

Lindealleen utenfor Haraldsplass feller bladene. Det betyr:

Vintermøtet nærmer seg med stormskritt – Bli med inn i den dagkirurgiske varmen 9.-10. januar 2009! Det er fortsatt plasser igjen... www.nordaf.no for påmelding og program.



Innhold:



Hvordan står det til med dagkirurgien i Norge



Vi som jobber med kvalitetspreget, effektiv pasientbehandling i dagkirurgiske behandlingslinjer daglig- i offentlig som privat regi - synes vel at det går ganske godt.

I SINTEF sin rapport fra 2007 (Sektorrapport for somatisk spesialisthelsetjeneste 2006-A2153) ses der på utviklings-trekkene i perioden 2002 til 2006. Der er fokus på kvantitative og økonomiske momenter. **Alle** typer innleggelse og dagkirurgi.

- Fra 2002 til 2006 økte kostnadene i den angitte sektor fra 45,1 til 53,4 Mrd. kroner målt i faste

2006 priser. Dette tilsvarer en økning på 18 %.

- Korrigert for nye oppgaver har kostnadsveksten i perioden sett under ett vært lavere enn aktivitetsveksten, målt både i opphold og DRG-poeng.
- I perioden økte antall årsverk samlet med 5 %. For legegruppen var økningen 15 % (sannsynligvis primært drevet av nye overenskomster og nye faglige oppgaver i perioden, særlig i 2004-05 og i alle regioner). I 2005- 06 er økningen størst i sykepleieårsverk (i 4 av 5 regioner).
- I 2006 ble der registrert 24 % flere sykehusopphold enn i 2002. Dagopphold inklusive diverse medisinske, elektive behandlinger økte mest (med 52 %) og døgnopphold med 12 %. Elektive kirurgiske dagopphold (økte med 21 %) har en langt sterkere vekst enn elektive kirurgiske døgnopphold (2 %) i perioden.
- Innenfor dagopphold ble der produsert ca. 44.000 flere DRG-poeng i 2006 enn i 2002.
- Aktiviteten ved private, kommersielle sykehus hadde en markant økning til 2004, deretter er der en klar stagnering og tilbakegang (Soria Moria-erklæringen).
- Sykehus med omfattende universitetsfunksjoner hadde en nedgang i kostnadseffektivitet fra 2003-06, andre sykehus hadde en økning.
- Der er store regionale forskjeller når det gjelder aktivitet og ressursinnsats. Helse Midt og Nord har hatt den største økning i personellinnsats og sterkeste prosentvise kostnadsvekst i perioden. Sistnevnte har vært større enn aktivitetsveksten i de 2 nevnte regioner.
- Der er til dels store forskjeller i den dagkirurgiske aktivitet (og tilbud om dagkirurgi?) innenfor forskjellige operasjonstyper i de forskjellige regioner i Norge.

Det er fortsatt vanskelig å få helt eksakte tall for andel dagkirurgi av samtlige elektive, kirurgiske inngrep i Norge, men for 2007 antar vi, at det ligger omkring 60 – 65 %. Ved forsøk på sammenligning med internasjonale tall er der en del fallgruver p. g. av definisjoner på ikke bare det dagkirurgiske begrep, men også på, hva der er en 'kirurgisk operasjon'. IAAS har forsøkt et standardiseringsarbeid for å øke muligheten for direkte internasjonale sammenligninger på dagkirurgifrekvens.

På vintermøtet 9. – 10. januar vil den aktuelle og fremtidige situasjon for dagkirurgien i de forskjellige helse-regioner komme i fokus (se program).

'Behandlingslinjer'

Forståelsen og interessen for, samt betydningen av,

'Behandlingslinjer' = 'Behandlingspakker' = Clinical Pathways er sterkt økende i helse-Norge. Helse-Sør-Øst har et omfattende program i gang for å skjerpe interessen for disse behandlingslinjer på helseforetaksnivå. Veldefinerte prosesser og samhandling på evidens-basis-nivå fra henvisende lege til sluttbehandlet pasient har avgjort også sin plass i dagkirurgien.

Tidsskriftet vil i et kommende særnummer ha fokus på også denne dimensjon av dagkirurgien.

Vi skal nok ikke regne med å få så veldig mange flere økonomiske ressurser i helse-Norge de kommende år. Vi blir nok bedt om å øke effektiviteten via smartere metoder, bedre logistikk og samhandling.

IAAS (International Association for Ambulatory Surgery)

IAAS sitt arbeid med nye initiativer og organisatorisk nødvendige forandringer for å møte utfordringene i en fremtid som allerede er begynt, er i full gang. Presidenten i IAAS vil på vintermøtet orientere om dette – se også artikkelen i dette nummer.

Valg til styret

Velkommen i øvrig til generalforsamlingen med valg til styret på vintermøtet. Vi skal ha minst 2 nye styremedlemmer og venter på **DIN** henvendelse og engasjerte medvirkning til å løfte dagkirurgien videre inn i fremtiden.

Håper å se deg på vintermøtet i januar!

Jørgen Nordentoft, leder Nordaf

Vil du bli medlem i Nordaf?

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

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

tilsendt nyhetsbrevet et par ganger i året.

Info finnes også på våre nettsider www.nordaf.no



HOSPITERING PÅ DAGKIRURGISK AVDELING

3. APRIL BÆRUM SYKEHUS OG 4. APRIL MARTINA HANSENS HOSPITAL

Ved Kjellrun Løken Larsen, Anestesisykepleier, Lillehammer.

Etter tildeling av Nordaf stipend på vintermøte 2008, fikk jeg muligheten til å besøke en dagkirurgisk avdeling som vi kunne sammenligne oss med. For å få større utbytte av turen, inviterte jeg med en kollega, Kari Olaug Bjerke, som jobber som anestesisykepleier på anestesiavdelingen ved sykehuset.

Til daglig jobber jeg ved dagkirurgisk oppvåkning. Høsten 2008 åpnes det ny dagkirurgisk enhet her på sykehuset. Målet med turen var å se på utstyr, og logistikk i avdelingene, for å få tips til vår nye enhet. Turen gikk til Oslo, og der fikk vi besøkt to avdelinger på samme tur.

Første dagen gikk turen til Bærum sykehus.

DAGKIRURGISK ENHET, BÆRUM SYKEHUS

Pasientkategorier: Ortopedi, Gynekologi og Gastrokirurgi.

Antall pasienter pr. dag: 12–16
Åpningstid: 7.30 – 17.00 i 3 dager, 7.30 – 18.00 en dag og 7.30 – 15.30 en dag

Pasientene kom først til et eget omkleddingsrom med låsbare

skap. Der fikk pasientene morgenkåpe og tøfler og satt på venterom til de ble innkalt til operasjon. Bårer fikk de først da de ble kjørt til oppvåkningen.

Anestesi er her TIVA og lokalanestesi. Tilbake etter operasjon fikk pasientene drikke med en gang. Det ble også servert litt mat før pasienten reiste hjem etter en time. Etter laparoskopisk galle kunne pasienten dra hjem etter 4 timer.

Oppvåkningenheten var nettopp utvidet og pusset opp, og var lys og trivelig, med nye liggestoler og nye sengebårer, noe som var av interesse for oss. Så der fikk vi en del tips og råd som var nyttig å ta med seg. Oppvåkningen var bemannet med 3 spesialsykepleiere som hadde forskjellig arbeidstid. En sykepleier var koordinerende og det fungerte bra. Det var en velorganisert og effektiv avdeling med kort liggetid. Pasienter som da ikke kunne reise hjem, ble innlagt. Pasientene ble henvist fra primærlege og direkte til dagkirurgisk avdeling, likevel var det lite strykninger. Da vi var på besøk var det 2 operasjonsteam.

Legene og det øvrige personalet var til stede til en hver tid, derfor lite venting for å få pasientene hjem. Det var en rolig og god atmosfære i avdelingen. Vi ble godt mottatt av en hyggelig avdelingssykepleier og det øvrige personalet som viste oss rundt og orienterte og svarte på alle våre spørsmål. Vi takker for et hyggelig og interessant besøk.

Neste dag gikk turen til

MARTINA HANSENS HOSPITAL

Pasientkategori: Ortopedi

Her gjøres ca 2350 dagkirurgiske operasjoner pr. år: Antall pasienter pr dag: 12 – 14. Det var 2 operasjonsstuer og 2 team. Driftsmessig var avdelingen delt mellom kirurgi og anestesi. Avdelings- sykepleier hadde ansvar for driften av Dagkirurgen og oppvåkningenheten.

Anestesisykepleierne rullerte med 3 uker og var underlagt anestesiavdelingen. Av operasjonssykepleierne var 3 faste mens noen rullerte og var underlagt kirurgisk avdeling.

Avdelingen hadde egen ekspedisjon. Der var det alltid en sykepleier som tok i mot pasienten og ordnet det praktiske. Fint å ha en sykepleier der som kunne svare på alle henvendelser.

Type operasjoner:

Arthroscopi av kne og skulder, hallux valgus, artrose, hammertå, Dupuytrens kontraktur, triggerfinger, scopier av ankel albue og håndledd, eksostoseavmeisling

Anestesi type: Mest brukt var TIVA, lokalanestesi, ankelblokk, aksillær plexus. Liggetiden var kort: 1-2 timer

Oppvåkningenheten

består av rom med plass til 5 bårer som var lette og fine, og et rom der det var 3 nye fine liggestoler. Lokalene var lyse og fine. pasienten fikk tepper og varme-flasker etter operasjonen. Varmeflasker var smart, for pasientene blir ofte kalde etter operasjon.

Pasienten fikk smørbrød og drikke før hjemreise. Oppvåkningen var bemannet med 4 sykepleiere og hadde åpningstid fra kl 07.00 – 18.00. De pasienter som ikke var klare til hjemreise kl 17 ++ ble innlagt.

Oppholdsrommet var spesielt stort og fint. Der fikk vi servert nydelig lunsj av en hyggelig avdelings-sykepleier som for øvrig også viste oss rundt. Stemningen var lett og avslapper og vi ble svært godt mottatt. Alle pasienter ble ringt til dagen etter av sykepleier.

Vi var også så heldige å få hilse på Nordafs nye leder Jørgen Nordentoft (Bildet)



Besøk på Martine Hansen

Tvil ble til tro

Dagbehandlings start og utvikling ved Sykehuset Innlandet Elverum Ved Eli Lundemo Øieren, intensiv sykepleier, kirurgisk dagbehandling SI Elverum



Inger Johanne Nordby

Kirurgisk dagbehandling på Sykehuset Innlandet Elverum startet opp i 1986. Inger Johanne Nordby var med fra starten og fungerte som avdelingsleder til 2004.

Nedenfor forteller Nordby om ideen, starten, utviklingen, utfordringene de møtte underveis og tanker hun har om dagbehandling i fremtiden.

”Idé og igangsetting av dagkirurgi (som det het den gangen) kom i 1986 av avdelingsoverlege Jan Helge Solhaug. Det ble

utlyst stilling, uten respons, og jeg ble spurt om jeg kunne tenke meg denne jobben.

Vi fikk 2 rom i mottakelsen hvor vi skulle ta i mot 4 pasienter. De aller første ”prøvekluter” var varicer, operert i spinalbedøvelse.

Utfordringene sto i kø. Nesten ingen leger turte la pasientene være dagpasienter, og det var ikke så rart. Kongsberg var et av de første sykehusene med dagkirurgi, og dette var en helt ny tankegang.

Mens kirurgene kom på gli (sikkert presset av Solhaug), var anestesien skeptisk på grunn av lang vei til operasjonsstuene. Veldig få var positive på dette stadiet og hjelp fra mottakelsen var ikke forutsigbart. Jeg følte meg ensom i jobben på dette tidspunktet.

Etter hvert kom øyeavdelingen med cataract pasienter, øre-nese-hals avdelingen med operasjoner i lokalanestesi, og gynekologisk avdeling med

enkle inngrep. Avdelingene fikk tildelt sine dager.

Da dette gikk så bra, fikk vi i 1989 egne lokaler i 2 etg. Antall sengeplasser steg til 10, og vi hadde nå fast personale og ordnede vaktlister.

Skopi av ledd og abdomen kom så for fullt, og det var en revolusjon for dagbehandlingen. ”Lette”, nye narkoser gjorde at liggetiden ble kortere. Vi fikk etter hvert til en effektiv arbeidsrutine og legene måtte også skjerpe seg.

Pasientene var hele tiden i fokus. Vi fikk laget informative innkallingsbrev som sparte oss for tid om morgen når medisiner etc. allerede var fylt ut. Vi informerte pasientene godt mens de var på avdelingen, og fulgte opp med telefonkontakt dagen etter. Resultatet var at de aller fleste av pasientene synes dagbehandling var greit.

Dagbehandlingen ble etter noen år ettertraktet og flittig benyttet. Tvil ble til tro hos de fleste, og de 10

sengeplassene ble ofte benyttet 2 ganger per dag.

Jeg har aldri vært i tvil om at dagbehandling er riktig og ressursbesparende for en

”frisk” pasient som har et nettverk. Infeksjonsfaren er mindre med et kortere opphold, og de aller fleste har det best hjemme.

Jeg er stolt over at jeg fikk tilliten til å starte dagkirurgi på Elverum.”

Vil du bli medlem i Nordaf?

Send en e-post til Kristin Solstad: kristin@ksci.no . Hun driver KS Conference & Incentiv som er vår samarbeidspartner. Medlemskapet koster fortsatt bare kr. 100,- per år og det vil gi deg fortrinnsrett til kurs, stipendier etc. Du vil også få tilsendt nyhetsbrevet et par ganger i året.

Info finnes også på våre nettsider www.nordaf.no

Rekordmange reisestipender på vintermøtet

Nordafs reisestipender på kr 5000 skal utdeles på vintermøtet. Tre slike stipender er øremerket reise til Brisbane i 2009, tre utdeles uten spesifisert reisemål. Søknadsfristen for alle disse stipendiene er 20. desember. I tillegg trekkes et reisestipend på kr 10 000 øremerket Brisbane blant medlemmer som deltar på festmiddagen.

Søknadsfrist 20. desember, ellers er det bare å være tilstede på vintermøtet!



Norsk Dagkirurgisk Forum
NORDAF

Program Vintermøte 2009

CLARION OSLO AIRPORT HOTEL, GARDERMOEN - 9. - 10. Januar 2009

9.00 - 10.00: Registrering. Besøk våre utstillere. Kaffe og rundstykker

9.40 - 9.50: Offisiell åpning av utstilling (i utstillingslokalet)

10.00 - 10.05: Åpning v/leder i NORDAF (J. Nordentoft, Martina Hansens Hosp.)

10.10 - 12.00: Spesialisthelsevesenet nu og i fremtiden.

Møteledere: Terje Dybvik og Jørgen Nordentoft

10.10 - 10.40: Status og planer for dagkirurgi i HelseSør-Øst i forbindelse med Hovedstadsprosessen.

Viseadm. dir. Mari Trommald, HelseSør-Øst, RHF

10.40 - 11.05: Status og planer for dagkirurgi i Helse-Nord.

Adm. dir. Lars Vorland Helse-Nord, RHF

11.05 - 11.30: 'Dagkirurgi som butikk - praktiske problemer sett fra virkeligheten'.

Overlege Inge Glambek, Kir. avd. Haraldsplass Diakonale sh, Bergen

11.30 - 12.00: Diskusjon

12.00 - 13.30: Lunch. Besøk utstillere.

13.30 - 15.00: International perspective.

Møteleder: Jørgen Nordentoft, Martina Hansens Hospital

13.30 - 13.45: Orientering om IAAS initiativer. Dr. Claus Toftgaard, Danmark., President, IAAS (International Association for Ambulatory Surgery).

13.50 -15.00: Hvorfor skal (må) pasienten være innlagt i sykehus? Proff. Henrik Kehlet, Rigshospitalet, København

15.00 - 15.15: Diskusjon

15.15 - 15.45: Pause. Besøk våre utstillere.

15.45 - 16.45: Dagsaktuelle tema:

Pro et Contra: NSAID's og glukokortikoider til perioperativ smertebehandling av ortopedkirurgiske pasienter: Anbefaling av utstrakt rutinemessig bruk.

Møteleder: Jørgen Nordentoft, MHH

15.45 - 16.10: **Contra:** Ortopedkir. overlege Sigbjørn Dimmen, Ullevål.

16.10 - 16.35: **Pro :** Anestesilege, professor Johan Ræder, Ullevål

16.35 - 17.00: Diskusjon

17.00 - 17.45: Generalforsamling med valg til styret. Ordstyrer: Unni Naalsund.

19.30 – 20.00: Aperitif i forhallen

20.00 – 01.30: Festmiddag med underholdning og dans..

Lørdag 10. januar 2009

8.30 - 9.15: Når ting går galt – Hva kan vi lære?

Møteleder: Berit Karin Helland, AHUS og Inge Glambek, Haraldsplass Diakonale Sykehus, Bergen.

-9.15 - 9.35: Pause. Besøk våre utstillere.

9.35 - 10.00: Hvorfor virker lokalanalgesi best på private sykehus???

Møteleder: Terje Dybvik.

10.00 - 11.00: Ingvard Wilhelmsen: 'Sjef i eget liv...'

11.00 - 11.30: Pause, Utstillingsbesøk

11.30 - 13.00: Frie foredrag (a 10 min)

Ordstyrere: Eli Lundemo Øieren, Elverum / Eugen Eide, St.Olavs Hosp., Trondheim.

**13.00: Lunch (for dem som har bestilt og betalt for dette)
Kom vel hjem!**

To nye spennende nett for lyskebrokkoperasjoner

Inge Glambek, Haraldsplass Diakonale sykehus

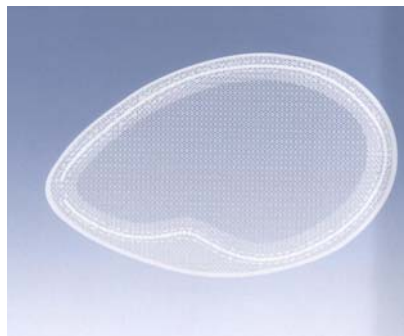
I 1990 ble 98 % av alle lyskebrokkoperasjoner gjort som en eller annen plastikk – uten nett. Mest vanlig var Bassiniplastikk som utgjorde ca. 60 % av plastikkene. I 2001 var 70 % av operasjonene gjort med nett, og i 2007 var forholdet snudd helt: over 90 % av lyskebrokkoperasjoner gjøres nå som nettplastikk. Og dermed var det klart for et stormløp fra produsentene om markedets gunst.

Etter at Irving Liechtenstein hadde lansert sin plastikk med et enkelt nett, kom flere produsenter med ulike nettyper og ikke minst tykkelse, maskestørrelse og materiale. Så kom Bard med sin plugg, så etter hvert Ethicon med PHS og senere UHS dobbelt-nett. Resultatene bedret seg radikalt med tanke på residivfrekvens som før nettenes tid lå opp mot 20 % de fleste steder.

Smerteproblemene var imidlertid de samme som før; Ca 11 % av opererte pasienter har etter et år betydelige smerter i operasjonsområdet. Fokus er nå derfor flyttet fra problemene med residiv til problemene med smerter. Det er mange teorier omkring disse smertene. Skade

på nervene, skjulte latente residiv, iskjemiske smerter og nettkontraksjon er noen. Kanskje er suturene skadelige på minst to måter – både ved å klemme på en nerve eller ved å lage små områder med iskjemi i selve suturen. Jeg skal ikke dvele ved dette, bare si at jeg selv tror suturene betyr noe, både hvor og hvordan vi setter dem. Derfor er det spennende med to nye nettplastikker der suturene er minimale eller helt fraværende.

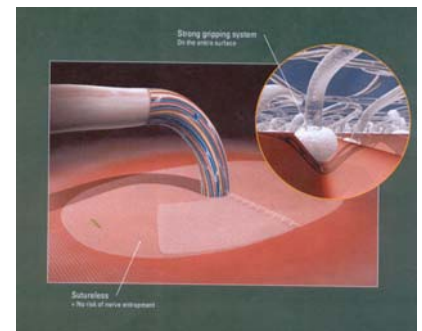
Polysoft



Er et nett fra Bard. Det skal ligge subfascielt og preperitonealt, og legges inn gjennom en oppklippet fascia transversalis. Dette er lettest ved mediale brokk, men kan godt gjøres også ved laterale. Selv har jeg det siste året lagt inn ca 60 sårne, da bare ved mediale brokk. Her klippes jo brokksekken rundt – gjennom fascia transversalis – og invagineres. Da er det

enkelt å plassere nettet godt utstruktet under fascien med fingrene eller ved å forsiktig dytte inn en fuktet kompress først. Jeg bruker dette ved mediale brokk fordi lyskekanalens bunn er ødelagt ved disse brokkene, og da etter min mening er ekstra viktig å ha en støtte under fascien. De eneste suturene som brukes her, er et par suturer som tar tak i nettet samtidig som transversalisfascien lukkes over nettet

Parietene Progrip



Er et nett produsert av Covidien. Dette er et selvklebende nett, som et slags borrelås med hurtig absorberbare ”borrer” formet som små kuler på stilker. Dette nettet legges i prinsippet som en Liechtensteinplastikk rundt funikkelen, men presses bare ned mot internus/transversalis. Helt uten suturer. Jeg bruker nå disse nettene på laterale brokk, der lyskekanalens bunn er

ubeskadiget og etter min mening ikke bør røres. Dette nettet er helt nytt, jeg har brukt det på ca 100 laterale brokk i år og er veldig fornøyd. Så gjenstår det å se på resultatene – både med tanke på smertene og på residivfrekvens. Jeg registrerer dette fortløpende og vil neste år forhåpentligvis kunne telle opp.



Forum for brokkirurgi

Er en relativt ny interessegruppe opprettet av Norsk forening for gastroenterologisk kirurgi. En av våre oppgaver er å i verksette studier rundt ulike typer brokkirurgi, i tillegg til å informere om nyheter innen dette viktige feltet. Nesten 80 % av alle lyskebrokkoperasjoner i Norge gjøres som dagkirurgi. Det er viktig at de dagkirurgiske miljøene også er aktive i klinisk

forskning etter hvert som store sykdomsgrupper flyttes over på mer produksjonsfokuserede enheter som jo dagkirurgiske sentra ofte er. Hvis noen er interesserte i å være med i Forum for brokkirurgi, ta kontakt med Brynjulf Ystgaard (leder), Arne Seternes, Odd Mjåland, Line Schjøtt-Iversen eller undertegnede.



Husker du på vintermøtet 9-10. januar 2009?

Hovedstadsprosessen – Hva med dagkirurgi?

Johan Ræder, Anestesiavd Ullevål Universitetssykehus / UiO, Oslo



I forbindelse med sammenslåingen av Helse-Sør og Helse-Øst til Helse Sør-Øst så er det igangsatt en omfattende prosess med å samordne og effektivisere institusjonshelsetjenesten i og rundt Oslo. Imidlertid så er det nesten påfallende hvor lite som er sagt om dagkirurgi underveis i denne prosessen. Det foreligger heller ingen styrings signaler til aktørene i prosessen fra Helse Sør-Øst på hvordan dette er tenkt løst. Selv om mye av denne usikkerheten kanskje utløses etter avsluttende styremøter i Helse Sør-Øst nå på tampen av året, så kan det likevel være nyttig å se litt på forskjellige hensyn og scenarier i denne sammenhengen. Det dreier seg tross alt om mer enn 60% av all elektiv kirurgi, målt i antall inngrep. Vi må unngå at dagkirurgi blir

en salderingspost som plasseres litt rundt omkring der det finnes ledig bygningsmasse og personell, etter at de store og spesialiserte sykehusoppgavene har fått sine gjennomtenkte løsninger.

Dagkirurgi drives i Oslo-området på egne enheter knyttet til de store sykehusene og delvis integrert med inneliggende kirurgi på både små og store sykehus. Dessuten finnes rene dagkirurgiske sykehus i offentlig eller privat regi. I fagmiljøet er man enige om at dagkirurgi drives best i separate enheter, driftsmessig adskilt fra øyeblikkelig hjelp og inneliggende pasienter. Argumentet for delvis å integrere dagkirurgi i annen sykehusdrift går mest på steder som er for små til å opprettholde drift av en fullt enhet gjennom hele uken, og som man av geografiske eller beredskapsmessige hensyn ikke ønsker å nedlegge. Dette argumentet burde være uaktuelt for hovedstadsområdet med

sin store befolkning og sine gode kommunikasjoner. Integrerte løsninger i Oslo-området kan likevel markedsføres ut fra at man allerede har en hensiktsmessig bygning og drift, eller at man har en smal spisskompetanse på et sykehus som ikke er stor nok til å forsvare fulltidsdrift av en dagkirurgisk enhet. Stabil sysselsetting av motivert fagpersonale og usikkerhet rundt omstillingskostnader kan også være argumenter for å opprettholde bestående løsninger.

Et viktig spørsmål er om de store universitetssykehusene skal drive med dagkirurgi, eller om de skal konsentrere seg om spesialiserte oppgaver og akuttmedisin. Et argument er at disse sykehusene er mer enn store nok, og at alt det som kan flyttes ut i sin helhet bør ligge andre steder. Spesialkompetanse til kirurger og anestesileger kan man benytte fleksiblet ved at de går vakter på de store sykehusene og så eventuelt har perioder

med tjeneste på mindre dagkirurgiske enheter annet sted. Det er en imidlertid argumenter mot dette. I dagkirurgisk sammenheng kan det være svært nyttig å ha et stort sykehus umiddelbart i ”ryggen” når man skal utrede eller behandle krevende pasienter eller når man av og til får komplikasjoner og behov for innleggelse. Dette gjelder særlig når man skal prøve å videreutvikle dagkirurgi til nye typer inngrep og nye pasientgrupper. En del pasienter ved de store sykehusene kan også ha dagkirurgiske behandlingsbehov i tillegg til sin primærlidelse. Både for pasient og behandlerkontinuitet kan det derfor være hensiktsmessig med dagkirurgiske enheter der pasienten er. Det samme gjelder for pasienter som blir innlagt til spesialisert diagnostikk eller behandling og under prosessen viser seg å ha behov for et dagkirurgisk inngrep i stedet.

Det er også slik at undervisning og forskning i stor grad foregår ved de store sykehusene. Leger og sykepleiere under utdanning har behov for å se og lære om dagkirurgi, som etter hvert er blitt en såpass stor del av det kirurgiske behandlingstilbud. Dagkirurgi som fag har også behov for

den forskningskompetansen og de ressursene som forefinnes ved de store sykehusene for å kunne utvikle seg videre. Historien har vist at mange fremskritt innen dagkirurgi har sitt utspring i innovative forskningsmiljøer og spesialkompetente klinikere som er knyttet tett opp til en dagkirurgisk enhet ved et stort og allsidig sykehus.

Når dette er sagt så er det også slik at dagkirurgi trolig drives best i ikke altfor store enheter som kan lage tette og stabile team, godt skjermet fra all uro i en stor organisasjon. Med gode kommunikasjoner så er det få problemer med spesialutredning og evt. overflytting til eller fra helt separate dagkirurgiske sykehus som ledelsesmessig og geografisk ligger utenfor et sykehus med døgndrift. Når dagkirurgi blir hovedoppgaven til et sykehus, så kan det utløse ekstra entusiasme og engasjement i hele organisasjonen, siden man har færre andre prioriterte områder som stjeler energi og kreativitet.

Det er viktig at slike separate enheter sikres stabilitet når det gjelder oppgaver og finansiering, slik at man kan bygge opp stabile fagmiljøer og være

attraktive for helsearbeidere. Skjevhetene i dagens ISF og DRG system gjør at man må være ekstra nøye med hvilke økonomiske rammer som tildeles separate dagkirurgiske enheter og sykehus. I dagens system så er det slik at enkelte typer dagkirurgi er godt lønnsomt, mens annet er mindre lønnsomt. Dette krever godt ledelseshåndverk fra det regionale foretak både i å skreddersy rammebevilgninger og legge konkrete føringer for hva slags inngrep og aktivitet som ønskes i den enkelte enhet.

Uansett så er det ingen tvil om at dagkirurgi bør få en stor plass i den nye helseløsningen for hovedstadsområdet. Det er ingen grunn til at ikke Oslo området med sine geografiske, befolkningsmessige og fagmedisinske forutsetninger skal være noe annet sted enn i det internasjonale toppskikt når det gjelder drift og utvikling innen dagkirurgi.

Vi venter i spenning på Helse Sør-Øst!



NIFS Norsk Interesseseffag-gruppe For Sårheling

Litt reklame for en

viktig søsterforening.....

Inge Glambek

NIFS er en ideell organisasjon for helsearbeidere som er opptatt av eller arbeider med kroniske sår eller sårproblematikk. Organisasjonen er tverrfaglig og har 670 medlemmer fordelt utover hele landet. Medlemsmassen utgjøres hovedsakelig av leger, sykepleiere, hjelpepleiere, fotterapeuter og ortopedingeniører.

NIFS har som målsetting å øke helsearbeideres kunnskap om diagnostikk og behandling av sår, å stimulere til forskning innen området, samt å være tilstede som pådriver i den offentlige debatten når det dreier seg om sårproblematikk.

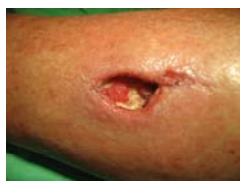
Den mest synlige virksomheten NIFS driver

med er det årlige 2-dagers fagseminaret som avholdes i forbindelse med generalforsamlingen. Disse seminarene har blitt veldig populære, og man tar for seg et nytt tema hvert år. Tema i 1998 var "Generelt om kroniske sår", 2000 "Venøse sår", "2001 Diabetes fotsår", 2002 "Trykksår /den syke sårpatienten", 2003 "Arterielle sår", 2004 "Diabetesfoten", 2005 "Venøse leggsår", 2006 "Når såret ikke vil gro", 2007 "Diabetesfoten - en utfordring for pasient, familie og helsetjenesten". Og i 2008 "Trykksår". NIFS driver også med undervisning i sårbehandling på ulike steder i landet.

Neste års seminar arrangeres i Bodø 5.-6.

februar 2009 på SAS Radisson Hotell. Temaet for dette seminaret er "Infeksjoner i Sår". Det blir forelesninger, men også mer praktisk tilrettelagte seksjoner. Mer informasjon om møtet og programmet finnes på Internett; www.nifs-saar.no, der en også finner informasjon om organisasjonen og sårbehandling generelt.

Medlemmer i NIFS får tilsendt bladet SÅR, som er det danske sårforeningens blad, men der NIFS har egne sider. I tillegg får medlemmer rabatt på seminarer arrangert av NIFS, og medlemmer kan også søke på NIFS stipender.



Sår er noe vi ikke liker, men må forholde oss til.....

Rapport fra den årlige amerikanske anestesikonferansen - ASA

Terje Dybvik, Ullevål Universitetssykehus

Jeffrey Applebaum:

Vanlige diskusjoner i voksen dagkirurgisk anestesi:

Han fokuserte fremdeles på å bypasse PO pga. kostnader. Dette medførte direkte kutt i antall personell og dermed besparelser. I hans egen dagkirurgisk enhet gikk 75 % nå til en "Step-down" enhet. De hadde gjort undersøkelse med Desfloran og Propofol, der de mente at psyko-motoriske tester var tilbake på utgangspunktet etter 30 – 40 minutter. Dette underbygget han med "SAFE-studien" som er Short Acting Fast Emergent (Anaesthesiology 2002), der dette også kunne utføres i det han kalte vanlige sykehus, ASA 1 til ASA 3 pasienter.

Henviste til oversiktsartikkel av Paul White og Kelhet (Anaesthesia and analgesia 2007), som han mente kanskje var den beste med hensyn til dette. Musikk gir betydelig redusert seda-

sjonsbehov ved regional anestesi.

PONV ble nærmest ikke nevnt, bortsett fra web-siden: sambahq.org hvor det var utgitt guidelines fra PONV i desember 2007.

Presset i USA er sterkt for å flytte pasienter mot dagkirurgi og evt. videre til Office Based anestesi/kirurgi for å spare penger. Mange føler at man strekker strikken både med hensyn til alder og ASA gruppering. Poengterte at sikkerheten alltid må være i første rekke.

God preoperativ evaluering (Ferschi, 2004) fører til bedre effektivitet, spesielt hos eldre med kompliserende lidelser. Correl: (Anaesthesia i 2006) viser at strykprosenten går ned. Holt (Anaesthesia og analgesia 2007) viste at det ble mindre forsinkelser, mindre problemer medisinsk. Spesielt lite problemer hos pasienter som har hatt lidelse over tid. Langt verre når det var nyoppståtte ting (kanskje spørsmålene skal hete:

"Hva har hendt siden sist?" Eller "Hvor lenge har du hatt disse lidelsene?") Dersom pasientene skal være godt fornøyde med preoperativ evaluering må man bruke mye tid, svare på spørsmål og sette seg godt inn i problemstillingene. Derimot kan man senke angsten bare med noen få minutters samtale og med det stressnivået og lavere mengde under induksjon som kanskje gir bedre oppvåkningsprofil.

Flere steder i USA benytter preoperativ samtale/skriving til å anbefale pasientene å røyke. Et abstrakt på ASA nå i 2008, viste at av alle de som ble oppfordret til å slutte, hadde 15 % sluttet å røyke 4-8 uker etter samtalen (Ingen sa noe om de hadde begynt igjen). I så fall var dette en svært viktig helsemessig gevinst for samfunnet.

Det var en kort diskusjon rundt lab testing. I USA viser undersøkelser at over 50 % av prøvene ikke sjekkes av verken av kirurg eller anestesilege før man anestesi/kirurgi.

Derfor; ingen rutine-testing, kun på indikasjon. Det var intet nytt rundt hjerte/kar utredning, bortsett fra behandling av pasienter med coronare stenter. Stadig flere har stenter. Det er 2 typer, medikamentavgivende og rene "metallstenter". Elektiv kirurgi bør ikke utføres de første 12 måneder etter at folk har fått en medikamentavgivende stent, mens hos de med rene metallstentene, bør man vente kanskje 9 -12 uker. Årsaken er en overhyppighet av tromboemboliske problemer og kardialet utfordringer dersom man ikke gjør dette. Ved øyeblikkelig hjelp skal acetylsalicylsyre kontinueres hos disse pasientene. Statiner skal kontinueres perioperativt. Et lite poeng rundt smertelindring; Capsaisin brukt til sårinfiltrasjon (Aasvang; Anaesthesia og analgesi, 2008) og viser at pasienten har lavere smerte i 4 døgn postoperativt.

Anestesiteknikk ble diskutert i forbindelse med overlevelse/ tilbakefall etter cancer-kirurgi. Mammacancer /mastektomi er vist at ved regionalanestesi har man færre tilbakefall enn når man bruker bare generell anestesi.

Ved coloncancer er det vist at epidural gir en høyning på kanskje 5

ganger av overlevelsesraten. Årsaken til dette mener man er, at i begge grupper får pasienten totalt sett mindre opioider. Både per og ikke minst postoperativt og ved sengeavdelingene. Opioider er vist å stimulere angiogenese (nydannelse av blodårer) som er en viktig faktor for metastasering og vekst av tumorvev. Kanskje skal vi evaluere anestetikkene som i dag benyttes ved enkelte inngrep, kanskje aller mest på brystkreftsiden?

Det er kommet en perifer opioidantagonist som ikke passerer blod/ hjernebarrieren som det sies skal være på markedet allerede fra 2008 (Jeg kjenner ikke til den). Dette kan være et alternativ ved opioidbruk, der man fjerner perifere effekter (angiogenese etc.) men fortsatt har sentral smertestillende effekt?

Propofolsituasjonen og endoskopi:

I vestlige land brukes i stor grad sedasjon under endoskopier, både øsofagus og colon endoskopier. Ved 2,2 mikrogram/ml av Propofol har opp i 80 % av pasientene våre dårlig og nedsatt hypoksisk ventilatorisk drive. Det kreves 2,5 mikrogram/ml Propofol for å ha en enkel undersøkelse for pasienten og undersøkeren. Dvs til enhver slik

sedasjon er man over terskelen for nedsatt ventilatorisk drive. Hvorfor kun anestesipersonell bør og skal utføre denne typen prosedyrer? Ved endoskopi er det vist at det ved øvre er det 1,3 % og nedre endoskopi 1,1 % risiko for kardialet komplikasjoner i forbindelse med sedasjon. Imidlertid er det nå kommet en artikkel fra Pampianco, (september, 2008, Gastro int. endoscopy), der man har brukt computerstyrt Propofol-sedasjon. Computeren styrer sedasjonen på bakgrunn av blodtrykk, puls og oksygenmetning, CO2-nivåetc. Sedasjonsnivået styres da opp og ned og computeren er som de nye defibrillatorene; talende og snakker til pasienten, og ber vedkommende om å trekke pusten. Studiene viste at man aldri hadde overdoser eller dyp sedasjon hos de som fikk den computerstyrte sedasjonen og at man brukte svært lave doser. Dette kan jo være en fremtidsrettet sak også på andre områder. (Fremdeles må anestesifolk være tilstede/ i beredskap i fall det tekniske svikter er mener jeg, men dette vil sikkert komme opp som en diskusjon)

Eisenach:

Mekanismer i medulla spinalis og transmusjon:

Henviser til ”Tracey and Manti, (Neuron 2007), en meget god oversikts - artikkel.

Fokus rundt postoperative smerter:

Etter kirurgiske inngrep ser vi en sekundær hyperalgesi rundt såret. Testing viser at det er samme elektriske signaler som sendes fra sårområdene, men at disse tolkes annerledes spinalt, og gir uttrykk for smerter i hjernen. Dette har man tatt til inntekt for at det skjer en sentral sensitivering i ryggmargen. Kirurgisk smerte blir mediert via Alfa-reseptor der vi har en Cox1/Cox2 hemmende effekt, mens kronisk inflammasjon og kroniske smerter i stedet gikk via NMDA reseptor (ketamin kan ha effekt) der Cox2 også hemmer, men ikke Cox1.

Det er fremdeles usikkert om perifer blokkade hindrer sentral sensitivering pga humorale mediatorer som man ikke får hemmet, eks, TNF Alfa og NGF, Interleukin 1-B. Den sentrale sensitiveringen går via mikroglia som aktiveres og slippes ut mediatorer, eks, Prostaglandiner etc. Et interessant fenomen rundt opioider er at når disse gies, så får vi initialt en smertedempende effekt, men når effekten går ut, så får vi en hypersensitivitetsfase

(akuttoleranse) som sannsynligvis også pga av at opioider aktiverer mikroglia-cellene. Man ser størst effekt av dette ved høye dose opioider per operativ. Svært høye doser perioperativt har også gitt økte postoperative smerter som kan forklares av denne modellen. Han advarte mot preoperative opioid fordi dette kan gi en økning smerter postoperativt av samme årsak. Det var gjort tester med NSAID spinalt (Ketrolac) som reduserer den spinale opioid induerte hypersensitiviteten.

Kommentarer rundt morfin epiduralt:

Ved somatiske smerter har disse god effekt, sannsynligvis fordi overføringen i bakhornet, i medulla spinalis er overfladisk. Derimot med viscerale smerter så har man sett at smertefibrene spres mye i medulla og går i et dypereliggende lag slik at man antar at morfin med sin lave løselighet ikke vil penetrere godt nok. Derimot vil Zufenta og Fentanyl kunne virke bedre.

Gir Postoperative smerter kroniske smerter ?

Ingen vet sikkert hvorfor dette skjer, men vi vet at det er et betydelig problem. 1/3 av pasienter i smerteklinikker kommer

etter kirurgiske traumer. Kroniske smerter etter kirurgi ser vi ofte ved amputasjon 40 %, hjertekirurgi 40 % og brystkirurgi 25 % og ved brokkkirurgi 10 % av alle pasienter. Derimot er det kun 10-15 % av disse igjen som får medikamenter, dvs at folk ikke klager så mye eller går så mye til lege med det. Kelhet (Lancet, 2006) hevder at det som kunne være den eneste/beste faktoren vi pr i dag har er; sterk postoperativ smerte (uventet sterk smerte). Selv ikke dette er sikkert.

De Coch: har opprettet en ”subakutt” smerteklinikk der pasienter kan henvises 6-8 uker postoperativt, dersom de fremdeles har sterke smerter, for å komme i gang tidlig og bryte muligheten for en kronisk smertetilstand.

Hva hjelper for kroniske smerter? Eller hindrer dem i å utvikles?

Ikke noe er sikkert, men muligens Ketamin, Clonidin, epidural og Gabapentin. (Clonidin og Keterolack har vist å hemme den spinale hypersensitiviteten)

Daniel Brown:

Perioperativ behandling av diabetespasienter:

Det har i de senere år vært sterkt fokus på hyperglykemi perioperativt, altså både per og post-

operativ fase og man mener at dette har vist økt mortalitet.

Bare sett sikkert ved en pasientgruppe, nemlig hjertekirurgi. Men av den grunn er det fokusert mye på svært streng kontroll av blodsukker verdien ved mange typer inngrep. Med nitidig oppfølging av blodsuktermålinger, insulininfusjoner etc. Dette har ved enkelte steder i USA medført at man har sett episoder med hypoglykemi som har gitt betydelige komplikasjoner. Innenfor dagkirurgisk anestesi og pasientbehandling, ser det ikke ut til at det er noen grunn til å endre på gamle regimer rundt dette.

Rebecca Turskey:

Office-based anaesthesia/ utfordringer og suksess:

Sikkerhet: Valg av riktige prosedyrer og riktige pasienter og valg av anestesityper.

I 2007 ser det ut til at 25 % av all dagkirurgisk anestesi i USA vil foregå rundt omkring på legekontorer av varierende standard. Dvs. ca 10 millioner inngrep pr år. Dette er begrunnet i økonomi (kirurgen tjener relativt sett bedre), lave kostnader til hjelpepersonell, det er lett å sette opp program, litt færre infeksjoner og man

har sett at sykepleierstaben ofte er mer stabil i disse enhetene. Derimot har man sett enn rekke utfordringer og problemer med dette nå. Enkelte personer gjør inngrep de ikke har kompetanse til. Det er ikke så nøye kontroll med spesialist eller ikke spesialist utenfor sykehus. Man har ofte dårligere utstyr og man har dårlig trening av personell dersom det skulle skje noen alvorlige komplikasjoner, og man er ofte helt alene. Ikke minst har helsemyndighetene i USA svært liten oversikt over hva og i hvilke former dette foregår innenfor office-based anestesi. Ser man på det closed-claim, (saker som er lukket i forbindelse med pasientskader), så er det kun 0,5 % av totalen som skjer på kontorene. Mye er innenfor plastisk kirurgi fremdeles. Det er en klar trend i at det er langt flere dødsfall og langt flere alvorlige komplikasjoner en ser i denne type praksis. Opp imot 50 % ble det hevdet kunne vært forebygget ved bedre monitorering. Man hadde nå ett tilfelle med malign hypertermi, der en ung jente på 16 år døde. Råd: kun intravenøs anestesi i denne settingen.

Keyes GR; 2008:

Omhandler at de i over 1 million pasienttilfeller fant 23 dødsfall som er 0,002 %. 13 av disse var

ved bukplastikk, 12 av dem var lungeemboli. 1 pga anestesi der Propofol var gitt av ikke skolerte folk. Samme komplikasjonsfrekvens hos de eldre. Anbefalingen var at man skulle følge Guidelines fra ASA. Mye bruk TIVA, (Remifentanyl, Propofol, Dexmetomidin) og spontan ventilasjon for å unngå problemer med vanskelig intubasjon eller larynxmaske etc.

Panel om Office-based anestesi:

Er dette fremtidens måte å drive dagkirurgi på?

Poengtert at Guidelines skal følges, de aller fleste sier bare sedasjon og ikke generell anestesi. Egne anestesimaskiner som blir pakket i kasser for å kunne fraktes rundt, men det var ekstremt trange kontorer og dårlig utstyr. Fotoene som ble vist var av et sånn kaliber at undertegnede aldri ville gitt anestesi der.

Kun småinngrep og det var overraskende at bare 5 % av office-based anestesi ble utført ved øre-nese-halsinngrep. Derimot ble det også der hevdet at alle måtte trene på emergency-situasjoner både medisinske og andre overraskende situasjoner på slike steder.

Walter Maurer:Preoperativ optimalisering for å forbedre resultatene:

Det var vanskelig, nærmest umulig å finne god litteratur som viser at preoperativ optimalisering og bedrer resultatene, men som tidligere nevnt senker strykprosent etc.

Bilyder over carotis betyr ingenting, samme slag-frekvens som de uten.

Alkoholmisbruk har en noe høyere komplikasjonsfrekvens, men vi finner nærmest ingen av de som har alkoholmisbruk, det blir skjult i intervjuene. Her må man finne nye måter å gjøre dette på. Mye fokus på søvnapnè. Hos de som har fedmekirurgi så ser man dette hos opptil 91 %, og der er det jo for-ventet at man tar sine forholdsregler. Derimot eksisterer søvnapnè også hos en rekke andre personer og dette er publisert av Chung i 2008. En enkel opplysning om tidligere vanskelig intubasjon kan gi pekepinn på at pasienten har søvnapnè, da dette henger sammen.

Guy Jossi:Smertekontroll som bedrer resultat:

Gode retningslinjer for god smertekontroll finner

man på websiden: postoppain.org

Som anbefales. Hovedpoeng var å skreddersy analgesi. Men alltid aggressiv multimodal analgesi. Lokalanestesi i sår og nerveblokk etc. Fokuser på opioidbruk, som senker livskvaliteten postoperativt selv om våre målinger viser at de har det rimelig bra. Kan gi hyperalgesia og toleranse. Ketamin postoperativt i lave doser gir svært lite bieffekter, senker opioid-behovet og senker også postoperativ kvalme i forbindelse med opioider. Få gode studier og få langtidsstudier rundt Ketamin.

Vi gratulerer Louis Romunstad (an avd RH) med studien fra 2007 rundt effekt av Dexametason. Rost opp i skyene..

Chung:Forelesning om risiko ved office-based anaesthesia:

Hun poengterte igjen at det er veldig viktig å velge riktig pasient, riktig sted, indikasjon etc. Hun fokuserte ekstremt på branner. Det er 50 – 100 branner pr år (USA) rundt operasjonspasienter. Man må ha en evakueringsplan, og en godkjent protokoll og vise at alle har vært med på dette. (Akkurat som brannøvelser i Norge).

Så fokuserte de på søvnapnè, da det i USA er en stadig økende grad av tykke med BMI på fra 35-50. Søvnapnè: 17 % hos menn og 14 % hos kvinner. Det finnes ikke gode screeningmuligheter. Hun har utarbeidet et eget skjema som er publisert i "Anaesthesiology" i 2008- STOP; hvor S – snorking, T – trøtthet, O – obstruksjon (dvs. at noen har observert at man stopper å puste i kortere eller lengre perioder), samt P – som er hypertensjon.

Svarer man positivt på 2 eller flere så er det en økt mulighet for å ha en obstruktiv søvnapnè, og da bør pasienten vurderes for innleggelse. Man ser ganske mange som har betydelige respirasjonsproblemer i den sene postoperative fasen.

Karen Domino:Outpatient + MAC pasienter og closed glems rundt dette:

Fra ca 1990 til vel år 2000 har man 906 saker totalt der man har det som kalles damageing events som er særdeles alvorlig. Innenfor dagkirurgisk setting har man 877 og 29 på office-based. Men office-based har større del av død hjerneskade enn i dagkirurgiske enheter. Når først skaden skjer ser det ut til å være langt alvorligere på kontorene.

Man ser at hyppigheten av død er størst ved MAC, deretter generell anestesi som igjen er større enn regional. Derimot ligger frekvensen av hjerne-skader likt. MAC-begrepet som jo er en sedasjon med til dels dårlig monito-rering, mente foreleser burde endres fra Minimal Anaesthesia Care til Maximum Anaesthesia Caution fordi nettopp i disse situasjonene beveger vi oss på en ganske tynn og stram linje.

Igjen noe rundt branner. Fokuserert på diatermi som fyrte opp og oksygen måtte trekkes vekk. Det ble laget egne retningslinjer for dette, da anestesiens oksygen var den faktor som alltid holdt liv i disse brannene.

Douglas Mell:

Stilte spørsmål om hvilke resultater som

skulle bli målt og hvorfor?

Hans hovedpoeng var å dele det opp i tre; man skulle ha resultater for hva som påvirker pasientene (nerveskader, mortalitet etc.), hva som kan påvirke en selv og kan forbedre ens egen praksis, og når man er i USA, hva som kan påvirke forsikrings-selskapenes vilje og evne til å betale. Det viktigste var rundt pasientfokus. Han viste til at inntil 20 % av pasientene er engstelige for alvorlige komplika-sjoner, at de ikke våkner opp, får store smerter, hjerneskade osv. Han anbefalte derfor nøye monitorering av mange forskjellige parametre, i alt 7-28, dette for å kunne gå ut med sine egne tall når man snakket med pasientene preoperativt; Altså hvor mange får postspinal hodepine når jeg setter spinalen? Og

ikke hvordan det ser ut i klinikken? Hvor mange får allergiske reaksjoner? osv. Dette er en ganske ny tankegang i Norge. Vi er flinke med avviks-håndtering, melding inn i de forskjellige registre. Men vi tar ikke dette ned til enkelte personer eller grupper av personer. Det kan tenkes at tiden har kommet til at dette bør diskuteres om ikke annet, i så fall at den enkelte anestesilege, kirurg, anestesisykepleier, operasjonssykepleier etc. kan få ut fra databasene, sine egne tall uten at disse publiseres, for selv å hvite hva er det man kan bli bedre av. Dette er ikke minst en tanke for egen forbedring og med det bedre pasientresultat

Sluttkommentar:

Det er nok ingen tvil om at mye av den anesthesiologiske og kirurgiske aktiviteten i USA er i ferd med å flytte seg ut til kontorer og at anestesilegen er en på godt norsk; ”Omreisende i narkose” med egen transportabel anestesimaskin og overvåkingenhet og faktisk også oksygen i kolber. Personlig er jeg nokså undrende til dette. Alt de har vist oss er ganske dårlig utstyrte kontorer med liten og dårlig hjelp. Samme hva alle forelesere snakket om virket det som at her var det økonomien som styrte svært mye av dette, med særdeles hard hånd og ikke bare myndighetene og forsikringsselskapene betalingsvilje, men det faktum at kirurgen som jo skal betale mange andre får samme sum for gjøre prosedyrene office-based som i en ambulatory unit (dagkirurgisk enhet). Det er en oppfordring til alle yrkesgrupper om å ikke gå på tvers av sikkerheten. Det må være helt feil at enkeltpersoners inntekt skal redusere på kvaliteten rundt pasientene. Det virker så sett ut fra min erfaring med office-based anestesi i Norge, at vi har en bedre pasientrettet profil, som vi må opprettholde og forbedre og ikke la oss gå på akkord med pasientsikkerhet.

GE Healthcare



Dash

Mobile pasientmonitorer

General Electric Company
GE Healthcare Clinical Systems Norway AS
Postboks 6022 Etterstad 0601 Oslo

Tlf 23 03 94 00
Fax 23 03 94 01
www.gehealthcare.no



Norsk
Dagkirurgisk
Forum
NORDAF

Nr. 2 – 2008
Side 21

Stoff til nyhetsbrev sendes styreleder Jørgen Nordentoft
mail: nordentoft@online.no

Kommende dagkirurgiske møter:

Danskene har ikke lagt ut dato for sitt vårmøte ennå, men følg med på deres flotte hjemmeside: www.dsdk.dk

Dagkirurgi i Sverige: I Linköping 23-24 april avholdes det svenske dagkirurgiske møtet for 11. gang i 2009.

Klikk deg inn www.dagkir.nu for program og påmelding



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

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

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

www.iaascongress2009.org/program.html

Langtidsplanleggere:

Verdenskongressen i København i 2011 blir et nordisk samarbeidsprosjekt om program og arrangement. www.iaascongress2011.org

Kortidsplanleggere:

Glem ikke NORDAFs vintermøte 9. og 10. januar 2009, Clarion Hotell, Gardermoen!! www.nordaf.no

IAAS-Status og planer

IAAS (International Association for Ambulatory Surgery)

Jørgen Nordentoft medlem av executivkomiteen, IAAS.

Det lenge lovede arbeidet med modernisering og effektivisering av arbeidet i denne paraplyorganisasjon for dagkirurgi i verden pågår - med god massiv støtte fra de skandinaviske representanter - i generalforsamling og executivkomite. Det skjer under glimrende ledelse av den danske president. Claus Toftgaard vil orientere om IAAS under det kommende vintermøte 9. -10. januar-09.

Organisasjon

Utvikling av organisasjonen i profesjonell retning herunder kontorfunksjon og det kontinuerlige arbeid med budsjett og heller noe dårlig økonomi er veldig i fokus.

EU-prosjekt

Helsedirektoratet i EU har godkjent et stort og ganske ambisiøst prosjekt i regi av IAAS, der skal innsamle data vedrørende

epidemiologi, aktivitet og visse kvalitetsindikatorer. Norge er kun delvis deltager i dette prosjekt, men skal sannsynligvis være deltager i det neste planlagte prosjekt i samme regi, der retter seg mer spesifikt mot kvalitetsindikatorer og 'best practice'. Vi mener vel vi i Norge (og Skandinavia) har en del å bidra med her.

Kongresser

Verdenskongressen 3. til 6. juli -09 i Brisbane, Australia tegner til å bli meget bra både hva angår det faglige og det sosiale program. Hvis dere likevel er på de kanter: Stikk innenom...

Der blir litt kortere vei til kongressen i København i 2011 hvor Danmark, Norge, Sverige og Finland sammen skal levere en god kongress.

Link til kongressen i Brisbane, Australia. www.iaascongress209.org/program.html eller via www.nordaf.no

Tidsskrift: Ambulatory Surgery

Der er fortsatt behov for artikler til dette, nu hel-elektroniske tidsskrift. Der har vært en gledelig fremgang i 'hits' på nettsiden og tidsskriftet rates nu som 2-3 i verden på området: Dagkirurgi'.

Se link:

www.ambulatorysurgery.org eller via: www.nordaf.no

Clinical Pathways (behandlingslinjer) og anbefalinger til evidensbasert 'best practice'.

Sverige og Norge har tatt initiativ til å revitalisere arbeidet med ovennevnte 'disipliner' innenfor dagkirurgien.

Vi ønsker at der på IAAS sine nettsider er lett tilgjengelige sider, der gir evidensbaserte anbefalinger i forbindelse med forskjellige dagkirurgiske metoder innenfor kirurgi, anestesi og sykepleie.

Nordafs styre:

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

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

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

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

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

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

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

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