

5th International congress on Ambulatory Surgery, Boston

Den dagkirurgiske verdenskongressen i Boston i mai er nå vel avviklet. Dessverre ble ikke den norske delegasjonen så stor som vi hadde håpet på. Krigen og den øvrige verdenssituasjonen var nok en medvirkende årsak til en del avbestillinger. Imidlertid, for oss som da dristet oss av gårde, ble det en stor opplevelse med over 1000 andre deltagere samlet. Kongressen var fint regissert med mange gode foredrag og postere, hvorav 2 fra Norge. Vi har samlet inntrykk og referater fra denne kongressen fra side 3.

Nye medlemmer

Medlem i Nordaf blir du ved å henvende deg til TeamCongress tlf :61247070 eller send en E-mail til post@teamcongress.no hvor du oppgir navn, yrke, arbeidsted og gjerne din E-mail adresse. Medlemskapet koster kr 100,- pr år, og det vil da gi deg fortrinnsrett på kurs, stipendier etc. Du vil også få tilsendt dette nyhetsbrevet et par ganger i året.

Tildeling av reise- stipend – søknadsfrist 20.august 2003

Nordaf deler ut to reisestipend a kr 5000,- neste halvår. Dette er tenkt som tilskudd til reise, kongressdeltagelse, møter eller studiebesøk. Forutsetningen er at det må relateres til dagkirurgi, og den som innvilges stipend må være villig til å lage en rapport eller referat til Nyhetsbrevet etterpå. Det kreves medlemskap i Nordaf for å komme i betraktning som søker. Søknad sendes innen 20.august til Johan Ræder, Ullevål Universitetsykehus, anesetsiavd. E-mail: johan.rader@ioks.uio.no

Vintermøtet febr. 2003

Nordafs vintermøte er foreningens viktigste aktivitet. Her møtes deltagere med interesse for dagkirurgi fra hele landet, nye kontakter skapes og erfaringer utveksles. Det ble i år vellykket avviklet med mange gode og interessante foredrag. Det samlet godt over 300 deltagere. 19 utstillere var representert. Denne gangen hadde vi også sørget for å få kurset godkjent med etterutdanningspoeng for leger og sykepleiere. Se eget referat fra møtet på side 18. Referatet har lenge vært lagt ut på vår hjemmeside - nordaf.no

www.nordaf.no

Vi minner om at nordaf har fått etablert en hjemmeside hvor vi fortløpende vil legge ut aktuelt stoff, også om kommende møter og seminarer. Her er også lagt ut linker til aktuelle adresser hvor mye fint dagkirurgisk stoff kan hentes ut.

Innhold:

<i>Leder ved Johan Ræder</i>	2
<i>Bokanmeldelse:</i>	3
<i>Refleksjoner etter en verdenskongress</i>	3
<i>Rapport fra Verdenskongressen i Boston</i>	4
<i>IAAS- Generalforsamling, Boston 8.mai 2003</i>	8
<i>Dansk Dagkirurgisk vårmøte</i>	12
<i>Kurs for operasjons- sykepleiere</i>	14
<i>Referat fra NORDAFs vintermøte 7. – 8. februar 2003</i>	15
<i>Kommende møter:</i>	20
<i>Linker:</i>	22
<i>Nordafs styre:</i>	23
<i>Redaksjonelt:</i>	23

Leder ved Johan Ræder

Forsommeren i helse-Norge preges i noen grad av at man får økende erkjennelse av budsjettkriser i de forskjellige helseforetak. Nå skal det settes hardt mot hardt for å komme i balanse, og spillet om å unngå svarteper i budsjettspillet er i full gang mellom de forskjellige nivåer (stat – helseregion - sykehus foretak – divisjoner – avdelinger). At krisen kommer burde ikke være noen overraskelse, man gikk inn i 2003 med ambisjoner om å gjøre like mye som i 2002 for samme kronebeløp. I tillegg så skal man svelge unna et stort tap på pensjonskassene, innarbeide et kostbart lønnsoppgjør, ha mer ferie etc. uten full kompensasjon.

Samtidig ser vi at produksjonen øker, ventelistene blir kortere, ja faktisk så korte enkelte steder at man ikke alltid har pasienter på elektiv liste å sette inn når noen melder avbud. Dette reiser spørsmålet om vi er på vei inn i en overkapasitet for dagkirurgi, om det faktisk er rom for å kutte ned operasjonskapasiteten og i tilfelle hvor og hvordan.

I en slik situasjon blir etikken til de som stiller operasjonsindikasjonen økende grad utfordret. Man får jevnlig henvist pasienter hvor man er i tvil om opera-

sjonsindikasjon, ut i fra helsegevinst i forhold til sikkerhet og perioperative plager for pasienten. Det kan være fristende å la tvilen tippe i retning av operasjon, hvis operasjonsstuen er tom og DRG pengene ligger og venter.

Fra neste årsskifte er planen å samle all makt og alle budsjettmidler hos de regionale helseforetakene, som bl.a. skal få råderett over de midlene som i dag kanaliseres direkte fra Rikstrykdeverket til den enkelte behandler. Dette kan bli en krevende balansegang for de som skal bestemme i de regionale foretakene. På den ene siden så skal man la de offentlige sykehusene overleve slik at de kan ta seg av øyeblikkelig hjelp, store inngrep, komplikasjoner, undervisning og forskning. På den andre siden så er det fristende å sette dagkirurgi ut til private aktører med en høy kostnadseffektivitet p.gr. av en liten og strømlinjet organisasjon, håndplukket personell og effektiv, uforstyrret daglig drift. Vi ser en økende debatt om hva som er riktig prissetting og rammevilkår for de forskjellige aktørene i det som nå ser ut til å bli en situasjon med mer og mer konkurranse om pasientene.

Det pasientene kan

håpe på er at denne konkurransen også betyr at man må intensivere arbeidet med å yte best mulig kvalitet for å ”vinne” nye pasienter. Mynighetene er i ferd med å planlegge systematisk registrering av kvalitetsindikatorer, som sammen med ventelister blir å finne på internett i økende grad utover. I denne prosessen er det viktig at fagmiljø og pasienter er med å definere hva som er viktige kvalitetsaspekter. For eksempel, så vil de fleste være enige om at det er viktigere at det endelige resultatet av inngrepet er godt enn om man venter 2 uker i stedet for 4 uker på å få det gjort. Likeledes vil sannsynligvis pasienter være interessert i å ta bryet med å reise til et annet sykehus enn det nærmeste, hvis det blir kjent at sistnevnte har mange komplikasjoner.

Denne typen dokumentasjon er følsom og vanskelig. Den krever veldefinerte kriterier og nødvendige reserverasjoner, men vil trenge seg frem. For oss som arbeider i fagmiljøet blir det viktig også å argumentere for sikkerhet og kvalitet som ikke synes uten videre, veid opp mot kravet om stadig økende kostnadseffektivitet.

Bokanmeldelse:

Sykepleieren- den forskende praktiker
Vigdís Granum og Betty-Ann Solvoll

Tano.Sschehoug ISBN 82-518-3556-9

Jeg kom tilfeldigvis over en bok som kan være av interesse for ”hverdags-heltene” i det dagkirurgiske miljø.

Boka tar utgangspunkt i hvordan man går fram når man skal utføre et prosjekt, eller har lyst på å arbeide med fagutvikling i praksis.

Den har også et kapittel om hvordan man kan ta i bruk allerede eksisterende resultater i eget praksisfelt. Videre tar boka for seg hvordan man leser og tolker andres forskningsrapporter og utviklingsarbeider. Avslutningsvis har forfatterne definert forskjellige begrep, og de forlarer de forskjellige trinnene i forskningsprosessen. (ide, teorigrunnlag, problemstilling, datainnsamling og analyse.)

Boka er skrevet for sykepleierstudenter og sykepleiere uten forskning-bakgrunn. Forfatterne er sykepleiere med en bred klinisk erfaring og kompetanse på forskning og fagutvikling. Jeg finner boka lettlest -(selv om det til tider blir litt mye ord), og den er et godt utgangspunkt for å starte med fagutvikling og forskning.

Bjarne Røed, Praksiseileder, videreutdanning anestesi
Ullevål Universitetsykehus

Refleksjoner etter en verdenskongress

ved **Unni Naalsund**,

unn-naal,@online.no

”Making a world of difference” var hovedtittelen for verdenskongressen i Boston i mai- og på mange vis ble jo dette budskapet oppfylt.

Vel tilbake, hva ble så hovedbudskapet å ta med hjem etter en slik kongress? Hva er det vi husker best? Var det forelesningene om smerte, også med sterke innspill fra kirurg og sykepleier. Eller var det Storbritannias elegante sesjon om utvikling og fremtidsvyer? Kanskje var

det diskusjonene, samtalene og møtene mellom kollegaer fra hele verden? Var det verdt pengene? Og står kongressutgiftene for helsepersonellet i forhold til det antatte utbyttet pasienten får av vår deltagelse?

Det er klart at en sykehusdirektør i økonomisk krise fort vil kunne, og kanskje måtte stryke slike utgifter med så umålbart effekt. Og var det en ting vi fikk med oss på denne verdenskongressen, så var det at dårlig økonomi i helsesektoren er et verdensomspennende fenomen

I England var fremtidsvisjonen at inneliggende sykehussenger kun vil bli brukt til de døende. For øvrig ville all elektiv kirurgi bli gjennomført dagkirurgisk.

Alle som arbeider aktivt med dagkirurgi, vet mye om hvordan dagene fort kan bli rutinepregete i de rent konkrete gjøremål. Hverdagens kulør må ligge på et annet plan enn om du klarer å presse inn ”enda en hemoroide før lunsj”.

Gode rutiner kan være en sikkerhet for pasienten, men det kan også ligge en fare i at du mister synet for hva du egentlig holder på

med. Deltagelse på en slik kongress gjør at du endrer syn på ditt eget dagligliv, og dette er av stor verdi kanskje spesielt for helsearbeidere med direkte pasientkontakt.

En malerkunstner er avhengig av å ha lerret, pensler og maling for å få utøvet sin gjerning. En av grunnene til at våre største kunstnere søkte sammen i Paris, var jo nettopp for å få mer kunnskap, inspirasjon og motivasjon til videreføring av kunsten.

Det er et tilsvarende løft en helsearbeider får. Ved hjemkomst ser du plutselig pasienten med nye øyne og konturene av andre farger dukker opp. Ved å sende en helsearbeider på kongress el, vil man oppleve at forandringsprosessen kan skje innen fra. Vi vet mye om hvor vanskelig det er å snu en robåt hvis du ikke stikker åra ordentlig ned i vannet! Nye tanker må tenkes. Er det egentlig så lurt å gjøre

det akkurat slik? Kanskje vi også skulle skifte til et annet smerteregime som ble så sterkt anbefalt? Man får lyst til å prøve seg mer frem i hverdagen, "leke" litt mer og informere litt annerledes.

Kanskje vi da istedenfor å klare "en hemoroide til før lunsj", ser at det er **en pasient** til før lunsj vi kan rekke. Man aner en annen samhandling av begreper som produksjon og pasienttilfredshet. Verdenskongresser gir ikke klare svar på hvordan ting skal gjøres, men du kan settes på sporet av andre løsninger og få lyst til å prøve nye utfordringer.

Om 2 år er det ny verdenskongress, denne gangen i Sevilla. Det ligger jo geografisk litt nærmere til enn Boston, så der burde forholdene ligge til rette for en god norsk deltagelse. Men allerede nå bør avdelingene begynne forberedelsene til dette. I tillegg til at finansieringen kan langtidsplanlegges, kan

man også forberede faglige arbeider eller innslag man kunne tenke seg å fremlegge enten i form av foredrag eller postere. "Frie foredrag" under Nordafs vintermøte i januar kan jo være en god begynnelse på dette!

La oss få frem det dagkirurgiske mangfold med gode innspill både fra sykepleiere, leger, kirurgi, anestesi og administrasjon. Det var nok en overvekt av anestesiforedrag på denne kongressen. Flere innslag fra kirurger og også sykepleiere vil være av stor verdi. Vi fikk i hvert fall bekreftelse på at vi i Norge ligger langt fremme i den dagkirurgiske utvikling.

Det var 2 postere fra Norge med på kongressen denne gangen. Kanskje vi i Sevilla kan få oss en norsk vegg?

Livet består av å være underveis!

Rapport fra Verdenskongressen i Boston

Avd. sykepleier Anestesi Therese Brockstedt Kvamme, Horten Sykehus
Avd. sykepleier Operasjon Ingrid Johnsen, Horten Sykehus
Operasjonssykepleier Anne Pettersvold Andreassen, Horten Sykehus

Verdenskongressen gikk av stabelen i Boston, USA fra 7. mai – 12. mai, 2003
 Dette var den 5th
International Congress on Ambulatory Surgery.

Kongressen ble avholdt i Hynes Convention Center midt i Boston. Det var et stort kongress senter i tre etasjer med rikelig plass til ca 1000 kongress med-

lemmer og 92 velopplagte utstillere.
 Vi var to anesthesisykepleiere og to operasjonssykepleiere som fikk den fantastiske muligheten til å

delta. Vi bodde på ærverdige gamle Boston Park Plaza Hotel, ti minutters gange fra senteret. Kongressdagene begynte klokken 07 om morgenen med frokost, og deretter gikk det slag i slag med 65 forelesninger over tre dager. Det var 8 parallelle foredrag å velge mellom, så her gjaldt det å velge selektivt samtidig som utstillere også skulle besøkes. Det er alltid spennende å utforske hva "andre har" og hvilke ideer som kan bringes hjem? Det var ganske hektisk, men etter å ha blitt kjent, ble vi flinkere til å velge ting som var aktuelle for oss.. Dette var tydeligvis stedet hvor den internasjonale dagkirurgi møttes og erfaringer ble delt. Frokost og lunsj ble anrettet som selvbetjening inne i messe/utstillingssalen. Her kunne man da vandre rundt med maten og utveksle erfaringer med andre deltagere. Fredag hadde vi felles lunsj til ære for presidenten for IAAS., Lindsey Roberts. Ca 600 deltagere satt til bords, så her fikk vi også mulighet til å møte andre deltakere fra hele verden. Blant utstillerne var det også representanter fra byggebransjen. Sammen med arkitekter kunne de tilby hjelp og rådgivning om ombygging eller nybygg. Selv om vi ikke helt kunne la oss rive med av dette, var det jo spennende å se hva de hadde å tilby og å

høre deres reaksjoner på hvordan vi løste tilsvarende problemer.

Paneldiskusjoner. Meeting Expectations: patient safety, outcomes and quality Management.

Dagkirurgi er styrt av penger og fri konkurranse i USA. Det er viktig å kunne tilby gode fasiliteter. Eierne av de ulike klinikkene var også på jakt etter nye samarbeidspartnere for å kunne slå sammen enhetene til større drift. Dette mente de ville gi større nettverk og bedret konkurransevne. Klinikkenes fasiliteter må kunne endres i takt med at behovene skifter. Dette var tydeligvis et hyppig diskutert emne. Bare de siste par årene var det skjedd store forandringer i utformingen. Innredninger må kunne være fleksible. Det ble nødvendig å finne nye arkitektoniske løsninger for å møte ny teknologi, nye kommunikasjonssystemer, nye sykdomsbilder, større hensyn til religion og det forhold at økt antall eldre og barn også krevde nye løsninger.

Dessuten hadde økende krav til beredskap og takling av komplikasjoner, alternative behandlingsmetoder og ulike former for smertebehandling også endret behovene.

Dagkirurgiens utvikling er økende. Dette hadde de britiske foreleserne under tittelen "The brits are coming" klare mål på. De

mente at all elektiv kirurgi i fremtiden måtte bli dagkirurgi.. Tidsperspektiv? Leger og sykepleiere måtte bedre samarbeidet så bedre pasientflyt kunne tilstrebes. Sykepleierne er gode på kommunikasjon og informasjon. Pasientomsorg, kvalitet og ønske om profesjonalitet og klare prosedyrer er styrende, spesielt sykepleierne var nøye med å presisere dette. De refererte til retningslinjene deres forbund hadde. De juridiske retningslinjene var klare. Administrasjonskunnskapen må brukes pasientrettet.

Kvalitet: En god kultur er viktig. Pasientenes møte med sykehuset fra de kommer inn døren bør være positivt. De må bli skikkelig mottatt i resepsjonen.

Forholdene ved hjemsendelsen og oppfølgingen etterpå må være god.. Bedre utnyttelse av fasilitetene og strømlinjeformede programmer gir god økonomi. Rett person på rett sted til rett tid må tilstrebes. Selvfølgelig var det mye om forsikring og penger på agendaen.

Sedation Analgesia in the Ambulatory Setting: Where are we now & Where are we going?

Dette var en forelesning om aktuelle medikamenter brukt til sedasjon i en dagkirurgisk avdeling. Gastro-enterologene hadde brukt mye propofol til sedasjon. Etterpå utviklet det seg til en høylytt og

hissig diskusjon om hvem som var kvalifiserte til å administrere disse medikamentene. Diskusjonens bølger gikk høyt om hvorvidt ikke anestesitrenet personell skulle kunne administrere dette.

The future is aging: Challenges in the care of the Older Patients.

Eldre pasienter gjennomgår ofte operasjoner i håp om å bedre livskvaliteten. Det er derfor viktig at de gjøres oppmerksom at spesielt større inngrep kan medføre langvarig rehabilitering før de kan høste en eventuell helsegevinst. Vi må vite hva avdelingen kan tilby den enkelte, og gi dem best mulig pleie og omsorg den tiden de er på hospitalet

Streamlining the Scheduling Process.

Ved amerikanske private sykehus hvor leger daglig ble innleid på timebasis, virket alt utrolig profesjonelt og kontrollert.

”Timing is everything”! Det var morsomt å høre hvilken kontroll de hadde på operasjonstuene, fra tidlig start om morgenen til dagens slutt.

National reports.

Status om dagkirurgi i Bolivia, Frankrike, Tyskland og Australia ble presentert. Det var interessant

og høre hvor langt de forskjellige land hadde kommet innenfor dagkirurgi, og hvilke problemer man sliter med i land som f.eks Bolivia. I hele dette landet fantes for eksempel 1 (ett) fleksibelt bronkoskop. Hansker ble vasket etter bruk og hengt ut i solen for tørk og sterilisering.

Best Practices in Breast Surgery.

Dette er utenfor vårt arbeidsområde, men likevel et brennaktuelt tema. I USA blir det gjort ca 1 million brystbiopsier pr.år. 1 av 8 i USA får ca. Mamma, dvs, at ca.184.000 årlig får denne diagnosen.. De bruker mye mammotom som er en måte å ta ut biopsier på i stedet for å ”åpne” brystet. Men økonomisk var ikke dette ”lønnsomt”.

Infection Control: Is Your Center Safe?

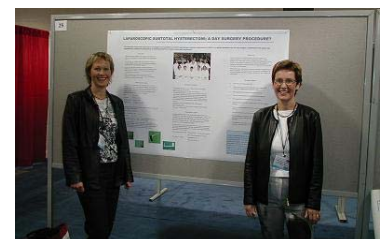
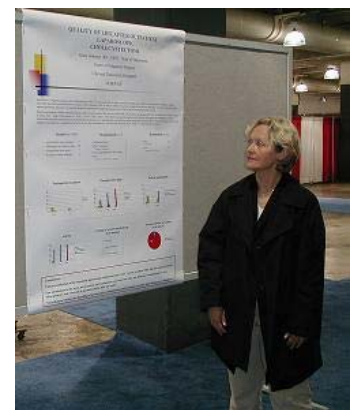
Momenter som ble omtalt og drøftet nevnes i stikkordform her:

- * Bruk av sykepleierråd til etterforskning av mulig sammenheng mellom klinikk og smittsomme sykdommer.
- * Gjenbruk av engangsutstyr smittet med hepatitt C.
- * Skopiutstyr i forhold til hepatitt B-C-D-HIV

- * Delt risiko for smitte med pasientenkontaminert utstyr.
- * Beskyttelse av det kirurgiske team et ”must”(hepatittvaksine).
- * Vask og rengjøring av fleksibelt skopiutstyr.
- * Instrumentdesinfeksjon, vask og sterilisering.
- * Håndhygiene og kirurgisk håndvask – kunstige negler, klokke og ringer (fy fy!).
- * Pasientforberedelse.
- * Arbeidsmiljøet.

Dette er temaer som operasjonssykepleiere aldri får nok av. Flott!

Vi har omtalt et lite utdrag av forelesninger vi var på. Det var et fint arrangement på alle måter. Takk for stipend som gjorde reisen mulig for oss.



Øverst: Gunn Goksøyr presenterer resultatet fra etterundersøkelsen av lapr. cholecystectomi.

Nederst: Marianne Jongersen og Edda Steen-Hansen med sin poster om lapr.hysterectomi dagkirurgisk

Sedation Analgesia in the Ambulatory Setting:

Ved Edda Steen-Hansen

Dagkir. R, UUS

Where are we now & Where are we going? Learning Objective: To understand the concept of Monitor Anesthesia care (MAC) in an outpatient or remote setting, the current drugs and techniques and the implications for anesthesia management, from local Standby to Big Mac. Sedation for and by the Gastroenterologists, Patient monitoring and deep sedation to non-anesthesiologists. Who is really monitoring the patient?

Dette var forelesninger som handlet om sedasjon. Men det som ble ganske interessant, var det som handlet om undervisning av ikke anestesikyndig personell til å gi sedasjon med propofol til for eksempel pasienter som var inne til colonoscopy. Det ble

benevnt som "the propofol question"! Dette var tydeligvis et hett tema i USA, da det var et ønske å sedere pasienter som var inne til gastroenterologiske undersøkelser med propofol. Det ble lagt frem dokumentasjon på at pasienter som var sedert med propofol hadde det bedre første døgn enn de som var sedert med benzodiazepiner. Men det var mangel på anestesipersonell til å utføre dette.

En anestesilege, Talmage D. Egan fra University of Utah School of Medicine, holdt en forelesning hvor han snakket om farene ved bruk av disse potente stoffene. Han påpeker for eksempel at når vi bruker opioider og sedativa i kombinasjon vil $2 + 2 = 7$ med hensyn til respirasjonsdepresjon. Til slutt fortalte han om et spennende undervisningsopplegg som de brukte der for å lære bort sedasjon til ikke

anestesipersonell. Her brukte de simuleringprogrammer på pc, spørreskjema på pc, i tillegg til praksis. Denne typen undervisningsopplegg må også kunne brukes i mye annen undervisning!! Paneldiskusjonen ble ganske heftig, og det ble uttrykt store meningsforskjeller mellom anestesileger, kirurger og gastroenterologer.

Jeg opplevde disse foredragene morsomme, selv om "the propofol question" ikke hittil har vært en problemstilling her i landet. Men hva gjøres i våre gastroenterologiske poliklinikker??? Vi som anestesisykepleiere snakker jo om at noe av det vanskeligste vi gjør er å gi sedasjon. Balansen fra "local standby to Big Mac" er jo en stor utfordring som krever mye erfaring med medikamentene man bruker.

Lapr. sterilisering av kvinner med minimal bruk av CO2 gass

Marianne Jungersen, Dagkirurgisk Senter R, Ullevål Universitetssykehus.

Blant mange gode og inspirerende foredrag i Boston, utmerket en muntlig posterpresentasjon seg. Bjarne Finnerup med flere fra Ærø Hospital i Danmark, har gjort en

smerteregistrering hos kvinner som ble sterilisert laparoscopisk med minimal innsufflering av CO2 gass.

Bakgrunnen var å få kvinnene tilbake til normalt

aktivitetsnivå så raskt som mulig, og postoperativ smerte og kvalme er faktorer som forsinker dette. Bjarne Finnerup mener mengden av innsufflert CO2

er en faktor i den post-operative smerteopplevelse. 20 kvinner i ASA gruppe 1-3 med BMI mindre enn 30 ble inkludert. Inngrepene ble gjennomført i propofol og remifentanyl anestesi med larynxmaske. Som standard smertebehandling fikk pasientene ibuprofen 800 mg x 3. Ved VAS score mer enn 3, i tillegg fentanyl 50 mikrogram iv og propacetamol 2g iv. Det ble brukt bupivacain infiltrasjon i sårene. Deretter ble en engangs

trocar med beskyttelsesmekanisme innsatt i umbilicus, og laparascopet ført inn. I trendelenburg leie ble gass innsufflert til man fikk god oversikt. Clips med lokalanestesi ble satt på tubene og magen tømt for gass før pasienten ble lagt flatt igjen. I snitt ble det brukt 0.85 liter co2 gass ! Etter utskrivelsen brukte ca 70% av kvinnene ibuprofen og/eller paracetamol de 2 første dagene. Ingen hadde behov for smertestillende etter 4. postoperative dag.

Konklusjonen fra Ærø Hospital er at minimal CO2 innsufflering under laparoscopisk sterilisering virker lovende i forhold til å minimere postoperative smerter. En liten tilleggsopplysning - Ærø Hospital ligger i Ærøskøbing på øya Ærø, syd for Fyn. Pasientene kommer med morgenfergen. og drar hjem med ettermiddagsfergen.

IAAS- Generalforsamling, Boston 8.mai 2003

International Association for Ambulatory Surgery

Ved Unni Naalsund

Presidenten i IAAS, Lindsey Roberts ønsket 2 representanter fra hvert av medlemslandene velkommen til generalforsamlingen. Terje Dybvik og Unni Naalsund representerte NORDAF.

Presidentens årsrapport

Lindsey Roberts takket for seg etter de obligatoriske 2 år som president.

Han viste til at det viktigste prosjektet i hans president-tid, var oppstartingen av arbeidet med å lage inter-

nasjonale standarder for dagkirurgi. Han hadde også tatt kontakt med helsemyndighetene i medlemslandene for å få i gang en dialog om internasjonalt aksepterte standarder utarbeidet av IAAS sin generalforsamling.

Et annet viktig prosjekt var at de nå hadde begynt å samle inn årlige tilstandsrapporter fra medlemslandene. Disse vil bli publisert i "Ambulatory Surgery".

Han ønsket Dick de Jong fra Nederland lykke til som president de neste 2 årene.

IAAS sitt kontor.

Dette kontoret har siden starten vært plassert i Bryssel, men er nå stengt.

Generalforsamlingen besluttet å legge kontoret til London. Der vil det bli plassert i Royal College of Surgeons i London hvor det var lovet fine, billige lokaler.

Medlemmer og innbetaling

Det er vanskelig å få U-landene som medlemmer, da de har problemer med medlemsavgiften. Samtidig innser man at dette er viktige land å ha med. De kan gå inn som korresponderende medlem, ett medlem fra hvert land som betaler en liten avgift på 25 dollar. De vil da få fri tilgang til alle papirer. Men her må det utvises skjønn og fornuft. Situasjonen kan forandre seg, og både

enkeltmedlemmer og korresponderende medlemmer må søke hvert år til generalforsamlingen om å få fortsette medlemskapet på dette grunnlag.

Svenskene har vært kontaktet, og de ønsker medlemskap. Problemet er at de ikke har noen formell organisasjon. Men de har en god nettside og jobber bra ut fra den. De har også god økonomi ettersom de avholder et stort, årlig møte. De oppfordres på dette grunnlag til å sende inn sin søknad.

Canada er heller ikke medlem. Der har imidlertid Frances Chung personlig medlemskap.

Finansielt ved G.Parmentier

IAAS har nå 17 fullt betalende medlemmer pluss 4 assosierte og 4 individuelle medlemskap.

Økonomien er god med 117.056 euro i banken.

Kongressen i London i 1997 hadde gitt 10.191 euro i overskudd

Kongressen i Venezia i 1999 hadde gitt 24.587 euro i overskudd

Kongressen i Geneve i 2001 hadde gitt 7.359 euro i overskudd.

5Th International Congress on Ambulatory Surgery i Boston.

Det var 1034 påmeldte deltagere pluss mange sponsorer til kongressen.

Fremtidige kongresser.

6.th International Congress, Spania 2005

7.th International Congress, Nederland, 2007

8.th International congress, Australia, 2009

9.th International Congress, Denmark, 2011

Verdenskongressen i Sevilla i 2005 profilerte seg og virket svært lovende med britisk kongressadministrator. De ønsker en vitenskapelig god kongress. Det oppfordres til at de som vil legge frem arbeider her, tidlig starter opp med forberedelsene.

www.asecma.org til Sevilla.

Tidskriftet "Ambulatory Surgery" ved P.Jarrett

Foreningen har hatt litt samarbeidsproblemer med forlaget, og det arbeides med å finne en løsning på dette. For øvrig understreket Jarrett at de trenger mer stoff til bladet. De trenger fagartikler, men også annet stoff om dagkirurgi og nasjonale utfordringer. De ønsket seg også referater fra avholdte nasjonale møter.

IAAS sin Webside ved D.de Jong

www.iaas-med.org

Dick de Jong skisserte hvilken ensom posisjon det lett kan bli å være ansvarlig for web-siden. Det var vanskelig å få inn stoff, og det var lite respons å få fra brukerne. Han etterlyste internasjonale artikler. De kan også sendes inn som abstrakter med referanser og kan enten ha egne eller redaksjonens kommentarer. Dessuten kom det forslag om at de nasjonale web-

ansvarlige i medlemslandene burde slå seg sammen og samarbeide. Kanskje vil dette da gi dem det ideforum som det tydelig er behov for. For øvrig er alt stoff om dagkirurgi av interesse. Det ble også fra generalforsamlingen poengtert at web sider må være oppdaterte for å være interessante.

Kliniske indikatorer for dagkirurgi

Foreningen har startet arbeidet med å definere felles internasjonale indikatorer for dagkirurgi. Det poengteres at arbeidet er på begynnerstadiet, og indikatorene må defineres før man kan sette opp målene. Indikator for kansellering av planlagte operasjoner før og etter ankomst i avdelingen, og om forekomsten av re-operasjoner, innleggelse og re-innleggelse ble fremlagt. Disse var greie og ble godkjent av generalforsamlingen med noen mindre rettelser.

Dagkirurgi med forlenget rehabiliteringsopphold.(P. Jarrett)

Det dreide seg om dagkirurgi hvor oppholdet var planlagt forlenget med overnatting på avdeling – 23timers opphold. Definisjoner på overnattingssteder, enten det dreide seg om avdeling eller sykehotell var også laget samtidig som fordelene og

ulempene ved forlenget opphold ble skissert.

Utskrivelseskriterier for pasienten (P. Jarrett)

Kjente utskrivelseskriterier er i ferd med å forandre seg. Det utviklet seg til diskusjon om gamle, vedtatte retningslinjer eller formuleringer nødvendigvis er gjeldene praksis i dag. Må pasienten ha spist og drukket før de sendes hjem? Erfaring tilsier at dette ikke nødvendigvis må være noe krav, og her må man kunne ta individuelle hensyn. Kravet om at de skal ha latt urin før utskrivning synes også unødvendig ved de fleste inngrep. Det er ofte nok at pasienten får beskjed om å ta kontakt med sykehuset innen et visst tidsrom hvis problemet ikke løser seg.

”I stand til å kle på seg eller være i stand til å gå uten hjelp”, forutsetter at de ikke er operert i armer eller bein. Indikatorene for utskrivningskriterier må arbeides videre med og behandles på neste generalforsamling. Det må utarbeides egne utskrivelseskriterier for barn.

Utvelgelseskriterier for DK pasient (J.Reydelet)

Diagnose og valg av operasjonsform/ prosedyre er det viktigste elementet når man skal avgjøre om en pasient passer til dagkirurgi. Det finnes ingen definert liste over operasjonsformer som

passer til å bli gjennomført dagkirurgisk. Det vil det være svært vanskelig å få internasjonalt aksept for. Men inngrepenes størrelse er stadig økende. Valg av pasient eller diagnose som kan gjennomføres dagkirurgisk, må være kirurgens ansvar eventuelt i samarbeid med anestesilog. Definisjonen over medisinske tilstander sett i forhold til anestesi er enklere å definere. Her benyttes ASA klassifiseringen, og det blir anestesilegens ansvar å avgjøre om eller hva slags anestesi pasienten er egnet for.

Hjemmesituasjonen inkluderer pasientens samtykke og evne til å samarbeide. Pasienten(eller følget) vil måtte ekskluderes hvis han eller hun ikke vil gi informert samtykke, eller ikke har den nødvendige mentale kapasitet til å forstå eller etterkomme pre eller post operativ informasjon eller instruksjon. Her må det utvises skjønn. De psykisk utviklingshemmede har imidlertid alltid ansvarlig følge med seg.

Man vil også måtte ekskludere pasienter som bor alene og ikke har pårørende, venner eller naboer som kan tre støttende til første døgnet.

Logistikk:

Det kreves at man har tilgang til kommunikasjon eller transport i fall man

skulle få behov for hjelp. Telefon er en forutsetning, også med tanke på den post operative samtalen dagen derpå.

Men punktet om at ingen måtte bo for langt vekk fra klinikken de første 24 timer etter inngrepet, vakte diskusjon. Hva menes med langt? Er det tidsmessig avstand (for eksempel en halv time), så kommenterte Baskerville fra England at i rushtrafikken i London kom man ikke så mange meterne på en halvtime. Samtidig ble det fra norsk side påpekt at vi sendte pasientene fra Oslo til Tromsø samme dag hvis forholdene ellers lå til rette for det. Forutsetningen må være at det er mulig å få medisinsk hjelp i nærheten av oppholdstedet.

Pasient-tilfredshet (P.Lemos fra Portugal)

Paulo Lemos var også tilstede på Nordafs vintermøte i år og fremla der sitt arbeid med kliniske kvalitetsindikatorer. Det henvises derfor til referatet derfra på side Det vil alltid være vanskelig å måle pasienttilfredshet. Men han presenterte også et skjema utarbeidet av Glenda Rudkin som inneholdt anbefalte metoder for pasienttilfredshetsundersøkelser. Dette vedlegges.

Table 1 – Guidelines for "improved design" in day surgery patient questionnaires
Define the target sample size, ensuring representatives and spread of conditions
Do not exclude the "disadvantaged patient", e.g., non-native speaking
Consider involving a neutral party to distribute the questionnaire. Health staff may bias the sample by omitting patients they judge to be unsuitable
Respondents are less prepared to be critical if they know that the health staff will see their questionnaires
Anonymity is important
Consider designing a short, general questionnaire supplemented by subsidiary questionnaires where dissatisfaction is shown to occur
Include open-ended questions, as they produce more negative ratings and comments than closed questions
Consider qualitative research (in-depth interviews with patients) as a key input to the development of a pilot survey. Patient interviews reveal higher rates of problems than questionnaires
50% or less is not an acceptable response rate. Much higher rates should be achieved
Follow-up cards or calls are recommended to improve response rates
Response rate for mail surveys are significantly higher than phone surveys; however, there are more missing data from mail surveys
Carers of relatives or friends may rate care more negatively than patients - patients and carers have differing needs. Separate questions to both groups may be appropriate
Decide what you will do with the results. Disseminate the information to patients and staff. Publish the results

Han påpekte også at det av hensyn til resultatets pålitelighet var nødvendig å innhente resultatet i 2 portsjoner- ett umiddelbart og ett etter ca 1 mnd. Lange oppfølgingstudier(ett år) ble anbefalt ved visse operasjoner som for eksempel brokk.

Videre fremdrift

Det ble foretatt små justeringer ved enkelte av de fremlagte indikatorene, mens andre måtte bearbejdes bedre. Indikatorene vil bli lagt ut fortløpende på hjemmesiden til IAAS. De vil også publiseres i "Ambulatory Surgery"

Situasjonsrapport fra medlemslandene.

Alle medlemslandene holdt et lite innlegg om dagkirurgiens situasjon i de enkelte land. Det var klart store forskjeller på utviklingen. USA tronet på topp hvor over 70 % av all elektiv kirurgi ble gjennomført som

dagkirurgi. Dette er da i privat regi hvor mektige forsikringsselskaper står bak finansieringen. Ca 25 % gjennomføres i offentlig regi. Men USA sin finansielle plattform er svekket, og prisene på disse offentlige inngrepene er blitt justert ned. De private aktørene frykter nå at også deres priser må reduseres. Felles for hele Europa var at de hadde til dels store finansieringsproblemer i

helsesektoren. Noe av årsaken til dette var økede utgifter til pensjonsutbetalinger. Alle regnet med at utviklingen av dagkirurgi var økende, ettersom det er en kostnadsbesparende løsning for samfunnet. Flere land hadde omorganisert og hadde lagt om eller var i ferd med å endre de økonomiske finansieringsmodellene til DRG eller innsatsstyrt finansiering. Det er helt klart at det nå er

pengene som vil styre den videre utviklingen. Tilstandsrapportene for de enkelte landene vil bli trykket i "Ambulatory Surgery".

Valg av styre

3 nye representanter ble valgt inn i styret fra Belgia, USA og Danmark.

Neste generalforsamling

blir lørdag 15mai 2004. Sted enda ikke avgjort!

Dansk Dagkirurgisk vårmøte

8.april 2003 - Nyborg Strand, Danmark

Referat ved Dorte Gulbrandsen, daglig leder av Dagkirurgisk enhet, Rikshospitalet, Oslo.

Først takk til styret i Nordaf for økonomisk bistand til reise og opphold.

Vår i Danmark – det lyder herlig, men jeg skal si det var kaldt, det blåste og det kom sne og sludd. Men inne på Hotel Nyborg Strand var det varmt, og jeg ble tatt riktig godt imot av danske kolleger fra det dagkirurgiske miljø. Å skape nye kontakter og å diskutere felles problemstillinger og erfaringer synes jeg faktisk er noe av det nyttigste på et slikt møte. Selvfølgelig er programmet også av interesse, og ledelsen hadde lyktes med å sette sammen et interessant program.

Møtet ble åpnet av foreningens formann, Overlege Claus Toftegaard. Pia Mohr Christensen, sykepleier fra Herlev sykehus, refererte fra et utdannelses/kompetanseprogram for dagkirurgiske sykepleiere ("multiskill"-sykepleiere) med utgangspunkt i en kombinasjon av Benners (kompetansenivå/fem utviklingstrinn) og Blooms taksonomi (innlæring ved kunnskap). Kompetanseprogrammet baseres på at kunnskap og kompetanse læres gjennom deltagelse, læringen skjer ved øvelse og praktisk arbeid. En kontaktsykepleier var ansatt i tillegg til avdelingens normerte bemanning, og utdannelsen var basert på supervisjon,

mesterlære med refleksjon, undervisning, selvstudier og simulator.

Arna Høj, oversykepleier fra Dagkirurgisk avdeling ved Esbjerg

Sentralsykehus, fortalte om bruk av IT i dagkirurgi.

Alle prosedyrer var lagt inn med tekst og bilder i et datasystem for Dagkirurgisk avdeling,

Dette ga oversiktlig, systematisk oppbygget informasjon, som alle hadde rask tilgang til. Flere kunne arbeide samtidig på nettet og tilegne seg kunnskaper via tekst, bilder og video. All informasjon og møte-referater fra avdelingen var også lagt inn og ble oppdatert på avdelingens data-side. Det lå et stort og imponerende arbeid bak denne databasen, men jeg

tror også oppdateringsprosessen vil være avhengig av personer med spesiell interesse for IT.

Birgit Rasberg fra Samme dagskirurgisk klinikk ved Sønderborg sykehus refererte en undersøkelse med sikte på å avklare om postoperative problemer kan løses telefonisk, hvilke

ressurser som kreves og hvilke kvalifikasjoner den som kontakter pasientene telefonisk må inneha. Den som ønsker å lese hele studien kan ta kontakt med foreleseren.

97 % av pasientene i denne undersøkelsen ønsket oppringning.

73% hadde ett eller flere problemer (96.6% ikke bruk for henvendelse om annen hjelp)

43% hadde spørsmål angående informasjon som de egentlig hadde fått tidligere.

8 % kunne kontaktpersonen (som var sykepleier) ikke hjelpe pasienten med. De måtte henvises til operatøren eller egen lege.

Tidsforbruk per oppringning var i gjennomsnitt 6.2 minutter.

Diagnostiske pakker var emne for et foredrag ved avdelingslege Lilli Sørensen, Dagklinikken Give Sykehus. Dagklinikken var bygget opp med ambulatorium, poliklinikk, skadestue, diagnostisk senter og

dagkirurgisk operasjonsavdeling.

Målet for pasienten var "alt på en dag" – et eksempel er Senter for skader i bevegapparatet (2 dager i uken).

Pasienten gjennomgikk røntgenundersøkelse, undersøkelse hos lege og fysioterapeut, supplerende ultralydundersøkelse, konferanse, svar og planlegging av eventuelle tiltak som blokade, tid for operasjon, skulderskole, trening, instruksjon og tid for kontrolltime etter tre måneder – alt på en dag. Alt i alt et dynamisk senter med et tverrfaglig team.

Sykepleier Inge

Moisgaard fra KAS

Herlev orienterte om

etterutdannelse for

operasjonssykepleiere – en omfattende etterutdannelse, blant annet med det formål å lære å stille seg kritisk til klinisk praksis. Spørsmål om denne utdannelsen kan mailes til:

koldingroervik@rh.dk

Overlege Claus

Toftegaard orienterte om prosentandelen

dagkirurgisk aktivitet i

Amtene (fylkene) – en undersøkelse fra 2002 (se referat fra Nordafs vintermøte 2003). Tanker om videre utvikling omfattet blant annet overnatting i enheten uten innleggelse, nye prosedyrer og refluxkirurgi.

Musica humana var emne for en orientering ved komponist Niels Eje og overlege Per Thorgaard.

De bruker musikk som supplement ved dagkirurgisk anestesi og oppvåkning. Et spesialdesignet musikk- og lyd-miljø skal redusere angstnivået og berolige pasientene. Musikken baseres på livets opprinnelige lyder slik som mors hjerteslag, naturens ro, urytmer, havets bølger - musikk med tredimensjonal effekt. Musikken er et potent redskap. Hvordan kan vi bruke den i behandlingen, og hvordan er sykehusene innrettet med tanke på dette? Hvilke lyder utsettes pasientene for? Våre pasienter er forsvarsløse og spesielt følsomme, og vi anesteserer med hørselsansen åpen! En positiv lydopplevelse bidrar til pasientens velbefinnende! Dette var kjempe spennende – les mer på : www.musicahumana.dk

Akkreditering av dagkirurgiske klinikker ble belyst, først ved erfaringer fra Kingston Hospital, deretter fra Hovedstadens Sykehus (HS), København ved Overlege Michael Crawford. Kvaliteten vurderes i forhold til ekstreme standarder og indikatorer, og med formål å styrke kvaliteten i hvert enkelt pasientforløp. BSI ISO 9000 Management

Quality ble brukt som målestokk. For HS var det åpenbart en meget besværlig tids- og kostnads-krevende prosess. Ledelsen og alle ansatte ved sykehuset var involvert, kravene var svært omfattende og alt måtte kunne dokumenteres. Kravene gjaldt både omgivelsene og pasientbehandlingen. Haderslev Sykehus

synes å ha hatt en mindre traumatisk opplevelse med sin akkrediteringsprosess under KISS-prosjektet (Kvaliteten i Sundhetsvesenet i Sønderjylland). Vi kan "glede oss" til akkrediteringskravet kommer til Dagkirurgiske klinikker, avdelinger og sykehus i Norge – det ligger

antakelig ikke så langt frem i tid.

Jeg gjorde nye hyggelige bekjentskaper på konferansen, har invitasjon til å besøke dagkirurgiske enheter flere steder i Danmark, og håper jeg skal få anledning til det en dag.

Kurs for operasjons-sykepleiere

Tenerife 23.mars – 30.mars, rapport ved Inga Segtnan, Tromsø

Jeg var en av de heldige som fikk tildelt reisestipend fra NORDAF i år. Stipendet brukte jeg til et kurs innen ortopedi – arrangert av Smith + Nephew på Com-pastela Golf Hotell på Tenerife. Kurset gikk over 5 dager. Vi var 70 ivrige deltagere og 7 flinke og godt forberedte foredrags-holdere. Dagene var godt planlagte. Vi startet morg- enen med en god frokost, etterfulgt av et tett faglig program. Flere emner innen ortopedi var berørt, og hver dag hadde sitt emne.

1. dag: Fracturer. Det var foredrag om prinsipper v/bentilheling, indikasjoner og prinsipper for operativ behandling. Behandling – resultater – komplikasjoner ved fr.colli femoris og trochantære femurfracturer.
2. dag var viet knelidelser : Her lærte vi om

behandlings-alternativer ved medial gonartrose. Videre om kneprotesekirurgi, kneproteserevisjoner og utfordringer for operasjons-sykepleieren v/disse operasjonene.

3. dag var hoftelidelser tema ; Foredrag om indikasjoner for protese-kirurgi i hofteledd og kirurgisk tilgang / leiring / oppdekning v/ disse operasjonene. Revisjonsproblematikk v/hofteproteser og behandling av infiserte proteser.

Det var innlegg om fordeler v/ sementerte proteser kontra usementerte proteser.

4. dag: artroscopi. Her var det først litt historikk (absolutt første kikk inn i kne-leddet var m/cystoscop i 1918) etterfulgt av menisk-kirurgi : Fordeler/ulemper ved

reseksjon kontra reparasjon av menisk. Videre lærte vi om ulike artroskopiske operasjoner i kne og skulder, hofteartroskopi m/indikasjoner, kontraindikasjoner og operasjonsteknikk.

5. dag var satt av til andre viktige tema;

hygiene, seksjonering av operasjonssykepleiere ? , og om dagens krav til effektivitet er forenlig med et godt arbeidsmiljø. Det faglige programmet varte til "tidlig" ettermid-dag. Resten av dagen hadde vi til egen disposisjon og vi fikk med oss litt forskjellig: Golf, bading og soling på flotte strender, og testing av spansk mat på hyggelige restauranter. Vi fikk også tid til en tur til en liten fjell-landsby.

Kurset fikk en god slutt-evaluering av deltagerne, og

selv vil jeg si at det ga godt påfyll både faglig og sosialt sett. Det er inspirerende å dra på kurs og lære

nytt. Det er også både nyttig og hyggelig å treffe kollegaer fra andre sykehus.

Referat fra NORDAFs vintermøte 7. – 8. februar 2003

ved Johan Ræder

Kvalitetsmåling generelt og innen dagkirurgi:

Hans Flaatten understreket at kvalitet i utgangspunktet er verdinøytralt og bør måles opp i mot en standard for hva som er ønskelig kvalitet, eller mulig oppnåelig kvalitet. Kvalitetsmarkører bør være enkle å definere, reproduerbare og mulig å tallfeste. Vektlegging av forskjellige markører blir avhengig av ståsted; enten som pasient, helsepersonell, ledelse, eller politiker/ utenforstående. Eksempel på kvalitetsmåling er mortaliteten ved intensivbehandling målt opp mot en standard for dødelighet ved en gitt risikoskår for dødelighet hos den enkelte pasient. (APACHE-skår eller SAPS skår som standard).

Gunn Goksøyr gikk gjennom et materiale på 100 dagkirurgiske laparoskopiske gallepasienter.

Ved spørreskjema og intervju hadde man forsøkt å kartlegge kvalitetsparametere slik som postoperativ kvalme, postoperativ smerte, innsidens av innleggelse og re-innleggelse, pasient-tilfredsrett, sykemeldingsperiode, belastning på primær helsetjeneste og sykehus etter utskrivning. Problemstillingen vil ofte være om man skal gjøre en grundig og omfattende registrering på et utvalg pasienter med jevne mellomrom eller om man skal gjøre en forenklet, målrettet registrering rutinemessig hos alle pasienter. Begge deler er viktig; grundig registrering kan brukes for å identifiser nøkkelparametere og måle forbedringer etter intervensjoner, mens løpende registrering bør være et hjelpemiddel i den daglige evaluering av drift.

Johan Ræder gikk igjennom mulige kvalitetsmål innen dagkirurgi. Kvalitet kan defineres ut fra et ideal, en "best mulig" tankegang eller ut fra en standard for minimumsnivå.

Kvalitetskriterier kan være reelle i forhold til pasientens sikkerhet, velvære eller total økonomi; eller kriteriene kan være surrogatkriterier som kun gir indirekte opplysning om den egentlige kvaliteten. Surrogatkriterier kan imidlertid gi en pekepinne om endringer i reell kvalitet, og kan gi en indikator på potensiell fare for reelle kvalitetsavvik når disse inntreffer sjeldent. Kvalitetsmålinger kan gjøres på en organisasjonsstruktur, på en behandlingsprosess, og på det endelige resultat.

Resultat av kvalitetsmålinger vil avhenge av om man gjør systematiske prospektive registreringer eller retrospektive registreringer eller usystematiske retrospektive registreringer. Klagesaker er et eksempel på siste kategori, hvor antall klagesaker vil variere sterkt med utenforliggende faktorer, ved siden av den rene kvaliteten. Innen anesteziologi og dagkirurgi inntrer mortalitet og varig skade for sjelden til å brukes som løpende kvalitetspara-

metere. Man kan enklere identifisere pasient kriterier på pasient velvære i den pre-operative og post-operative fasen, mens man kan definere "varsel" kriterier for skadepotensiale i hele den preoperative prosess.

Jørgen Holmboe

redegjorde for sosial- og helsedirektoratets rolle som statens rådgivings og gjennomføringsorgan mens sosial og helsetilsynet, ledet av helsedirektøren, er en ren tilsynsmyndighet. Man har i Norge en del nasjonale lovpålagte register slik som Samdata, fødselsregister, dødsregister, kreftregister. Disse gir en automatisk og enkel registrering, men har ikke inkludert behandlingsparametere. I tillegg finnes en rekke nasjonale kvalitetsregistre drevet av entusiastiske fagmiljøer; slik som hjertekirurgiregister, karregister og hofte/kneprotetesregister. Disse har vært viktige instrumenter i å beskrive enderesultatet for pasienten over tid; for eksempel slik som hofteprotesekvalitet over en 10-års periode etter innsetting. I tillegg gjøres det med jevne mellomrom lokale, dedikerte kvalitetsmålinger som ofte er av meget høy kvalitet, men begrensede i omfang og tid. Rundt lokale registre er det en del problemer rundt eierskap og offentliggjøring. Men, generelt skaper alt kvalitets-

arbeide bevissthet og kultur rundt meldinger og kvalitetsforbedringer, og er således positive. Det statlige tilsyn har en hovedrolle i å definere og passe på den nedre grense for kvalitet d.v.s når forsvarlig virksomhet går over i uforsvarlig. Tilsynet har mindre ambisjoner om å gå direkte inn i å definere god praksis og forbedre denne.

Politiske og administrative overordnede utfordringer og endringer innen dagkirurgi:

Pål Kristian Roland fra helsedepartementet redegjorde for videre statlige reformer. Nå som det statlige eierskap er på plass som en ytre reform, er det viktig å gå videre med de indre reformer hvor de regionale helseforetakene har en helt sentral rolle. Pasientenes rettigheter foreslås styrket ved en mer aktiv markedsføring av fritt sykehusvalg, innføring av frist for behandling med garanti-klausul, og pasienttilgang på kvalitetsindikatorer for å vurdere valg av behandlingssted. Kun 8% av pasientene benytter seg av fritt sykehusvalg, dette forventes å øke. Ved brudd på behandlinggaranti skal pasientene få rett til behandling ved annet sykehus i inn- eller utland, privat eller offentlig. Private aktører skal gis forutsigbare og rettferdige rammer, men forsettes omfangsmessig å

ikke øke vesentlig i omfang. Valg mellom sykehus forutsetter informasjon om alternativer, hvor staten har satt ned en del kvalitetskriterier med tanke på å måle både struktur, prosess og resultat. Utenlandsmilliarden som sådan forutsettes avvirket, men pasient og helseforetak vil fremdeles stå fritt til å bruke midler innenfor totalrammer til kjøp av tjenester i utlandet hvis det er mest hensiktsmessig.

Jan Grund hadde en kritisk gjennomgang av dagens og tidligere helsepolitikk. Han påpekte at det ikke fins patenløsninger i helsepolitikken; feltet er vanskelig og ingen land eller systemer har funnet noen fullgode løsninger. Helsetjenesten er den viktigste velferdstjenesten i et samfunn og underlagt både markedslogikk, politisk logikk, og faglogikk. Grund påpekte at sykehusreformen har gitt veldig mye makt og myndighet til de regionale helseforetak og litt mindre statlig konsernledelse enn man hadde forventet. Det viktigste er imidlertid å få en bedre organisering og strukturering nedenfra i systemet. Et problem i offentlig virksomhet er en overadministrering og en underprioritering av reell ledelse. Problemet med den nye reformen er at det ikke ble gjort noen åpningsbalanse i de forskjellige helseforetak, videre at finansiering av invest-

eringer innen utstyr ikke er på plass.

Det er viktig videre å ha en streng klarhet i roller på forskjellige nivåer; fra politiker til helseminister til styret i de regionale foretak og til styre og ledelse i de forskjellige utøvende helseforetak. I det videre arbeidet er det viktig med denne rolleforståelsen og at man får forutsigbare finansierings ordninger, sammen med en bedre og sterkere utøvelse av lederfunksjoner.

Siri Hatlen understreket de store mulighetene helseformen gir, ved at fylkesgrenser er borte og at funksjons og oppgavefordeling samt stordrift i mye større grad er mulig med den nye strukturen. Utfordringen er å få til gode prosesser i et krevende politisk landskap med knappe ressurser. Det er et behov for bedre arbeidsro og stor grad av informasjon. Foreløpig er finansierings-systemet for kortsiktig og for lite forutsigbart. Det gis anledning til å gjøre lånefinansierte investeringer til gode formål, men drift skal gå av løpende bevilgninger. Helse Øst har valgt en konsern modell organisering, hvor direktører i det regionale helseforetaket sentralt skal være styreledere i de forskjellige lokale helseforetak. De lokale helseforetak gis stor frihet, men det er krav om reduksjon i det administrative person-

alet generelt og krav om å styre større innkjøp, for eksempel IT og store fellesoppgaver. Det er et mål å få en større forutsigbarhet i systemet og en bedre samordning av primær og spesialisthelsetjenester. Kvalitet er viktigere enn avstand og geografi. Videre er det viktig å unngå lobbyisme og krisemaksimering i media. De regionale helseforetak er selvstendige, og statsråden er den eneste som har instruksjonsmyndighet over for disse.

Terje Hagen redegjorde for arbeidet med en helt ny finansieringsmodell for helsevesenet som skal implementeres allerede i 2004. Mandatet var å lage en enhetlig finansiering som understøtter den statlige styrings- og eier-modellen. Videre var det viktig å etablere skiller mellom bestiller og utfører rollen i det regionale helseforetak og å stimulere til bruk av private tjenester. Pasientenes rettigheter skulle styrkes, mens bevillingens størrelse ikke var tema. Den nye finansierings ordning styrker de regionale helseforetak ytterligere som avtalepartner for alle helsetjenester i regionen. Poliklinikk takster og skyss og laboratorie godtgjørelser skal også via RHF. Man ønsker å videreutvikle DRG systemet til å omfatte poliklinikker og dagkirurgi i løpet av noen år, med mindre fokus på betaling for

enkelttjenester og sterkere fokus på diagnoser og behandlingsløp. Private aktører skal ha avtaler med RHF og kunne konkurrere om henvisninger på like linje med offentlige. Helsemidler til utlandet avvikles. Stortinget skal fremdeles vedta rammer for totalfinansiering og disse skal fordeles til de fem regionale helseforetakene basert på alderssammensetning og reiseavstander innen regionen. Man skal definere rammer for aktivitet som skal dekkes innen finansieringssystemet og således i ettertid kunne definere under-finansiering til forskjell fra dårlig produktivitet. Forskning og undervisning skal også styres via RHF på kontrakt basis.

Impulser fra utlandet vedrørende kvalitet innen dagkirurgi:

Klaus Toftegård redegjorde for kvalitetsarbeidet i Danmark, hvor man har et sentralt pasientregister for alle pasienter på sykehus, der det registreres en rekke parametre. For dagkirurgi har man definert 51 nøkkelinngrep som man studerer og hvor andel dagkirurgi er et element. Det er fremdeles store svingninger i andel mellom de forskjellige danske fylker, som er finansieringsenhetene i Danmark. I Danmark er det utbygd et

system med behandlingsgaranti innen 2 mnd. hvor man kan gå inn på en web-side og se på ventetider og antall behandlinger gjort ved de forskjellige sykehus. Etter hvert skal dette også bygges ut med register over pasienttilfredshet. Man arbeider med å akreditere danske sykehus etter en modell av HQS fra Storbritannia. Videre er det planlagt et prosjekt med detaljert kostnadsanalyse av tonsillektomi og laparoskopiske galleoperasjoner hvor man skal se på dagkirugiløp versus inne-liggende løp.

Paulo Lemos fra Portugal gjennomgikk konkrete kvalitetskriterier hos dagkirurgiske pasienter. Han diskuterte begrepet pasient tilfredshet, som ikke nødvendigvis behøver å bety kvalitet. Tilfredshet hos pasienter kan relateres til forventning, hvor man har høy grad av viten; eller håp, hvor grad av viten er lavere. Av kriterier som pasienten selv legger vekt på, nevnes: grei tilgjengelighet av tjenester, vennlig stab, god informasjon, fravær av smerte og kvalme, og følelse av ikke å bli sent fortidlig hjem. I kvalitetsarbeidet kan man bruke intervju metoder direkte overfor pasientene. Dette kan ofte være tidkrevende og subjektivt, men teknikken er god på å definere problemområder. Spørreundersøkelser via brev gir

rimelig høy svarrate men en del data vil mangle; i motsetning til telefonintervju hvor svarprosenten er lavere men datakvaliteten bedre. For å få best mulig objektivitet er det optimalt om noen utenfor enhetene eller virksomheten organiserer og henter inn data fra pasientene. Spørreskjemaer bør være korte, men ha noen åpne spørsmål for ta spesielle ting man ikke har tenkt på. Det er viktig også å spørre pårørende, ikke bare pasienten selv, om kvaliteten. Tidspunkt kan diskuteres; intervju rett etter inngrepet sier mye om struktur, prosess og forbigående kvalitetsproblemer mens senere intervju gir lavere svarprosent, men bedre kartlegging av endelig resultat. Man bør ha som mål en svarrate på minst 65 % og man bør ha minst 85% fornøyde pasienter i slike undersøkelser. IAAS har definert kvalitets kriterier knyttet til avlysning av inngrep, samt forekomst av reoperasjoner, innleggelse og reinnleggelse.

Frie foredrag:

Cato Lodding fra Get Medic redegjorde for et prosjekt med elektronisk booking, hvor alle allmennpraktikere direkte, via lokalt helsenett, kan booke pasienter inn til enkle kirurgiske inngrep. Som ledd i bookingen må journal- opplysninger overføres til syke-

huset og henvisende lege må printe ut instruksjoner og spørreskjemaer fra sykehuset som deles ut til pasienten på kontoret.

Henry Quaynor redegjorde for et prosjekt på Kongsberg, hvor pasienten får resept og retningslinjer for premedikasjon hjemme før avreise, etter at sykehuset har gjennomgått et skjema om egenhelse som pasienten har sendt inn. Premedikasjon hjemme er tidsbesparende og gir en preventive effekt og sparer sykehuset for noe utgifter til medikamenter. Pasientene premediserer seg med paracetamol og Vioxx hjemme, i enkelte tilfeller også OxyContin men dette ga en del kvalme, særlig når 20 mg dosen ble benyttet.

Marie Hysten Klippenberg fra Aker sykehus redegjorde for 66 dagkirurgiske pasienter hvor innleggelse av larynxsmaske i maveleie var foretatt med godt resultat sammenlignbart med en referansegruppe i ryggleie. Fordelen er at man sparer opplegg og snuing av pasient i narkose, noe som er tidkrevende. Resultatene underbygges av tilsvarende undersøkelser fra Volvat og Bærum hvor over 200 pasienter er systematisk studert uten komplikasjoner.

Nina Sorknes og Anne Karin Lindal redegjorde for et prosjekt ved Bærum sykehus, hvor man har

prøvd å kartlegge innsidens av overfladiske og dype infeksjoner etter dagkirurgi ved å sende ut et frankert spørreskjema 4 uker etter utskrivning. Man fant en lav og akseptabel rate av sår-infeksjoner, og skisserte et opplegg for å bruke dette i den rutinemessige kvalitetsregistreingen.

Michael Lundberg fra Ringerike redegjorde for et prosjekt med isobar lidokain 40-70mg blandet med 5µg med Sufentanil for artroskopisk kne-kirurgi. Bortsett fra innsidens på 50 % kløe, hvorav 5-10 % var kraftig, så er resultatene gode: god anestesi, kortvarig recovery og akseptabel innsidens av forbigående nevrologiske symptomer.

Terje Eide fra Bærum sykehus redegjorde for bruk av kvalmeskår prognostisk for å forutsi hvilke pasienter som trenger anti-emetisk profylakse. Erfaringene var at slik skår kunne brukes for å styre bruken av profylakse bedre. Samme gruppe redegjorde for bruk av OxyContin som premedikasjon, 20mg ved ACL

plastikk. De fant at dette ga bedre smertelindring og tendens til lave anestesi-behov under inngrepet, men noe økt forekomst av kvalme etterpå.

Hjertekarsykdommer og dagkirurgi; ved Bjørn Bendz :

Foredragsholder poengter betydningen av å unngå dagkirurgi hos høyrisikopasienter for hjertesykdommer og lungesykdommer. Dette omfatter pasienter med infarkt ferskere enn 4-6 uker, ukompensert svikt, (ejeksjonsfraksjon under 35 %) ustabil angina, og alvorlig hypertensjon definert som trykk over 180/110. Marevan pasienter bør individualiseres, optimalt er INR verdi mellom 1,8 og 2,0. Ved arytmier og aortaflimmer er frekvenskontroll like bra som å konvertere arytmien, hvor det ofte skjer residiv. Av objektive tester er trappegang over 2.etg like bra som ergometer-sykling; som så langt er den beste og enkleste objektive testen. Ejeksjonsfraksjonen kan testes ved ultralyd og eventuelt isotop teknikk,

dette er nokså nytt. Et hjelpemiddel i fremtiden kan være stresstest med dobutamin.

Mens acetylsalisylsyre virker 7-14 dager etter seponering så er de nye platehemmende (eks. Plavix) som brukes ved stenting, aktive i minst 4 uker og disse pasienten blør kraftig ved akutt kirurgi i denne perioden. Ultra lavmolekylært penta-heparin er underveis til markedet, men foreløpig kostbart. Det er vist at betablokade som premedikasjon til pasienter med risiko for hjertekarsykdom reduserer mortaliteten. Dette må imidlertid trolig gis hele uken før og etter for å ha fullgod effekt. Pasienter med KOLS utgjør en stor risiko, særlig med tanke på postoperativt forløp, FEV-1 mindre enn 50 % av forventet og oksygenmetning under 90 % i hvile er alvorlig risikofaktorer.

For øvrig henvises det til nettsidene www.nordaf.no for detaljert gjengivelse av av overheads og powerpoint presentasjoner fra en rekke av foredragene under møtet.

Kommende møter:

Moderne brystkreftbehandling - Fra diagnose til etterbehandling.

Ullevål Universitetskehus, Dagkirurgisk Senter avd. S arrangerer

Symposium lørdag 25.oktober 08.30-16.00

Påmelding: 15.sept 2003 Deltageravgift kr 1000,-inkl lunsj

For nærmere opplysninger: tlf 23015159 E-mail: laila.eide@ulleva.no

Målgruppe: Leger og sykepleiere med interesse for brystkreft

Søkes NSF om godkjenning med 7 timer for klinisk spesialist

Volvats dagkirurgiske seminar 2003 (Foreløpig program)

STED: GSK GLAXOSMITHKLINE, Forskningsveien 2 A, Vinderen, Oslo

DATO: 15.November 2003, 09.00 – 15.00 (registrering starter kl 08.00).

”Utfordringer ved dagkirurgisk virksomhet”

- Elektronisk pasientbookingsystem
- Direkte booking av pasienter til operasjon?
- Aktivitetsregistrering på data som planleggingsverktøy

PAUSE med besøk hos utstillerne, samt servering av kaffe og kaker.

- Teamarbeid – profesjonssamarbeid i praksis
- Pasientflyt – med eller motstrøms
- Larynxmaske i mageleie – videodemonstrasjon

LUNSJ med besøk hos utstillerne

- Narkose til eldre pasienter – like trygt som regionalanestesi?
- Urologisk dagkirurgi - poliklinikk eller op.stue ?
- Skulderkirurgi som dagkirurgi – forutsetninger og muligheter
- ”Sånn kan det gjøres!” – video
-

Påmelding til: Gabriella Backstrøm tlf 22957568 E-post: gabriella.backstrom@volvat.no

Heidi Muri tlf 22957639 E-post heidi.muri@volvat.no

Kursavgift: kr 1200,- **Påmeldingsfrist.** 1. oktober

Vi minner om:

Norsk Dagkirurgisk Forums vintermøte 16. Og 17 januar 2004

Soria Moria konferansesenter, Oslo

Program vil bli tilsendt medlemmene, men det vil også etter hvert bli lagt ut på vår hjemmeside www.nordaf.no

Vi gjør oppmerksom på at vi også legger opp til "frie foredrag".

Så bruk sommervarmen til planlegging!

Det tradisjonelle "Ullevålseminaret" vil bli avviklet for fjerde gang! – lørdag 24. april 2004

Dagkirurgisk seminar i regi av Dagkirurgisk senter R, Ullevål sykehus vil bli avholdt 24. april 2004.

Hovedtema:

Etter 10 år som frittstående dagkirurgisk avdeling finner vi stadig nye utfordringer i hverdagen.

Hvordan kombinere faglige ambisjoner med personlig trivsel?.

Vi legger opp til hverdagsproblematikk og håper at også deltagerne kan komme med bidrag i form av 5-10 min innlegg. Kom og del din erfaring og viten. Her håper vi det blir flere gode ideer å få med seg for alle.

Kurset er godkjent til etterutdanning.

Nærmere program følger siden.

For langtidsplanleggerne:

6.th Internatinal Congress, Sevilla i Spania, april 2005.

Arrangeres av International Assosiation for Ambulatory Surgery

Linker:

- **IAAS** (International Association of Ambulatory Surgery):
>www.iaas-med.org
- **SAMBA** (The Society of Ambulatory Anaesthesia)
www.sambahq.org
- **"Ambulatory Surgery"**
(tidsskriftet) <http://www.elsevier.com/inca/publications/store/3/0/3/8/8/>
- **Association Francaise de Chirurgie Ambulatoire:**
www.afca-iaas.org
- **Dansk Dagkirurgisk Forening:** www.dsdk.dk
- **Dansk Selskab for dagkirurgi:**
<http://www.ambkir.suite.dk/>
- **Dagkirurgi England:** <http://www.bads.co.uk/journal.htm>
- **EuroSIVA** (organisasjon for intravenøs anestesi i Europa) [EuroSIVA](http://www.eurosiva.org)
- **Svensk dagkirurgi:** www.dagkir.nu

Informasjon om Norsk Dagkirurgisk Forum, 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 i Norge i faglige, organisatoriske og økonomiske spørsmål. Videre skal det være et rådgivende organ overfor myndigheter og enkeltpersoner/institusjoner samt bindeledd til internasjonalt dagkirurgisk organisatorisk arbeid.

Vi arrangerer et årlig vintermøte, utgir nyhetsbrev, deler ut stipendier og har ambisjoner om å bli et knutepunkt for arbeidet med å utvikle dagkirurgi videre i Norge. Vi er gjerne behjelpelige ved arrangering av lokale kurs rundt i landet.

Nordaf er medlem av International Association of Ambulatory Surgery (IAAS) som driver internasjonale prosjekter for standardisering, kvalitetsikring og fagutvikling innen dagkirurgi.. I tillegg arrangerer de verdenskongress 2 hvert år og utgir tidsskriftet "Ambulatory Surgery".

Vi ønsker alle våre lesere god sommer!

Nordafs styre:

Styreleder **Johan Ræder**, Anestesiavd. Professor Ullevål universitetssykehus HF.
Mail: johan.rader@ioks.uio.no

Kasserer **Terje Dybvik**, Volvat Medisinske SenterOslo- overlege anestesi
Mail: terje.dybvik@volvat.no Tlf 22957500

Eugen Eide, Regionsykehuset, St Olavs Hospital HF, Trondheim- Overlege ortopedi
Mail: Eugen.Eide@rit.no

Inge Glambek, Overlege Dagkir.avd, Haraldsplass, Bergen.
Mail: inge.glambek@haraldsplass.no

Dorte Solnor Gulbrandsen, Daglig leder, Dagkirurgen, Rikshospitalet Oslo
Mail: dorte.solnor.gulbrandsen@rikshospitalet.no

Toril Johnsen, Avdelingsleder/overspl. Dagkirurgen, Universitetssykehuset Nord Norge HF Mail: torild.johnsen@rito.no Tlf 77627418

Jørgen Nordentoft, Bærum Sykehus HF, anestesilege
Mail: jnordent@online.no

**Unni Naalsund, Dagkirurgisk Senter R, anestesisykepleier
Ullevål universitetssykehus HF** Mail: unn-naal@online.no Tlf 22119908

Redaksjonelt:

Vi tar mer enn gjerne i mot stoff fra våre lesere til nyhetsbrevet. Det kan være en artikkel, rapport eller referat fra et møte eller kongress, rapport fra et studiebesøk eller en bokanmeldelse. Vi oppfordrer også innstendig alle som har lest en ny artikkel om å sende inn en E-mail med et kort notat om dette til redaksjonen. Notatet bør inneholde fullgod referanse, kort norsk sammendrag, gjerne med en personlig kommentar. Men kommentarer kan også overlates til redaksjonen.

Honorar: Innlegg av et visst omfang eller størrelse honoreres med kr 500-1000.- så her er bare å gripe pennen fatt!

Stoff til Nyhetsbrevet kan sendes til Redaktør Unni Naalsund,Ullevål univ.Sykehus Tlf 22119908
E-mail unn-naal@online.no
Eller Styreleder Johan Ræder,anestesiavd Ullevål univ.sykehus Tlf22119690 E-mail
johan.rader@ioks.uio.no

