause. Det viktigste system for innflytelse er, foruten dialog, avvikssystemet og skriftelige forslag til forbedring.

**Prosesstankegangen** er helt sentral i systemet, og nøye beskrivelse av kjerneprosesser (primærprosesser), delprosesser og diverse støttefunksjoner er den avgjørende substrat for

systemet. Beskrivelse av pasientbehandlingsforløp, flyt, dokumentasjon og informasjon er inngangen til å forstå og analysere hva virksomheten egentlig driver med. Via en systematisk tilnærming skal man kunne vurdere kvalitet og **kontinuerlig forbedring** samt også bruk av ressurser.

**Systemtankegangen ved styring** av kvalitetssystemet er nøye definert i kravene til virksomheten. Samsvar mellom myndighet og ansvar er helt sentralt.

**Beslutninger basert på faktiske hendelser** avspeiles i håndtering av avvikssystemet, kravene til intern/ekstern revisjon (det

siste ved eksterne 'kontrollører' fra sertifiserings-selskap) og ledelsens gjennomgang av avvik, måloppnåelse, vedlikehold av kvalitetssystem m.v. Det er meget konkrete aktiviteter.

**Gjensidig fordelaktig samarbeid med leverandører** i kraft av forpliktende avtaler vedrørende kvalitet.

Våre erfaringer fra Volvat under denne prosessen har vært at utallige problemstillinger er blitt belyst, og 'hver en stein' er blitt vendt. Forhåpentligvis til gagn for pasienter og hele Virksomheten.

## *Inntrykk fra den årlige amerikanske anestesilegekongressen, ASA; Atlanta oktober 05 v/ Johan Ræder*

### **Postoperativ smerte og fysiologi**

Etter et middels omfattende inngrep vil man typisk ha maksimal hvile-smerte på VAS (skala 0-100mm) på ca 40-50 i løpet av første døgn som reduseres til 0 på dag 3-4. Smerte ved bevegelse/provokasjon ligger typisk 30 mm høyere, dvs 70-80, og består frem til dag 8-10. Adekvat, titrert morfin dosering vil vanligvis bringe hvile-smerten ned med 20-30 mm, mens aktivitetstiløst smerte parallellforskyves tilsvarende (dvs til 40-50). Opioider kan vanligvis ikke bringe hvile-smerten ned til 0 de første dagene, økt dosering vil bare øke forekomsten av bivirkninger. Man tror at effekten av moderate doser opioid vesentlig sitter i hjernestammen, hvor opioidstimulering gir en firing i nedadløpende alfa-2 adrenerge smerte-hemmende fibre til bakhornet i ryggmargen.

Skal smerten elimineres så er lokalanestetika mest effektivt, disse hemmer også smerte ved bevegelse; begge deler ved å blokkere impulsstrøm fra periferi og inn til ryggmargen (Na-kanal blokk). Smerten ved selve traumat og ved beve-

gelse er typisk mediert via A-beta-fibre, som blir sensibilisert både perifert og ved impuls overføring i AMPA (glutamat) ryggmargssynapser. Smerte i hvile medieres via A-delta fibre og C-fibre som blir sensibilisert til å fyre kontinuerlig av de potente proteiner og det sure miljøet som oppstår i et sårområde (eller ved inflammasjon)

Sensibilisering perifert skjer ved utstrømming og aktivering av prostaglandiner, nerve growth factor, endotelin og etablering av et surt miljø. (pH synker fra 7,2 til 6,9 i et hudsår. Senket pH gir bedre tilheling og stimulering av leukocytter, men sensibiliserer smertereseptorer. Sensibilisering av interneuroner (WDR=wide dynamic range neuroner) og "Høy-terskel" (HT) postsynaptiske neuroner (med AMPA og NMDA kanaler) på ryggmargsnivå skjer ved aktivering av cyclo-oxygenase som gir prostaglandin produksjon, samt aktivering av 3 forskjellige typer MAPkinase.

Sensibiliseringen gir hyperalgesi både i selve såret og i vevet rundt. Hyperalgesi (økt styrke i smerteopplevelse) i området rundt såret kan blokkeres av ketamin. Sensibilisering gir

også allodyn i og rundt såret (det at normalt ikke-smertefull stimulering blir smertefull), denne kan blokkeres effektivt med lokalanestesi i såret og også noe med lokalanestesi intravenøst (noe som tyder på delvis sentrale mekanismer).

Paracetamol, NSAIDs og trolig også steroider demper prostaglandinsyntesen og dermed smerteintensitet og sensibilisering både på perifert og sentralt nivå.

Gabapentin (og pregabalin) ser ut til å virke analgetisk via binding til alfa-2 reseptorer og dempet Ca influx. Mye interesse knytter seg til utvikling av nye analgetika som kan virke spesifikt hemmende på sensibiliserende mediatorer: endotelin antagonist og antagonist mot MAPkinaser.

Når det gjelder mekanismer for neurogen smerte så ser det ut til at overskjæring eller annen skade av nerven er en forutsetning for at neurogen smerte oppstår, men andre (ukjente) tilleggsfaktorer må også være tilstede. Bare 10-20% av pasienter med en sikker mekanisk nerveskade utvikler senere neurogen, kronisk smerte.

I et stort dansk hysterektomi materiale (1200 pas) så hadde 32 % smerte i sår-området etter 1 år, 10 % hadde daglig smerte. De som oftest hadde smerte var: de som tidligere hadde hatt keisersnitt, når hysterektomi ble gjort abdominalt versus vaginal tilgang, de som fikk generell anestesi i stedet for spinal.

### Anestesi, dagkirurgi og smertelindring hos barn

Prematurt fødte barn bør overvåkes med pulsoksymeter gjennom første natt etter et inngrep gjort før 3-4 mnd alder (55-60 uker etter konsepsjon), p.grunn av fare for respirasjonsstans. Dette gjelder også barn med søvnapnoe, en diagnose som er hyppigste årsak til tonsillektomi under 3 års alder. For øvrig så kan tonsillektomier dra hjem etter 2-3 timer. De som blør, gjør det vanligvis innen 1 time (+ evt. senere etter noen dager når skorpen løsner). Småforkjølete barn kan taes greit, men ved affisert almenntilstand eller tegn på nedre luftveisinfeksjon bør de utsettes i 1-2 uker (i 4-6 uker ved pneumoni). Risiko for luftveisproblemer øker ved samtidig astma og bruk av endotrakeal tube. Astma bør forbehandles; aktuelt kan være beta-stimulator og steroid spray, kromoglyklat og leukotrien hemmer.

Hvis man skal bruke oral midazolam premedikasjon, så er timing (45-60 min før) viktig, 0,25 mg/kg er tilstrekkelig dose. Bruker man inhalasjonsanestesi, så bør den suppleres med fentanyl (2-3 microg/kg ved avslutning av et 30 min inngrep) for å dempe postoperativ agitasjon. Ved inngrep som varer mer enn 30 min, så vil man få en raskere oppvåkning ved å skifte over til desfluran etter å ha brukt sevofluran til innledning.

Postoperativ kvalme er sjeldnere hos barn under 4 år, for øvrig er forekomst omtrent som hos voksne. Dexamethason (Forte-Cortin, 0,15 mg/kg) eller ondansetron (Zofran, 0,05 mg/kg) er bra, likeledes så hjelper adekvat hydrering. Strabismeoperasjon, inngrep >30min, alder >3 år og økt kvalmetendens hos foreldre (dvs. litt arv er med her) er risikofaktorer.

Postoperativ smerte behandles med paracetamol som basis (eks. 40 mg/kg rektalt start, deretter 20 mg x 4), evt supplere med ibuprofen 4-10 mg/kg x 3 eller ketorolac 0,5 mg/kg x 3. Kodein virker dårlig på spebarn p.gr. av dårlig utviklet CYP 2D6 som er nødvendig for omdannelse til morfin og effekt. Oxykodon anbefales som oralt opioid. Caudal anestesi bør brukes liberalt, bupivakain 1,25 mg/ml, 0,8 –

1,2 ml/kg. Dette gir ikke vannlatingsproblem, disse barna kan dra hjem uten å ha latt vannet.

For sedasjon av barn så er midazolam tryggest mhp luftveier, propofol kan gi ufrie luftveier og krever god overvåking. Ketamin kan gi spasme og luftveisobstruksjon. Er sedasjon påkrevet for at barnet skal tolerere smerte, så har man større sikkerhet ved å gi full generell anestesi (med larynxmaske), noe som også sparer barnet for ubehag.

### Anestesi til ekstremt overvektige (T.Ebert)

Det opereres med flere vektclassifiseringer: reell vekt (det pasienten veier), ideal vekt (høyde i cm ÷ 100(menn) eller høyde ÷ 105(kvinner)), lean weight (formel for den del av vekten som er "aktivt" sirkulert vev, dvs ofte 5-20 kg mindre enn idealvekt), body mass index, BMI: vekt / høyde x høyde (m). For daglig bruk så kan opioider og muskelrelaksantia doseres etter idealvekt, propofol etter idealvekt initialt, deretter gradvis overgang til reell vekt etter 2-3 timer. BMI på >30 er fet, >35 er sykkelig fet og i USA snakker man også om "super morbididly obese > 55.

Fete har ofte, (men ikke alltid) forskjellig grad av søvnapnoe; de som bruker

CPAP bør bruke dette natten før og natten etter operasjon. De som har tydelige symptomer på alvorlig søvnapnoe og som ikke bruker CPAP bør enten lære seg dette noen uker før operasjon, eller legges inn første natt for pulsoksymeterovervåking.

Det er ingen grunn til å "crash" innlede elektive fete, de oppviser ikke mer aspirasjon enn andre pasienter (selv om de ofte har noe reflux symptomer). Ofte er det bra å bygge opp med puter bak fra skulderblad og opp for å få øret i water med brystbenet for enklest intubasjon. Kort laryngoskopiskrift kan være aktuelt. Ved intubasjonsproblemer fungerer oftest fast-trach maske med påfølgende tube meget bra.

Det er viktig å pre-oksygenere godt og bruke maske med 10 cm PEEP, da vinner man tid (minst 1 min ekstra) og minker atelektase ved flatt leie før hypoksi oppstår ved ventilasjonproblem eller opphold for intubasjon.

Anestesian bør gjennomføres med PEEP på 5-10 cm, man må være forberedt på å bruke noe høyere FiO<sub>2</sub> enn vanlig. Remifentanil egner seg godt til fete, ingen akkumulering. Ett opplegg kan være propofol/remifentanil/ikke-depol curare innledning, desfluran (evt sevo) ved-

likehold og evt propofol infusjon mot slutten.

### **Erfaring fra amerikanske klagesaker, Closed claims**

I USA har man siden 1970 hatt et system hvor alle klagesaker om utbetaling (dvs. alle alvorlige saker) fra ca 50% av amerikanske klinikker blir gjennomgått av en rent faglig anesthesiologisk kommisjon i ettertid (1-3 år etter) for å se på hva som gikk galt og hvorfor (egen "foundation" m/ nettsted: [www.apsf.org](http://www.apsf.org)). Man har sett et gledelig fall de siste 10-år i antall saker med dødsfall og alvorlig hypoksisk hjerneskade, noe som tilskrives innføring av pulsoksymeter og overvåking av CO<sub>2</sub> i utåndingsluft (kapnografi). Dette har ført til at anesthesiologi i USA nå vurderes i samme risikogruppe som allmennpraksis og at forsikring-premier for anesteologi er redusert med 40 %. De problemene man nå ser er oftest når utstyr ikke er i bruk, enten ved forglemmelser og spesielt ved akutte luftveisproblemer utenfor operasjonstuen (skadested, intensiv etc).

### **Dagkirurgi**

US miljøet synes lite enige i de restriksjonene som er kommet på cox-2 hemmere til korttidsbruk og EKG kravet (heldigvis ikke i Europa) som foreligger for droperidol bruk. Man venter

blant annet på en stor studie om kardiovaskulære bivirkninger fra korttidsbruk av cox-2 hemmer (angivelig ingen). Et godt alternativ for kvalmeprofylakse er dexamethason (Forte-Cortin), det bør ikke gis raskt intravenøst til våkne pasienter fordi enkelte opplever svie i perineum. En del anesthesiologer var begynt å ta i bruk lavdose ketamin som smerte adjuvans, typisk dose var 20-30 mg ved start og/eller 10-20 mg ved avslutning. Slik bruk er dog ikke dokumentert å gi klinisk gevinst mhp smertelindring. Det var også diskusjon om refluxproblematikk og sure oppstøt. Grunnet sterk markedsføring av medikamenter så er det mange flere (trolig altfor mange) som har fått denne diagnosen. Man bør kreve at pasienter våkner med halsbrann om natten eller har smerter etter svelging for at diagnosen skal stilles, og det er likevel diskutert om dette krever spesielle tiltak for luftveis-håndtering.

Et spennende innlegg var knyttet til endoskopisk innsettelse av hofteprotese hos ekstremt overvektige. Foredragsholder hadde satt inn ca 300 slike ved hjelp av 4-5 hull i hoften og spesielt designede oppdelte proteser som ble skrudd sammen via endoskopi. Hos trent operatør tok inngrepet 2-3 timer og pasientene kunne gå i trapp samme

kveld! Inngrepet kunne gjøres i spinalanestesi og en del av disse pasientene ble faktisk utskrevet på operasjonsdagen, nesten alle de andre dagen etter.

**Nyttige nettsteder**  
[www.asahq.org](http://www.asahq.org): ASA si

hovedside, lenker til retningslinjer for søvn- apnoe, definisjon og standarder for sedasjon utført av ikke-anes-tesiologer.

Her finnes også samtlige abstracts som ble presentert

på kongressen og liste over refresher course.

[www.apsf.org](http://www.apsf.org): sted for anesthesiologisk og perioperativ sikkerhet, bygget på data fra "closed claims"

## Dagkirurgisk seminar i Trondheim november 2005



Referat og inntrykk ved  
 Eugen Eide, ortoped  
 Klinikk Stokkan og St Olavs HF

Lørdag 5. november ble det arrangert dagkirurgisk seminar i Trondheim. Oppslutningen var upåklagelig. I utgangspunktet skulle dette være et regionalt tiltak, og de fleste deltagerne var fra Midt-Norge. Men det kom også deltagere helt fra Lofoten i nord til Sarpsborg i sør. Det ble tilslutt 63 deltakere og med arrangørkomité, forelesere og utstillere, var vi 85 personer til stede.

De stedlige medlemmene i Nordaf er spredt på både offentlige og private institusjoner, og arrangørgruppen ga prosjektet betegnelsen OPS – offentlig privat samarbeid, et uttrykk vi er blitt kjent med fra en del

større vegbyggingsprosjekter.

På programmet skulle vi først ha et innlegg fra Helse Midt-Norge (HMN). De hadde i utgangspunktet sagt ja til å bidra med tanker om dagkirurgi i vår region, særlig med tanke på utbyggingen av det nye St.Olavs Hospital. Etter sommeren ble det etter hvert umulig å komme i kontakt med helsebyråkratene. De besvarte verken mail eller telefoner. Vi vet ikke om dette bare er et uttrykk for at ingen bryr seg eller om det rett og slett hersker uvitenhet om dette tverrfaglige arbeidsfeltet. Skuffende er det i alle fall.

**"Dagkirurgi i går – i dag – i morgen"**. ved Johan Ræder, Ullevål Universitetssykehus.

Johan Ræder var sporty nok til på kort varsel å fylle opp tomrommet etter HMN med dette foredraget.

Her fikk vi en god oversikt over utviklingen fra de første pioneravdelingene ble startet på 1980-tallet og fram til dagens situasjon, der dagkirurgi står for 60 % av all elektiv kirurgi i Norge. Han skisserte også trender innen dagkirurgien med tanker om hvordan dette vil utvikle seg videre.



**Postoperativ smertebehandling ved dagkirurgi med vekt på COX-2-hemmere/NSAIDs, ved Johan Ræder.**

Her fikk vi et grundig innblikk i aktuelle problemer rundt postoperativ smertebehandling. COX-2-hemmerne er utvilsomt effektive, men for tiden et tema satt på vent ettersom de mest brukte medikamentene er trukket fra markedet. Bivirkningene er større enn man først mente, og selv om det fortsatt foregår utprøving av nye midler, vil nok de fleste være tilbakeholdne med denne preparatgruppen. Det virker som om de fleste er tilbake til Diclofenac, et middel som har vært i bruk lenge og bevist sin gode effekt ved perioperativ smertebehandling. Johan Ræder tok også til orde for å optimalisere bruken av ikke-opioide smertestillende. Skal opioider brukes, så er per oralt oxykodon mer forutsigbart enn kodein. Men de har vel enda ikke fått noen stor plass i behandlingen av postoperative smerter.

**Varicekirurgi** ved Inge Glambek, Haraldsplass Diakonale Sjukehus. Han holdt et flott innlegg med en gjennomgang av stadier og behandlingsmetoder. Glambeks metode etterlot et solid inntrykk, og vi vet hvor vi

må dra for å få våre varicer behandlet.

**”Fast-track”** ved Terje Dybvik (UUS) Dette er fortsatt hans hjertebarn. Nyoperert og på krykker kom han med et klart og forståelig budskap og kunne meget vel bekrefte metodens fordeler.

**Lokalanestesi istedenfor muskelrelaksantia ved intubasjon** ved Peter Mikkelsen, St. Olavs Hospital. Dette kan være en viktig teknikk for å redusere de alvorlige komplikasjonene som muskelrelaksantia kan forårsake.

**Dagkirurgisk behandling av cancer mammae**, Lilly Marie Lian og Hans Fjøsne (St. Olavs Hospital) hadde i fellesskap en gjennomgang av opplegget rundt dette. Tilbudet har eksistert ved St. Olavs Hospital siden 2004. Alle pasientene følges opp med spørreskjemaer for å evaluere og eventuelt forbedre behandlingen.

**Sterilisering av kvinner i lokalanestesi** ved Nils Eriksson, St. Olavs Hospital. Antall steriliseringer hos kvinner har sunket drastisk de senere årene, noe som både kan tilskrives gode alternativer og høyere egenandeler enn før. Selv om det er fullt mulig å foreta en laparoskopisk tubesteril-

isering i lokalanestesi, er ikke dette særlig utbredt. Det som imidlertid er nytt, er hysteroskopisk sterilisering, en metode tatt i bruk i 2003. Dette gjøres i lokalanestesi og består i at man setter en mikrospiral inn i egglederne. Disse tetter seg etter noen uker. Prosessen er ikkerver-sibel og enda for ny til å kunne vurdere eventuell steriliseringssvikt.

**Hormonpreparater og tromboseprofylakse ved dagkirurgi** ved Tarje Rygnestad, Klinik Stokkan og NTNU.

Det er store sprik i rutine rundt omkring og veldig lite kvalifisert dokumentasjon. Faktum er at mens P-pilleprodusentene anbefaler seponering 4 uker før og oppstart 2 uker etter kirurgi, har de aller fleste som rutine at seponeringen skjer 2 uker før mens oppstart skjer umiddelbart etter operasjonen. Interessant er det at av alle risikofaktorer for DVT, er P-pillebruk den minst farlige. Vi lærte også at østrogensubstitusjon ikke gir økt risiko for postoperativ DVT. Det samme gjelder for progesteronpreparater, mens kombinasjonspreparater med progesteron og østrogen gir signifikant høyere risiko for postoperativ DVT. Fasit er at P-piller enten bør seponeres eller at

pasienten må få adekvat tromboseprofylakse i forbindelse med kirurgiske inngrep, mens man ikke må ta samme

forholdsregler ved substitusjonsbehandling.

Seminarer ble avsluttet med festmiddag lørdag

kveld. De tilbakemeldingene vi fikk var meget positive, og kanskje kan det bli et nytt seminar neste år.

## *Kommende møter og seminarer:*

**I.A.A.S. 7.th.International Congress, Amsterdam 15.–18. april-07**  
[www.IAASCONGRESS2007.ORG](http://www.IAASCONGRESS2007.ORG)

**Dansk Dagkirurgisk Forening arrangerer sitt forårsmøte 4. april 2006.**  
 Det skal være i Fredericia Messe og Konferansesenter. Program er foreløpig ikke tilgjengelig, men følg med på deres hjemmeside [www.dsdk.dk](http://www.dsdk.dk) så kommer det der.

**Svensk Dagkirurgisk Forening holder sitt møte i Ørebro 6. og 7. april 2006**  
 Fullstendig program på hjemmesiden [www.dagkir.nu](http://www.dagkir.nu)

## Nytt "ULLEVÅL-SEMINAR" lørdag 1.april 2006



Vi inviterer til "festforestilling" i dagkirurgisk hverdag.  
 Stikkord for innhold: Endometriose, dagkirurgiske nyheter, hygieneundersøkelse, smertebehandling, hvordan bevare et godt samarbeid og gløden i en ellers travel hverdag?mm.

Påmeldingsfrist 1.mars 2006

Kontaktperson: Vigdis Sørensen, [veco@uus.no](mailto:veco@uus.no), telefon 22119908

## **Nordafs reisestipend kr 5000,- Søknadsfrist 10.januar og 20. august**

NORDAF deler ut tre stipendier 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.

Søknadsfrist er for 2006 satt til 10. januar og 20. august. Søknad sendes til Johan Ræder, Anestesiavd. Ullevål Universitetssykehus, eller send en mail: [johan.rader@medisin.uio.no](mailto:johan.rader@medisin.uio.no)

### **Nye medlemme**

Ønsker du å bli medlem av NORDAF, ta kontakt med vårt nye kongressbyrå og send en mail til Kristin Solstad [kristin@ksci.no](mailto:kristin@ksci.no) eller meld deg inn via vår hjemmeside [www.nordaf.no](http://www.nordaf.no)

### **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 og fagutvikling innen dagkirurgi. I tillegg arrangerer de verdenskongress annet hvert år og utgir tidskriftet "Ambulatory Surgery".

### **Nordafs styre:**

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

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

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

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

Eugen Eide, Overlege ortopedisk avdeling, St Olavs Hospital HF og Klinikk Stokkan, Trondheim

Mail: [Eugen.Eide@rit.no](mailto:Eugen.Eide@rit.no) tlf 73868000 [el.eugei@online.no](mailto:el.eugei@online.no)

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

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

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

Mail: [dorte.solnor.gulbrandsen@rikshospitalet.no](mailto:dorte.solnor.gulbrandsen@rikshospitalet.no) tlf 23072056

Toril Johnsen, Avdelingsleder/overspl. Dagkirurgen, Universitetssykehuset Nord Norge HF Mail:

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

Jørgen Nordentoft, overlege anestesi, Volvat Medisinske Senter

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

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

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



