

Nye medlemmer

Nordaf er basert på personlig medlemskap. Medlemskontingenten er kr 100,-. Nye medlemmer kan henvende seg til Team Congress. E-mail: post@teamcongress.no Tlf: 61247070 fax: 61247071

Reisestipend kr.5000,-

Nordaf bevilger til sine medlemmer 2 reisestipender 2 ganger i året pålydende kr 5000,-. Ettersom ingen søkte om økonomisk støtte i vårsesjonen, bevilger vi denne høsten kr 5000,- til 4 av våre medlemmer. Stipendiet er ment å være et bidrag til aktuelle kongresser, studiebesøk el. Det er vårt ønske at de som innvilges stipend leverer en liten rapport til bruk i nyhetsbrevet etterpå. Søknad leveres Johan Ræder, Anestesiavd. Ullevål sykehus. Tidsfrist: 31 desember 2002. Mail: johan.rader@ioks.uio.no

Vintermøte 7. og 8. februar 2003

Vi minner om årets store dagkirurgiske begivenhet: NORDAFs vintermøte avvikles fredag 7. februar og lørdag 8. februar 2003. Informasjon om påmelding se side 18.. Fristen for å melde seg opp til "Frie foredrag" er satt til 15. januar 2003. Så her har de kreative sin mulighet.

Vi gjør oppmerksom på at vi også i år vil lodde ut en tur til dagkirurgisk verdenskongress i Boston. Mer om møtet s 18

nordaf.no

Det er en stor glede for oss at vi nå har fått en ny, oppdatert nettside. Adressen er enkel: www.nordaf.no. Systemet her vil gjøre det enklere å oppdatere nettsiden og dermed komme raskere i kontakt med medlemmene. Så bruk den og kom gjerne med innspill eller gode ideer.

Dagkirurgisk verdenskongress i Boston 8-11 mai 2003

IAAS (International Assosiation for Ambulatory Surgery) arrangerer verdenskongress i dagkirurgi annet hvert år. Denne gangen er det altså Boston som er reisemålet i mai 03. Tradisjonelt har det på disse kongressene vært oppsiktsvekkende mange norske deltagere. Ettersom reisen denne gangen blir lang og dyr, har NORDAF slått seg sammen med "Prisma Tour" i håp om å finne en billigst mulig løsning. Samtidig vil det jo avgjort være hyggelig om vi i det minste kan samle oss om det samme hotellet. Et godt tilbud her med reise og hotell forutsetter god deltagelse.

Ettersom dette i skrivende stund ikke er helt ferdig utarbeidet, ber vi alle interesserte følge med på vår hjemmeside - nordaf.no Der vil vi legge ut mer informasjon om kongressen og reisen etter hvert.

Honorering av stoff til nyhetsbrevet.

Vi minner om at innlegg til Nyhetsbrevet honoreres med 500-1000 kroner. Dette kan være alle typer innlegg som har relasjon til dagkirurgi feks. referater fra kongresser eller møter, rapporter fra studiebesøk og bok eller artikkelanmeldelser.

Innhold:

Leder.....	2
Statsbudsjett og økonomi i 2003...	3
Referat av aktuelle tidsskrift artikler innen dagkirurg:.....	4
General Assembbly May 11, 2002 – Amsterdam.....	5
Referat fra Dagkirurgisk Seminar , lørdag 20 april 2002.....	6
Svenskt dagkirurgisk møte i Stockholm 26.april 2002.....	13
Utvidet dagkirurgisk virksomhet ved Ullevål Sykehus.....	16
Kommende møter og kongresser	18
NORDAFs styre.....	19

Leder ved Unni Naalsund

Utteksling av erfaring og kunnskap eller industrispionasje?

Konkurrans prinsippet lanseres stadig som et våpen for bedre og mer effektiv sykehusdrift.

Mest og best mulig helse for pengene er et språk vi forstår og som det er lett å enes om. Årlig publiseres det også hvilket sykehus som nå driver mest effektivt. "The winner is...."

I kjølvannet av den nye helsereformen er kampen om makt, posisjoner, penger og prestisje i full gang. Spørsmålet om hva og hvor de ulike satsningsområdene i helseregionene skal være, har spredd usikkerhet rundt i miljøene. Det dreier seg om egne arbeidsplasser og gode fagmiljøer som kan gå tapt i et pennestrøk. Det blir viktig for alle å bevise sin egen eksistensberettigelse. For oss som arbeider med dagkirurgi er ord som fri konkurranse, fritt sykehusvalg og kamp om pasientene allerede blitt kjente begreper. Men har vi tatt innover oss hva dette egentlig kan innebære? Konkurransbegrepet brukt i denne sammenheng er nye takter for oss i helsevesenet. Plutselig skal vi sammenlignes med enhver annen næringsbedrift hvor det er økonomisk profitt alene som teller.

Ved enhver konkurranse foreligger det en sammenligning. Det blir vanskelig å vise at man er best på noe uten samtidig å si at andre er dårligere. Men skal vårt konkurranseinstinkt i helsevesenet triggeres i den retning at ingen må bli bedre enn en selv?

Tilbakeholdelse av informasjon og kunnskap er kjente hersketeknikker. Vi helsearbeidere har gode tradisjoner på utveksling av faglig viten og kunnskap. Vanlig lærebokkunnskap vil alltid være tilgjengelig. Men vil vi være like rausere som før med å gi ut "triksene" våre som er basert på års ervervet erfaring? Vil "Stabburet" fortelle oppskriften på Pizza Grandiosa til Findus? Og når går et studiebesøk over til å bli industrispionasje? Landslaget i fotball holder også sine treningsøkter hemmelige, så ikke konkurrentene kan kikke dem i kortene.

Foreløpig er det få pasienter som benytter seg av fritt sykehusvalg fordi de fleste ikke er klar over hva de kan velge mellom. Men det varer nok ikke lenge før dagens bevisste kundekrets vet hva de skal spørre etter når behovet melder seg.

Det er lett å spå at det vil være faglig dyktighet, ikke minst på kirurgen, tilgjengelighet, fine lokaler og hyggelig personell som blir utslagsgivende for pasientens valg av sykehus. Det er en kjent sak at intet "selger" bedre enn det gode omdømmet. Et godt rykte skulle man jo også tro man fikk ved utøvelse av god kvalitet. Men er det god kvalitet man utøver eller er det å "jukse i klassen" når enkelte avdelinger i langt større grad enn andre benytter seg av antibiotikaprofylakse og begrunner det med at rykte om høy infeksjonsrate gir dårlig reklame?

I kjølvannet av næringsliv og toppidrett har vi "Enronskandalen" og doping. La oss legge helsevesenet på et sunnere nivå hvor vi kan bevare kvaliteten, entusiasmen og ikke minst en god undervisningskultur under gitte økonomiske rammer. Konkurransprinsippet blir umulig å følge opp til sin ytterste konsekvens. Det spørres om ikke tiden er inne til å børste støv av begrepet "idealtid" i helsevesenet for å sikre at verdifull kunnskap fortsatt kommer alle pasienter til gode.

unn-naal@online.no

Statsbudsjett og økonomi i 2003

ved Johan Ræder, Ullevål Universitetssykehus HF, 4/11-02

Så langt har statlig overtakelse av sykehusene vært en skuffelse; driftsbudsjetter er stort sett bare blitt videreført med noe innstramning, utstyrsmidler har blitt skåret til benet og store nyinvesteringer er utsatt eller kansellert. Reformen er imidlertid stor og ble iverksatt på rekordtid; slik at vi er blitt bedt om å være tålmodige og avvente, blant annet, organisatoriske forbedringer med effektiviseringspotensiale.

Dessverre ser det ut til at den tålmodigheten også må tøyes ut gjennom hele 2003. Ressursmangel i forhold til oppgaver og krav er et hovedproblem på alle regnskapsmessige nivåer, og starter dessverre med en helt urealistisk forutsetning fra toppen, dvs. regjeringen: Aktivitet og kvalitet i 2003 på sykehusene skal ligge på samme nivå som i 2002 med samme totale kronebeløp til disposisjon. Det må bære galt av sted; i 2002 går alle de store sykehusene med til dels store underskudd som sammen med tap i pensjonsinvesteringer bør dekkes inn i 2003. I tillegg så er vi inne i et kostbart lønnsoppgjør, ansatte skal ha lengre ferie, alt vi kjøper inn blir jevnlig litt dyrere og kravene som stilles til sikkerhet, dokumentasjon, kvalitetssikring og service overfor pasientene er stadig økende.

Hvordan går det så med dagkirurgien midt oppe i alt dette? Dagkirurgi har inneværende år fått en styrking av sine DRG utbetalinger, som ytterligere vil bli bedret i 2003 ved at 60 % av normert DRG refunderes til de regionale helseforetakene, mens det i dag er 55 %. Det er også slik at en effektiv dagkirurgisk enhet basert på inngrep med en velfundert DRG takst kan drive med overskudd ut fra dagens refusjon. I dag er det vanlig at sykehusene får tilbake de 55 % ubeskåret og så fordeler videre internt, ofte slik at den dagkirurgiske enheten går i balanse, men ikke særlig mer. Det er imidlertid ikke er gitt for 2003 at det fremdeles vil være slik. Det regionale helseforetaket kan velge å nedprioritere enkelte sykehus ved å betale ut mindre enn de 60 % som mottas regionalt, eller de kan velge å prioritere opp enkelte sykehus og ved å utbetale 60 % eller kanskje til og med mer, slik som det har vært gjort overfor enkelte private aktører. Det er all grunn til å følge nøye med i hvordan dette blir håndtert rundt om i 2003, for dette er selvfølgelig helt avgjørende for den konkurransen som er under opptrapping mellom de forskjellige operasjonsheter.

Et annet spørsmål er hva som skjer ved de store sykehusene; de må nød-

vendigvis prioritere øyeblikkelig hjelp og stor, tung kirurgi som krever innleggelse. Hvis de gis sjansen til å tjene penger på dagkirurgi så vil de nok velge å satse også her; hvis det derimot gjøres ulønnsomt så vil det være fritt frem for mindre sykehus og private aktører til å overta en rekke pasienter.

Den samlede pott av ressurser til sykehusvesenet er imidlertid uansett for snau, slik at det er spørsmål om hvem som blir sittende med svarteper: Pasientene ved at køene vokser igjen og ved at de henvises til kostbare private løsninger? De store sykehusene ved at de mister muligheten til å komme på pluss siden ved å drive effektiv dagkirurgi? De små sykehusene og institusjonene ved at de mister pasienter til de store? De store får jo dekket sine investeringer og faste kostnader via rammebevilgninger og kan derfor kalkulere med grensekostnader i stedet for totalkostnader for dagkirurgi.

Det er, med andre ord, stadig spennende tider. Uansett er det viktig at vi som sitter rundt om på hver vår institusjon ikke bare slåss for vår egen, begrensede enhet; men også husker på å minne politikere og opinion om hovedproblemet: Mangel på totalressurser i forhold til oppgaver og ambisjonsnivå!

Referat av aktuelle tidsskrift artikler innen dagkirurg:

Ved Johan Ræder

Redaksjonen vil varmt oppfordre alle som leser en spennende artikkel innen vårt fagområde om å sende inn (e-mail) et kort notat om dette til redaksjonen eller leder. Notatet bør inneholde fullgod referanse, kort norsk sammendrag og gjerne en personlig kommentar (kan overlates til redaksjonen hvis man synes det er vanskelig). Vi trykker her opp et par eksempler:

Pain as a factor complicating recovery and discharge after ambulatory surgery. Pavlin J et al. Anesth Analg 2002;95:627-34.

Forfatterne fulgte prospektivt 175 voksne dagkirurgiske pasienter med tanke på postoperative smerte for å se hvilke faktorer som var viktige for omfang og konsekvenser av smerte (multivariat regresjonsanalyse).

Laparoskopi, brokk og plastikk kirurgi pasienter hadde mest smerte; kne- artroskopi minst, mens brystkirurgi og vaginalkirurgi kom i en mellomgruppe. I hele materialet hadde 24% opplevd smerte >6 på en skala fra 0-10, 24% hadde forsinket utskrivelse fra recovery p.gr. av smerte. Bruk av NSAID og/eller lokal bedøvelse førte til signifikant mindre smerte når alle andre faktorer ellers var like.

Kommentar: Undersøkelsen understreker at smerte fremdeles er et viktig og underbehandlet problem etter litt større dagkirurgi. Undersøkelsen underbygger også viktigheten av at kirurgen setter lokalanestesi i såret, og at vi bruker NSAID på pasienter hvor det ikke er kontraindisert. I tilfelle hvor man er redd for NSAID og blødninger så finnes det nå cox-II selektive NSAID både til injeksjon og per-oral administrering. (dette er nokså nytt og var ikke omtalt i artikkelen).

Analgesics for the treatment of pain in children. Berde CB et al. N Engl J Med 2002;347:oct:1094-1103.

Dette er en grundig oversiktsartikkel som tar for seg all type smerte og smertebehandling hos barn. Den diskuterer utvikling av smertebaner, generell smertefysiologi og de enkelte medikamentgrupper. Paracetamol bør ideelt sett doseres hver 4 time, 100 mg/kg/dag for barn over 1 år. Start dose rektalt kan være 35-45 mg/kg, oralt 20 mg/kg. NSAID's, spesielt ibuprofen og diclofenac er godt dokumentert hos barn, mens nye cox-II selektive NSAID's foreløpig er lite studert. Opioider og lokal anestesi gis bred omtale med konkrete doseringsanvisninger. Kommentar: En god og praktisk nyttig gjennomgang av aktuell litteratur og anbefalinger til barn. For norske forhold gjelder at Felleskatalog teksten ikke gjenspeiler moderne dosering av NSAID og paracetamol, for dokumentasjon og alibi her kan man bruke prosedyrer fra universitets sykehusene for å få en god praksis.

Awareness and recall in outpatient anesthesia. Wennervirta J et al. Anesth Analg 2002;95:72-7.

Gjennom et drøyt år ble 1500 dagkirurgiske og 2343 inneliggende pasienter ved et finsk sykehus (Espoo) intervjuet dagen etter et inngrep i generell anestesi. Blant dagkirurgipasientene var det en med sikker våkenhet under inngrepet og 4 usikre. Ingen av disse 5 hadde vært kurerisert og ingen hadde angst i forhold til hendelsen. Blant de innlagte pasientene, som alle var kurerisert, var det tre

tilfeller med sikker awareness, to av disse opplevde det som angstfylt; tre rapporter var mer usikre og ikke ledsaget av angst.

Kommentar: Undersøkelsen bekrefter at kureriserte pasienter kan ha angstfylt awareness, med en incidens på litt mer enn 1:1000. På ikke-kureriserte dagkirurgi pasienter er incidensen lavere, men ikke lik 0. Også ikke-kureriserte pasienter kan oppleve

awareness, men hvis dette er ledsaget av smerte eller angst så vil de bevege seg slik at anestesøren oppdager det. Undersøkerne kan ha mistet enkelte tilfelle av awareness fordi de bare spurte pasientene dagen etter. Det er tidligere vist (R.Sandin et al) at pasienter kan huske slike episoder etter en uke men ikke alltid etter en dag.

General Assembly May 11, 2002 – Amsterdam

International Association for Ambulatory Surgery, IAAS

Referat ved Henrik Moen Ringerike sykehus HF.

Det var et meget inspirerende og stimulerende møte med mange kollegaer fra forskjellige deler av kloden, som strir med de samme problemene, knyttet til dagkirurgi. President og leder av møtet Dr.Lindsay Roberts IAAS Prsident, var et meget varmt og inspirerende menneske. Han ledet oss gjennom sesjonen som om vi skulle ha vært gamle,gode skole kamerater. Dr.D.de Jong tok varmt imot delegatene, og ga oss meget av den sosiale siden av Amsterdam,med båttur på kanalen, og "gamlebyens edle historie."

Ustillingen på Nationalgalleriet, van Gogh&Gauguin var en stor opplevelse. Presidentens rapport var kort,med et signal bl.a. om et styrket Scandinavia, hvor han oppfordret danske og norske kollegaer om å motivere Sverige til å bli et fullverdig medlem. Medlems søknader ble diskutert. Østerrike hadde ikke betalt kontingent for de siste to årene og det ble bemerket. For år 2002 hadde 16 av 28 medlemsland betalt kontingenten til dags dato,11.5.2002 Kommende congresser ble gjennomgått.

Boston 2003 kontakt: kate byran. kbryant@fasa.org
Seville 2005 , (J.Martin)
Amsterdam 2007 (D.de Jong)
2009, søknad fra Østerrike (ikke betalende medlem!!) og fra Århus v.Claus Toftegaard, fin presentasjon. Søknadene ble besluttet å få sin behandling ved IAAS sitt høst møte. 2011 NORGE ???
Det ble diskutert hvor lang tid i forveien congressene skulle planlegges i forhold til blant annet sponsorer.7 år ble diskutert,det vil si at Norge allerede nå må tenke på en evt.deltagelse. Oslo og Tromsø ble løslig diskutert, mest som et tankespinn.

Paul Baskerville (USA) fikk ansvaret for å arbeide med sponsor avtaler, og i den anledning vil han også sette igang en organisering for presentasjon av IAAS. Til slutt fikk alle delegatene anledning til å presentere sine respektive lands strategi og holdninger til helsepolitikk generelt og dagkirurgi spesielt. Undertegnede ga en kort redegjøring, og informerte bl. annet om "helse milliarder" som var blitt bevilget til utenlandsk drahjelp for Norges helse armod. Det vakte stor vantrøhet i forsamlingen, og en del bemerkninger om et rikt oljeland som hadde luksus problemer. Norge har for mangelfull oversikt over Dagkirurgi i fordeling mellom offentlig og privat sektor. Til slutt ble det informert om at Staten overtar driften av det offentlige helse stell, og at det var positive signaler for private foretag. Dette falt godt overens med andre lands politikk. Det var interessant og meget lærerikt å få oppleve andre medlemslands oppfatning av hvordan vi slet med våre problemer. Problemene var vel ganske identiske, men

mange medlemsland hadde lite ressurser å spille på.

Ettermiddags sesjonen ble fylt opp med mange gode faglige foredrag angående dag kirurgi.

Tema:

1. Pasient fokuserte standarder (D.de Jong) Dette tema vil bli tatt opp ved neste Congress.
 2. Undervisning via satelitt, et avansert undervisnings program som var under utarbeidelse av dr.C.Castro Italia.
 3. Free standing ambulatory surgery, flere medlemsland kunne referere at veksten av private dag kirurgiske sentra var sterkt stigende.
 4. Våre danske kollegaer hadde et meget imponerende arbeide ved dr.Claus Toftgaard Haderslev Hospital som viste at av totalt 219.315 behandlede pasienter i Danmark i 2001 var 72.2% dag kirurgi.
- Adm. overlege Arne Tofte Vejle sygehus [E-mail:ato@vs.vejleamt.dk](mailto:mailto:ato@vs.vejleamt.dk) og Adm.dir.Claus Toftgaard Haderslev&Aabenraa Sygehusene [E-mail:Claus-Toftgaard@sja.dk](mailto:Claus-Toftgaard@sja.dk) hadde stor erfaring med dag kirurgi virksomhet, og kan

være gode inspiratorer for spesielt interesserte.

Til slutt ble det diskutert IAAS sine Websider og bibliografi (D.de Jong) Skulle sidene ha Copy right ? passord ? Åpen ? Sponsorene ønsket passord,garanterte proff.brukere. Spørsmålene ble stående noe ubesvart, men trenden gikk i retning av en åpen løsning. Henv. til : www.nurses of Quibeck

Det var en meget inspirerende og lærerik congress hvor det ble knyttet nye, gode kollegiale bånd til utlandet.

Det var særdeles hyggelig å delta i congressen sammen med Torild Johnsen fra Tromsø. Dagkirurgiske problemer fikk en fin og nyansert plattform for diskusjon med hennes meget sterke og erfaringsrike meninger og engasjement.

Henrik Moen.
overlege ortopedisk seksjon.
Ringerike Sykehus HF

Referat fra Dagkirurgisk Seminar , lørdag 20 april 2002 i regi av Dagkirurgisk Senter, Ullevål Universitetsykehus.

Ved Katrina Hjermann

Personalet ved Dagkirurgisk Senter R, UUS samlet 160 deltagere til sitt 3. dagkirurgiske seminar.. Nytt

av året var at seminaret ble holdt i GlaxoSmithKline s nye, praktfulle bygg nær Rikshospitalet. Disse flotte

omgivelsene fristet til gjenbesøk, vi håper å kunne møtes til neste seminar i samme omgivelser.

Dagens tema var ”Kvalitet i alle ledd”, vinklet mot hvordan den enkelte helsearbeider møter pasienten. Eller som møteleder, anestesisykepleier Unni Naalsund poengterte: ”Det handler om kunnskap, men også om ærlig, samvittighetsfull jobbing blandet med omtanke, sund fornuft, høflighet og interesse.”

For alvorlig for dagkirurgi? Pasientundersøkelse etter ca.mamma

Her redegjorde avdelingsoverlege Ellen Schlichting og operasjonssykepleier Marit Fagerhaug for dagkirurgisk behandling av brystkreft. For å belyse denne problemstillingen presenterte de en pasienttilfredsundersøkelse utført høst 2001/vår2002. Dagkirurgisk Senter R startet opp med dagkirurgisk behandling av brystkreft våren 2001. Det var flere forutsetninger for dette: pasienthotellet åpnet, vaktpostlymfeknuteteknikken ble tatt i bruk (behov for axilletoilett redusert til ca 30 %), over halvparten av pasientene ønsket brystbevarende kirurgi, og man kunne benytte moderne anestesimetoder. Sparetiltak ved Kirurgisk klinikk førte også til at man måtte tenke kreativt.

Nå blir svært få brystkreftpasienter behandlet som inneliggende pasienter ved Ullevål US.

Dagen før operasjon settes merketråd og / eller radioaktivt stoff i brystet for de pasientene som henholdsvis har ikke palpable lesjoner eller skal til vaktpostlymfeknuteoperasjon. Pasienten sover hjemme og blir operert i narkose eller lokalbedøvelse + sedasjon påfølgende dag. Pasienten reiser hjem noen timer etter operasjonen eller overnatter på pasienthotellet sammen med pårørende. Utskrevne pasienter får med seg smertestillende hjem. Pasienter på hotellet har daglig visitt av kirurg og sykepleier, og får tilbud om kontakt med kreftsykepleier, Foreningen for brystkreftopererte og oppfølgingsgrupper ved sykehuset.

Resultatene av undersøkelsen var svært nyttige og informative for personalet. Det viste seg at helhetsinntrykket av operasjonsdagen var bra. Informasjon fra lege og sykepleier var god, og de følte seg godt forberedt til å bli skrevet ut. Enkelte opplevde plassmangel på avdelingen, andre følte seg overinformert. Et problem for noen var også for lang ventetid preoperativt i avdelingen. Undersøkelsen viste at vi hadde lite komplikasjoner.

På direkte spørsmål svarte 87 % at de ville anbefale kvinner i samme situasjon dagkirurgisk behandling.

Konklusjonen er at brystkreftpasienter trygt kan opereres dagkirurgisk, men pasienthotell og støtte fra pårørende er en forutsetning.

For stort for dagkirurgi? Pasientundersøkelse etter avansert laparoskopisk overlege Erik Trondsen, gastro kir avd UUS

Han orienterte om aktuelle dagkirurgiske laparoskopiske prosedyrer ved Ullevål universitetssykehus: Laparoskopisk fjerning av galleblære, operasjon for spiserørsbrokk, fjerning av milt og binyre. Forutsetninger for å gjøre disse relativt store inngrepene dagkirurgisk følger samme konsept: Laparoskopisk teknikk, optimal anestesi, optimal informasjon og oppfølging av pasientene. Erfarne gastrokirurger utfører operasjonene og superviserer opplæring av andre kirurger. 2 dager før operasjon informeres pasienten om operativ prosedyre og forventet postoperativt forløp. Pasienter som skal opereres med funduplikatio, splenectomi eller binyrextirpasjon, får i tillegg til sykehusets telefoner oppgitt kirurgens private telefonnummer ved hjemreise. Kirurgen ringer dem også hjemme. Kriterier ellers for å gjøre disse inngrepene dagkirurgisk er at pasientene er relativt friske, ASA I – II (III). Er pasienten s bosted mer enn 30 min. fra sykehuset, må pasienten overnatte på Ullevål hotell.

Pasienten må ha voksent selskap første natt, og fungere adekvat mentalt og sosialt. Postoperativt følger disse pasientene vanlige utskrivingskriterier: Pasienten klareres av kirurg før utskrivelse.

Funduplikasjonspasientene, milt - og binyrepasientene, har telefonkontakt med kirurgen etter 1 uke, og får ofte poliklinisk kontroll etter 2 – 3 måneder.

Ut i fra dette konseptet har Dagkirurgisk senter gjort litt over 1000 cholecystektomier siden 1994, ca. 120 i året. De første 200, januar 1994 – desember 1995 ble fulgt opp ved en etterundersøkelse publisert i British J Surg 1997(O.Mjåland et al).Resultatene viste seg å være svært tilfredstillende. Erfaringer pr. 2002 er at dagkirurgi er rutine for laparoskopisk cholecystektomi. Vi har intet ventelisteproblem, meget få alvorlige komplikasjoner, pasienttilfredsheten er god og forholdene er gunstige for utdanning av kirurger.

Ut i fra samme konsept har avdelingen operert 86 pasienter dagkirurgisk for spiserørsbrokk fra januar 1997 til november 2001. Operasjonsmetoen har vært laparoskopisk funduplikasjon Postoperativt ble 88 % utskrevet som planlagt. Ved oppfølging etter 1 uke hadde ca. 50% av pasientene et postoperativt forløp som

forventet. De øverige pasientene var i varierende grad plaget av smerte, dysfagi, kvalme, tretthet, likevel akseptabelt for hjemmesituasjonen.. 70 % av pasientene ville ha foretrukket dagkirurgi for liknende prosedyrer.

Konklusjoner: Dagkirurgisk laparoskopisk funduplikasjon er rimelig trygt, godt tolerert og har aksepterte andeler innleggelser og reinnleggelser. 90 % av alle pasienter med kirurgisk behandlingstrengende refluxtilstand kan planlegges for dagkirurgi.

Dagkirurgisk senter har siden mars 1999 utført laparoskopisk fjerning av binyrer.13 pasienter er operert (B. Edwin et al : Surg Endosc 2001). Vanlig dagkirurgisk konsept ble fulgt, og pasientene ble selektert etter disse kriterier: Alle hadde Conns syndrom, (binyretumor med hypertensjon og forhøyet aldosteron). Eksklusjonskriterier var feokromocytom, tumor > 10 cm, og cancer. Resultatene var svært positive. Alle pasientene ble utskrevet som planlagt, ingen ble reinnlagt. Komplikasjonene var svært få. BT- medikasjon ble seponert operasjonsdagen, og etter 4 uker hadde alle pasientene normaliserte hormonverdier og normalt BT. Konklusjonen var at prosedyren er meget velegnet for dagkirurgi.

Primo 2000 startet Dagkirurgisk Senter med å gjøre laparoskopisk splenektomi (B.Edwin et al : Kirurgisk høstmøte 2001). 7 pasienter ble operert, indikasjoner var idiopatisk trombocytopeni og residiverende miltcyste. Samme dagkirurgiske konsept ble fulgt.Resultatene var også her svært gode. Prosedyren var ukomplisert, ingen blødning oppsto pre/postoperativt og alle ble utskrevet. 1 pasient ble reinnlagt med feber som viste seg å skyldes vannkopper, ellers var resultatene gode. Konklusjon: Avdelingens rutine er å gjøre alle 4 inngrep laparoskopisk. Vi har svært få alvorlige komplikasjoner, intet ventelisteproblem og pasienttilfredsheten er god.

” For farlig for kvinner?” Komplikasjoner til laparoscopi

Overlege Anton Langbrekke, Gynekologisk avd. Ullevål universitetssykehus, redegjorde for farer ved laparoskopisk kirurgi. Statistisk sett vil 3/ 1000 pasienter bli påført skade / komplikasjon ved denne type kirurgi. Den farligste delen av operasjon er oppstart, mer enn 50 % av alle skadene er inngangsskader. Perforasjon av a. epigastrica er, sammen med tarmperforasjoner de hyppigste skadene. Gynekologer og gastrokirurger diskuterer stadig hvilken inngangsmetode som er best,

”åpen teknikk” eller bruk av Verre`s nål. Langbrette presiserte viktigheten av at man behersker den metoden man velger å bruke, og kom med følgende råd angående Verre`s nål: Bruk engangs-nål med butt beskyttelseshylse, sett den alltid ned mot fossa iliaca og med åpen kran (man ser straks blødning). Et argument for å benytte Verre`s er at man da har muligheten av å ha høyt trykk i buken ved innsetting av alle troicarer, ca. 20 mmHg, (trykket settes ned til ca. 10 når troicarene er på plass).

Innsetting av troicarer er også en potensielt farlig prosedyre. Skarpe troicarer med beskyttelseshylse anbefales, man unngår å bruke for mye kraft. Okkulte blødninger på bakre bukvegg i oppstart av operasjonen kan være vanskelig å diagnostisere før et evt BT fall.

Tarm- eller blæreperforasjon sutureres laparoskopisk umiddelbart.

Komplikasjoner i forbindelse med bruk av diatermi kan oppstå under hele inngrepet spesielt ureterskader eller varmeskader i vevet. Bipolart utstyr er sikrest, selv om det avgir mest varme i vevet.

Monopolart utstyr brukes ofte kombinert med bipolart, og det krever at instrumentene er godt vedlikeholdt, at

isolasjonshylser er hele og tette. Tarmskader på grunn av diatermi kommer senere enn 1. døgn, og det er derfor viktig at pasientene har åpen retur til sykehuset.

Hva kan så gjøres for å eliminere flest mulig av skader og komplikasjoner?

Skadene er ofte relatert til kirurgens erfaring.

Sykehuseiere må sørge for kvalitetssikrede opplæringsprogram for leger. Laparoskopisk teknikk har lang og bratt lærecurve, og legene må ha gode muligheter for å tørrtrene. Avanserte teknikker fører til økt spesialisering, man må velge hvem som skal gjøre hva med hvilke pasienter.

Operasjonsteamet må være samkjørt. .

Langebrette avsluttet med at laparoskopisk kirurgi er trygt, men man må følge ”spillereglene”. Likevel må alltid noen gå i front og gjøre nyvinninger, under mest mulig kontrollerte forhold.

For utrygt for dagkirurgi? Hvor tilfredse er pasientene etter laparoskopisk cholecystectomi? Ved Avdelingsleder Gunn Goksøyr

Hun refererte til en pågående pasientundersøkelse ved Dagkirurgisk Senter R. Metoden er 3 telefonintervjuer i løpet av 6 uker med standardisert spørreskjema. Resultatene var overveiende positive, selv om det er forbedringspotensiale. Noen pasienter hadde mer smerter enn forventet. Kvalme viste seg å være et lite problem. Sårinfeksjon hadde ikke oppstått, og sykemeldingstiden var som forventet, median 11 dager. Nesten alle pasientene var

oppegående etter 1 uke, og i full funksjon etter 6 uker. De aller fleste følte seg trygge ved hjemreise, og etter 6 uker opplevde halvparten av pasientene situasjonen som forventet eller bedre. De fleste pasienter ville foretrukket dagkirurgi for en liknende prosedyre.

Konklusjon så langt i denne studien er at laparoskopisk cholecystectomi er trygt som dagkirurgi, Pasientene er tilfredse, men smertebehandlingen har et forbedringspotensiale. Hun minnet også om at smerter kan være et faresignal. Har pasienten sterke / ekstremt sterke smerter som trenger ekstraordinær medisiner, må operatør kontaktes. Pasienten bør da legges inn til observasjon. Vi har i avdelingen sett at tarmperforasjon viste seg på denne måten.

Undersøkelsen viste også at pasientene satte stor pris på oppringning/oppfølging spesielt etter en uke.

”Hallo, hvordan har du det?” ved Bjarne Røed, anestesisykepleier ved Dagkir.Senter.

Han hadde foretatt en etterundersøkelse (pilotstudie) av pasienter operert ved avdelingen. Fokus var å finne hva vi i avdelingen kan gjøre bedre for pasientene. Metoden var 2 telefonintervju pr. 6 uker, også med standardisert spørreskjema. Resultatene var stort sett sammenfallende med Goksøyr`s funn. Pasientene i

denne studien var også for det meste fornøyde med kommunikasjon og pasientbehandling.

Viktigheten av dette ble illustrerte med 2 pasienters erfaringer.

Pasient 1 var en kvinne, 51 år, opr. Axilletoilette på grunn av ca. mamma, som utviklet lymfjevæske i axillen. Hun ble henvist til kirurgisk mottagelse for tapping, og ble der møtt av en arrogant og uinteressert gastrokirurg. Pasienten skrev klagebrev til sykehuset og kontaktet helseombudet.

Pasient 2 var en 56 år gammel mann, hemmoroideoperert med mye vondt, som henvendte seg i mottagelsen dagen etter operasjon. Pasienten ble reoperert etter en uke på grunn av blødning. Etter 6 uker var han fortsatt noe plaget, og han ringte flere ganger til dagkirurgen. Pasienten var svært fornøyd med oppfølgingen fra sykepleier på dagkirurgen og behandlende kirurg. Erfaringene viste at uavhengig av hvor store plager eller problemer pasientene har, er måten pasientene blir tatt hånd om i avdelingen det viktigste.

Avslutningsvis bemerket Bjarne Røed at hovedinntrykket hans var at de fleste stor sett var svært fornøyd.

”Hallo, hva lurert du på?” Pasienthenvendelser etter operasjon. Ved pre og post

operativ sykepleier Ellen Borge

Hun refererte til en systematisk registrering av

pasienthenvendelser til avdelingen etter utskrivning.

Formålet var å finne ut hva pasientene lurte på, for evt. å kunne gi pasientene bedre pleie og service. Fra november 2001 til mars 2002 ble 96 henvendelser registrert, 1/3 av alle opererte pasienter. De fleste henvendte seg til avdelingen, relativt få til akuttmottaket, og langt flere kvinner enn menn tok kontakt. Resultatene viste at pasientene er mest utrygge i forhold til smerter og sårbehandling, ingen pasient ringte avdelingen på grunn av kvalme. De var usikre på medisinerbruk i forhold til forventede smerter og bekymret for det minste tegn til hevelse og rødhet i såret. En del pasienter tok kontakt på grunn av postoperativ blødning, (anal) og noen var plaget med obstipasjon.

Halvparten av pasientenes forespørsler kan betegnes som spørsmål om ”alt mulig”, både medisinske og mer praktiske rettede spørsmål.

Hun redegjorde så for hva som ble gjort med henvendelsene. Først og fremst er det viktig å være imøtekommende med pasienten, lytte, berolige, sile ut spørsmålene og om nødvendig sørge for kontakt med ansvarlig kirurg.

Ellen Borge opplever at sykepleierne bruker mye tid på informasjon til pasientene, både i avdelingen og i

telefonen. Man må vite ”alt”, man prøver å hjelpe pasientene i et system som ikke alltid er like smidig.

Ellen Borge konkluderte med at avdelingen kan gjøre en bedre innsats i forhold til smertebehandling postoperativt i hjemmet. Avdelingen har nå nye rutiner for smertebehandling av utskrevne pasienter, (vedlagt). Disse rutiner må følges opp og eventuelt revideres.

Pasientinformasjonen kan alltid bli bedre. Den skriftelige informasjonen revideres p.t., informasjonen kan etter hvert også legges ut på internett. For bedre å kunne ta oss av pasienten gjennom hele prosessen, ønsker og håper vi at Dagkirurgisk Senter skal få sin egen poliklinikk.

Til sist skal nevnes at mange ringer for å takke for god behandling.

Ny Larynxmaske; En innertier? Ved anestesispl. Edda Steen Hansen UUS

Våren 2001 tok man i bruk en ny type larynxmaske; ProSeal maske. Denne masken har et sideløp til ventrikkelsonde og produseres med et innføringsinstrument. Den er litt større enn vanlig larynxmaske og har litt større cuff. Anestesisykepleierne laget en undersøkelse for å finne ut hvordan de nye maskene er i bruk sammenlignet med de vanlige larynxmaskene. Det ble laget et avkryssningskjema hvor man registrerte gjennomsnittsinledningsdoser, og om det

var lett/vanskelig å legge ned maske/ventrikkelsonde. Man registrerte ventrikkelinhold, cuff trykk, evt. blod på masken, og om pasienten var plaget av sår hals/heshet eller svelgbesvær postoperativt. Bruk av innføringsinstrument ble notert, og man registrerte om lege/sykepleier var erfaren eller uerfaren. Pasientens alder og kjønn ble også notert. Undersøkelsen omfattet 91 inngrep, 52 med bruk av ProSeal, 39 med bruk av larynxmaske. Alle narkoser ble innledet ved bruk av Remifentanil og Propofol. Man fant at ProSeal pasientene var noe dypere ved innledning enn larynxmaskenepasientene. Årsaken kan være at innføringsinstrumentet irriterer hals/ svelg. Man kan la være å bruke innføringsinstrument, det gjøres ved enkelte andre anesthesiavdelinger. ProSeal maskene har større cuff, og er lettere å få tett enn larynxmaskene. På grunn av ProSeal maskenes størrelsen kan man også ha mye lavere trykk i cuffen enn ved bruk av larynxmaskene. Undersøkelsen viste også at det etter bruk var mer blod på ProSeal maskene. Videre undersøkelser med et større materiale er ønskelig for å være mer konklusiv.

”Man behøver ikke være syk for å bli bedre” Hva har ny organisasjonsmodell å si for at brukertilfredsheten skal

bli bedre.? Ved avdelingsoverlege Stein Tyrdal, Dagkir.Senter UUS
Han redegjorde for hvor Dagkirurgisk Senter R er i dag, og hvilke visjoner og planer avdelingen har for fremtiden. Tyrdal beskrev først hvordan planlegging og (sam)handling er ledd i en uendelig kjede: Mål og handling fører til ny virkelighet, som igjen fører til nye mål og handlinger. Han minnet også om at i en slik prosess er ofte våre ”motstandere” våre beste medspillere, (Thor Heyerdahl). Tyrdal gikk så gjennom forutsetninger som har vist seg å være (absolutte) suksesskriterier for dagkirurgisk drift: Egen, selvstendig avdeling, egne lokaler, eget fast personale, skjermet drift, liten og tett enhet og personale med spisskompetanse. Han minnet også om at begrunnelsen for å starte med dagkirurgi var å drive sykehus kostnadseffektivt. Andre stikkord i forbindelse med dagkirurgi er god seleksjon av pasienter, kort operasjonstid, overlegekompetente kirurger og at strykninger er et banneord. Like viktig for å oppnå brukertilfredshet er personales holdninger: ”Vi trenger Glade, Optimistiske, Dyktige Engasjerte medarbeidere”; (GODE).

Tyrdal snakket så om fremtidens organisering, spesielt i forbindelse med målsettingen om å doble driften innen 2003. Avdelingen

har visjoner om å være et dagkirurgisk kompetansesenter i front av utviklingen både faglig, administrativt og økonomisk. Man ønsker også å være en utprøvingsavdeling. Dobling av driften er en organisatorisk utfordring. Man ønsker å beholde fleksibiliteten, (for eks. at anesthesi- operasjon og p.o.sykepleiere avløser/ hjelper hverandre ved sykdom), den flate strukturen, det gode arbeidsmiljø og den gode organiseringen. Samtidig må man tilpasse seg myndighetenes krav om en profesjonsnøytral leder og få en tilpasningsdyktig organisasjon.

For å oppnå målet om å doble antall pasienter, er man vår/sommer 2002 i ferd med å etablere en ny dagkirurgisk avdeling med egen avdelingsleder som er administrativt likestilt med den nuværende. Videre tenker man seg i fremtiden å etablere en egen felles poliklinikk. Dette knyttes sammen av en felles senterleder.

For å kunne realisere disse planene er man avhengig av at omgivelsene påvirker utviklingen positivt: sykehusdirektøren, (skiftes ofte ut!), Helse Østs holdninger og planer, og det politiske klima generelt.

”Beklager du er strøket! Hva, hvorfor og hvor ofte?”

I sitt andre foredrag redegjorde avdelingsoverlege Stein Tyrdal for strykninger av pasienter fra operasjonsprogrammet ved

Dagkirurgisk Senter R. Han viste til en registrering av alle strykninger i avdelingen høsten 2001. Bakgrunnen var også en målsetting om å utvikle noen felles kvalitetsindikatorer på nasjonal basis. Antall strykninger bør ikke overskride 5 %, i tråd med sykehusets strategiplan. Målet internasjonalt er 1 % strykninger, (Verdenskongressen i dagkirurgi, Geneve 2001). Tyrdal definerte strykning slik: En operasjon som strykes av programmet etter at programmet er avsluttet. Målet med registreringen han presenterte var å kartlegge årsakene til at pasienter strykes av programmet, og å finne ut hvor ressursene skal settes inn for å redusere antall strykninger. Ukentlig ble alle strykninger registrert, man benyttet et skjema for hver strykning. I denne perioden var strykprosenten oppe i 7 %. Det ble registrert hvilke type kirurgi som ble strøket, (gastrokir, ortopedi, etc.), hva man bør og kan gjøre noe med, og hva man ikke skal bruke ressurser på å gjøre noe med. Man fant at kommunikasjon, informasjon og forberedelse av den dagkirurgiske pasient må bli bedre. Det er nødvendig å korte ned tiden fra poliklinikk til operasjon, og man ønsker et bedre samarbeid med poliklinikk ang forberedelse og informasjon til pasientene. Egen dagkirurgisk poliklinikk er den beste løsningen. Kontinuerlig holdningsarbeid innad i avdelingen er også

nødvendig, alle ledd i organisasjonen må være seg bevist at strykninger ikke skal finne sted. Tyrdal mente at 1 % strykninger er et urealistisk mål, en slik ressursbruk vil ikke være kostnadseffektiv. Han pekte på at strykning på operasjonsprogrammet faktisk kunne være et gode da heller ikke alltid personalet er fulltallige! Målet ved Dagkirurgisk Senter R er en strykningsprosent på 4 % for 2002

”Som man roper i skogen får man svar!” Suksess og fiaskokriterier for kvalitetsikringsstudier ved Avd leder og

Avdelingsoverlege Johan Ræder anesthesiavd, UUS.

Med å ”rope i skogen ” mener man i denne sammenheng å lete / prøve å finne noe som kan brukes til egen forbedring! En forutsetning for å kunne øke sikkerheten og kvaliteten er å se på hva det vi gjør, og systematisk undersøke organisering, prosess (f. eks. pasientflyt), resultat og økonomi. Hvordan skal vi ”rope”, og hvordan skal vi vurdere egne og andres resultater? Ræder understreket at det er flere nivåer å vurdere egen virksomhet på. Man kan gå ut fra synsing eller enkeltopplysninger over kortere eller lengre perioder, gjøre strukturerte/ systematiske observasjoner eller evt. tyngre, vitenskapelige studier. Kilder for våre observasjoner er det vi observerer selv, det

pasienten rapporterer, og det vi spør / undersøker pasienten på. Spørsmålene må være bevisst formulert, ikke diffuse og ikke stilles på en ledende måte. Utspørring skal være et verktøy for å beskrive et fenomen, for eks. kvalme. Ja- nei spørsmål gir ikke en god nok beskrivelse av en situasjon, spørsmålene må graderes i forhold til for eks. kvalmens intensitet og varighet. Spør vi pasienten om han har hatt ikke noe – litt – mye – veldig mye kvalme, gir svarene oss mulighet til å lage en skala, en visuell analog skala (VAS), gradert fra 1 - 10. Data i forbindelse med pasientundersøkelser samles systematisk fra flere kilder. I denne forbindelse kan journaler være av varierende kvalitet, ikke alle like gode. Skriver en pasient brev og klager over for eks. kvalme, er dette ikke alltid notert i journalen. Slike symptomer og plager vil man oftere finne dokumentert i sykepleierjournalen. Telefonintervju er et godt alternativ ved innsamling av pasientdata. Man snakker med pasienten, og kan luke ut evt. misforståelser. Spørreskjema som pasienten får med seg hjem er også en mye brukt metode, forutsatt at man sender med pasienten ferdig frankert konvolutt. Da kan denne innsamlingsmetoden gi oss god informasjon, med 80 – 90 % svar. Johan Ræder gikk så over til å snakke om feilkilder ved

pasientdatainnsamling og systematiske studier.

Placebo effekt er et kjent fenomen i forbindelse med undersøkelser angående smertebehandling, alle undersøkelser må derfor sammenlignes mot placebo – effekt.

Et annet fenomen er ”eager to please” begrepet; Pasientene vil gjerne at vi skal bli fornøyde og svarer mer positivt enn de mener. En nøytral utspørter løser dette problemet. Vi snakker også om ”ei pølse i slaktetida”; pasienter som nettopp har fått rede på at de ikke har kreft vil være lite opptatt av å beskrive tidligere plager som smerter eller kløe. Urealistiske forventninger er en annen feilkilde; forventer pasienten lite sårsmarter, kan selv moderate smerter oppleves sterke. Et klargjørende spørsmål er å spørre pasienten om han, under like omstendigheter, ville anbefale nær familie å gjennomgå samme behandling. De fleste pasienter har høy terskel for å klage, nesten alle sier de er

fornøyd selv om de har hatt mye plager.

Ræder redegjorde så for feilkilder som kan oppstå ved systematiske studier.

Først nevnte han begrepet ”naturlige svingninger over tid”. Sykehusinfeksjoner viser seg for eks. normalt å svinge i antall fra måned til måned.

Det viser seg også at gjentar man registreringer av et fenomen, for eks. antall sårinfeksjoner, vil resultatene dra seg mot middelveier. Et annet problem som kan oppstå er at faktorer som ikke registreres blir endret i løpet av registreringsperioden. Andre feilkilder kan være at all oppmerksomheten studiesituasjonen gir, tar fra pasienten muligheten til å få fram hvordan han egentlig opplever situasjonen, eller at pasient og personalet blir så begeistret over å drive med noe nytt, at dette gir seg utslag i for positive resultater.

Ræder definerte så hva som ekskluderer begrepet ”vitenskapelig undersøkelse” fra andre undersøkelser:

” Vitenskap skal sikre at resultater er reelle og ikke tilfeldige.

En vitenskapelig undersøkelse skal være en prospektiv, randomisert, dobbelt blind, placebokontrollert, sammenlignende studie; godkjent av etisk komite.” Antall pasienter inkludert i studien skal alltid dokumenteres for å sikre statistisk styrke.

Til slutt understreket Ræder at vi, tross beskrivelser av vansker både med å samle inn og å behandle data riktig, ikke må være redde for å gjøre undersøkelser i egen avdeling! Vi må definere ambisjonsnivå ut fra de kunnskaper vi har, være ydmyke og bevisst de mange beskrevne feilkilder. Det kan også være nødvendig å bruke personer med universitetsbakgrunn for å få et pålitelig resultat.

Avslutningsvis bemerket Ræder at det alltid er bedre å gjøre noe enn ingenting. Den som aldri roper i skogen får i hvert fall ikke noe svar!!

Svenskt dagkirurgisk møte i Stockholm 26.april 2002.

Referat ved Unni Naalsund.

Det årlige vårmøtet for svensk dagkirurgi hadde samlet 383 deltagere.

Forsamlingen besto for det meste av leger og sykepleiere fra ulike dagkirurgiske avdelinger fra hele Sverige. Kursleder var Jan Jakobsson fra Sabbatsberg Sykehus.

Ulike dagkirurgiske avdelinger ble presentert.

De poengterte nødvendigheten av at enheten var adskilt fra resten av sykehuset, at den var overkommelig i størrelse og at den hadde en god og trygg stab

som jobbet godt sammen og kunne sine ting. Medarbeidere med engasjement er viktig. Rutinene må være enkle.

Nærskjehus – en sjukvård i forandring ved Gøran Tunevall, Sabbatsberg.

Med nærskjehus menes ikke bare geografisk nærhet til pasienten, men at det er nær pasientens behov. Pasienten skal trives i et hyggelig miljø. Man må lokke kundene til seg og stadig spørre seg: Har vi den nødvendige kompetansen eller kan vi skaffe den? Avdelingen må drives markedstilpasset – for eksempel er det flere pasienter som ønsker operasjon om kvelden av hensyn til arbeidet. Dette må selvfølgelig være et mulig tilbud på samme vis som man kan drive poliklinikkøkter på kveldstid. Man kan velge seg ulike forbedringsmetoder. For eksempel hadde de satt i gang en stor infeksjonsstudie. Dette hadde etter en tid resultert i nedgang av infeksjoner bare som følge av undersøkelsen.

”Sophia hemmet” i

Stockholm – en dagkirurgisk klinikk med ulike inngrep som ortopedi, urologi, plastisk kir, håndkir og gynekologi. De hadde ifjor 2100 pasienter fordelt på 2 operasjonstuer. Avdelingen er drevet som en privat stiftelse. De hadde lokalt utarbeidet gode skriftelige standarder med dokumenterte rutiner for prosedyrene.

De la også stor vekt på at pasienten skulle møte samme kirurg som på poliklinikken og samme personalteam på avdelingen. Informasjonen var enhetlig, var utarbeidet av teamet i fellesskap og undertegnet av ansvarlig avdelingsledelse.

Et godt tips var at flere nå hadde fått som rutine at pasienten selv ringer opp avdelingen dagen før de skal opereres. Da får de tildelt ankomsttidspunkt til avdelingen.. På denne måten får pasienten mer skreddersydd ankomsttid samtidig som avdelingen får en forsikring om fremmøte. Her kan da også pasienten få svar på ulike praktiske spørsmål. På denne måten slipper man tidkrevende oppringninger til pasienter som slett ikke synes å oppholde seg på de forventede steder.

Brokk-kirurgi ved M&M Medical - Privat klinikk i Stockholm.

Svenskene har fått laget et eget brokkregister. Denne registreringen startet i 1992. For tiden er 65 klinikker med på registreringen, og man regner at det innbefatter 85% som nå blir registrert. De fleste opereres med nettkirurgi- fortrinnsvis med Lichtenstein metode(45%) – 17% med plugg. 10 % med laparaskopi. ”Anestesivinneren” er for tiden lokalanestesi med sedasjon.

Toncillectomi som dagkirurgi – Danderyds Sykehus.

Dette er en ren DK avdeling med ØNH pasienter. De gjennomfører ca 2000 operasjoner pr. år – de siste 6 årene 2300 toncillectomier. Alle pasienter ringer og har en pre operativ samtale med personalet på avdelingen. Her har de da muligheter til å stille spørsmål, få informasjon om forberedelsene, smertebehandling og råd om mat og drikke. Viktig med kort operasjon, lite blødning og minimalt med smerter post operativt. De hadde nå forbedret den kirurgiske teknikken og i 1998 tatt i bruk diatermisaksen. Dette hadde gitt signifikant minskning av post operativ blødning både blant barn og voksne. Problemer med svelgbesvær var blitt bedre og operasjonstiden forkortet. Som smertestillende hadde de benyttet seg av paracetamol og morfin. Men de planla nå å gå over til Oxycontin og Vioxx. Anestesteknikk var intubering uten curarisering- propofol/sevofluran/rapifen – de gir steroider for å minske PO hevelse. Lokalanestesi i toncillene ble satt av operatør. Det ble poengtert viktigheten av nesten militante regler. Man må gjøre mange for å bli god. Viktig å tenke på ved sentralisering. En viktig del av informasjonen er å forklare normalforløpet, slik at pasienten skjønner når sykehuset evt må kontaktes ved avvik.

Hysteroskopi ved Jørgen Natorst Böös og Arne Rådestad.

Hysteroskopi kan brukes både diagnostisk og til operativ fjernelse av feks mindre myomer og blødninger. Dette kan da utsette eller unødiggjøre hysterektomi. Man går inn vaginalt via servix. Inngrepet kan gjøres i lokalanestesi, og det er vanligvis ikke nødvendig med sykmelding etterpå.

Oppfølging av pasienter etter dagkirurgi ved Magnus Berndzon og Johan Magnus – Skovde Sykehus.

Dette var to intensivsykepleiere som hadde gått sammen med et privat firma og utarbeidet et program for elektronisk dagkirurgisk pasientdokumentsjon. Her ble alle pasientenes opplysninger på en brukervennlig måte lagret til spesielt bruk for de ulike formål. De hadde hele opplegget fra poliklinikken, oppholdet, hjemreisen og opprinningsamtalen etterpå. På en enkel måte kan man få frem dokumenterte opplysninger og bruke disse siden.

Pasientspesifikke data, hvem har vært innblandet? Tidspunkter, Har pasienten spist analgetika etter anvisning? aktivitet, forbindelse, informasjon, har de kontaktet sykehuset? Skal begynne å teste systemet nå. St.Gøran har et datasystem.

ISO 9000 – et vellykket alternativ for kvalitetsikring ved Susanna Adler Widlert, kvalitetsjef ved M og M medical.

ISO 9000 er et internasjonalt standardisering/sertifiserig kvalitetsystem. Dette er et system som opprinnelig er laget for næringslivet. Disse kriteriene måtte oppfylles for å få drive sykehus- svensk sertifiseringsystem/kvalitetsikret virksomhet. Virksomheten må selv utvikle systemet med egne standarder for utstyr, inngrep osv. Standardiseringsystemet må være fleksibelt med kontinuerlig oppfølging og revidering av oppsatte krav, mål og strategi.

Hvordan utvikler man kvalitetsystem ISO 9000?

- Det må være virksomhetens eget system – kan ikke kjøpes ferdig. Man

trenger virksomhetens delaktighet.

- Standarden skal støtte , ikke styre.
- Definere prosessene i virksomheten.

Svenskene er svært opptatte av kvalitetsystemer og ISO 9000 er brukt når de laget sitt eget svenske sertifiseringsystem SWEDA.

Veien videre ved Jan Jacobsson.

De har i Sverige vansker med å få formalisert og dannet en egen organisasjon eller forum på lik linje med NORDAF - og også da internasjonalt med IAAS. Mye av årsaken er motstand blant de øvrige spesialistgruppene, da de ser på dette som konkurrerende virksomhet til egne organisasjoner. Foreløbig forblir svensk dagkirurgi basert på en god nettside som drives frem av aktive ildsjeler. De har også som siktemål å få gjennomført et årlig vårmøte. Neste vårmøte blir i Skovde i Borås.

**Vi minner om vinterens dagkirurgiske ”happening”-
Vintermøtet 7. og 8. februar 2003 - Soria Moria - se side 19**

Utvidet dagkirurgisk virksomhet ved Ullevål Sykehus.

Intervju med Lisbeth Winger, avdelingsleder ved Dagkirurgisk senter S, Ullevål sykehus. –sept 2002

I midten av august åpnet Dagkirurgisk Senter ved Ullevål Sykehus en ny enhet i tillegg til den eksisterende i bygning R. Dette er første steg på det vi kaller "kløverblad-modellen" hvor tanken er flere små, effektive, selvstendige og sidestilte dagkirurgiske enheter bundet sammen av en Senterleder.

Foranledningen til utvidelsen nå er at man i halvannet år har operert cancer mamma pasienter dagkirurgisk på Ullevål sykehus. Med dette ble cancerproblematikken bragt inn i dagkirurgien - med de nye utfordringene dette førte med seg. Selv om erfaringene med denne pasientgruppen var gode, viste det seg raskt at man fikk store kapasitetsproblemer. I tillegg til at annen dagkirurgisk virksomhet ble



skjøvet til side, klarte man heller ikke å ta unna cancer-køen i samme takt som mammografien fanget dem opp.

"Trangboddheten" ble også påtrengende ettersom denne pasientgruppen hadde et helt annet behov for informasjon med dertil hørende samtalerom enn hva man til nå hadde kunnet tilby. Ullevål bestemte seg for å åpne en ny dagkirurgisk enhet. Denne ble lagt til sentralblokk hvor man hadde 2 nyoppussede operasjonstuer til rådighet samt romslige lokaler rett utenfor med plass til 8 senger og alt som hører til.

Dagkirurgisk Senter håper at den geografiske nærhet til det andre kløverbladet (enhet R ute på jordet) etter hvert kan bli bedre, men i mellomtiden ønskes den nye avdelingen velkommen der den er. Det finnes vel knapt det sykehus i Norge som ikke har utvidet eller har planer om utvidelse av sin dagkirurgiske virksomhet. Der er flere løsninger for å få dette til. Men enkelte problemstillinger blir overraskende like. Vi i Nordaf tenkte det kunne være på sin plass å høre litt om de tanker og erfaringer Lisbeth Winger, avdelingsleder på Ullevåls nye avdeling S har gjort seg i den anledning.

Vi følger henne på begeistret omvisning i de nye lokalene hvor vi får raske glimt og demonstrasjoner av alt det fine utstyret. "Det har vært veldig moro når vi først åpner en ny avdeling å slippe og "arve" gammelt og delvis utdatert utstyr fra andre avdelinger", sier hun fornøyd og viser oss noe av det mest moderne vi kan tenke oss både av anestesibord, operasjonsbord og "fast track" tralle.

"Dere har så vidt startet opp nå i august. Når skal den offisielle åpningen være?"

"Det er enda ikke bestemt. Foreløpig kjører vi langsomt i gang og konsentrerer oss om ca mamma, plastikkirurgi og karkirurgi med varicer. Vi satser jo på å bli et kompetansesenter innen cancer mamma/rekonstruksjonskirurgi. Cancerpasientene overnatter på hotellet hvis tilstanden krever det. De fleste pasientene er svært fornøyde med dette. Plastikkirurgien dreier seg i stor grad om bryster med rekonstruksjoner og reduksjonsplastikker. Det er også etablert et samarbeid med plastikkirurgene ved gjennomføringen av brystbevarende kirurgi."

"Vi vet det ligger mye arbeid bak dette, Lisbeth, men det må jo også være gøy etter et langt liv på Ullevål å få starte opp med blanke ark?"

"Å ja, bevares. Her er det ingenting som har satt seg fast i veggene enda. Vi har muligheten til selv å skape en god kultur."

"Kan du si litt om de problemstillingene du har tumlet med?"

"Til å begynne med etter ansettelsen var jeg mest opptatt av det materielle med utstyr og innkjøpsplanlegging. Den saken gikk egentlig greit. Verre var det å skaffe nok personell som kunne ansettes i god tid til hjelp i planleggingsfasen., men nå er heldigvis de fleste på plass. Litt av problemet har faktisk vært at med en gang noen tar stillingen, så våkner det gamle arbeidstedet til liv og overbyr både med lønn og andre goder. Dermed forblir søkeren på sin gamle arbeidsplass, og vi må starte forfra med avertissement samtidig som tiden løper raskt."

"Hva synes du alt i alt at har vært den største utfordringen?"

"Det å hoppe uti noe jeg aldri har gjort før. Dagkirurgi er nytt for meg, så her har jeg litt å sette meg inn i."

Vi vet at Lisbeth er vel skolert for jobben, har rikelig med ledelseserfaring og er utdannet operasjonsykepleier.

"Synes du det virker skremmende å starte helt forfra med ny avdeling?"

"Nei, det er jo bare spennende. Men jeg befinner meg nå i et annet ledersjikt på sykehuset samtidig som jeg har ansvaret for at sterke faggrupper spiller på lag. Mange av de nytilsatte har mindre erfaring med dagkirurgi fra tidligere, og de har erfaringsbakgrunn fra ulike sykehus. De som ble ansatt først har derfor jobbet en del i bygning R sekjonen for å få

med seg noen dagkirurgiske knep fra starten. De nyansatte er alle sterke og erfarne fagfolk, ressurssterke, entusiastiske og "selvgående". De har alle gjort en uvurderlig innsats med å lage gode systemer, rutiner og kvalitetssikring av arbeidet. Fint utstyr til tross, personalet er avdelingens viktigste ressurs, og det å få oss alle til å se helheten, tenke tverrfaglig og jobbe i tette team sammen har vært en stor del av utfordringen. Det å finne en sunn balanse her er viktig og ikke gjort i en håndvending," sier Lisbeth tankefullt.

"Hvis du ser tilbake, var det noe du kunne ønsket gjort annerledes?"

"Ja, jeg ville svært gjerne deltatt i den opprinnelige planleggingsprosessen mht romfordeling, budsjett og stillinger. Da jeg kom inn i bildet var disse premissene lagt av andre, og selv om de hadde gjort et solid nok forarbeid hadde det vært enklere å være med selv fra starten. Jeg er jo egentlig et mildt menneske som gjerne vil tilfredsstille alle. Så jeg kom litt mellom barken og veden mellom de allerede lagte kort og forhold som dukket opp underveis og krevde improvisasjon. Men bevares, det er en spennende oppgave jeg har fått. Vi er fornøyde med lokalene. Her er stort og lyst og nok samtalerom. Store lokaler kan nok også være vår hemsko ettersom størrelsen lager større avstand til de ulike hendelser. Men det er tatt høyde for

arkitektonisk ressurskrevende lokaler i normeringen, så vi får håpe det går bra. Her er i alle fall nok å gripe fatt i. Det gjelder å være et skritt foran når hygienekomiteen, håndverkere og brannfolk gjør sin entre og vil ha sine

nødvendige forandringer gjennomført”, sier Lisbeth og forsvinner leende nedover korridoren.

Vi ønsker henne lykke til og er ikke i tvil om at hun med all sin energi, erfaring, varme og humor burde ha alle

forutsetninger for å finne rytmen og lykkes med å lage et godt sted både for pasienter og ansatte.

Unni Naalsund, sept 2002

Kommende møter og kongresser

Vintermøte 2003- Soria Moria – Oslo - fred 7/2 og lørd 8/2 2003

Det er søkt om godkjenning for etterutdanning av leger og sykepleiere.

Hovedtemaer denne gang:

- Kvalitetsmåling innen dagkirurgi
- Politiske utfordringer innen helsevesenet og dagkirurgien
- Erfaringer fra andre land
- Frie foredrag.

Påmelding og praktiske opplysninger ved Team Congress

<http://www.teamcongress.no/events/NORDAF03/>

Du vil også finne fullstendig program på NORDAFs hjemmeside <http://www.nordaf.no>

Frie foredrag til vintermøtet::

Alle har nå muligheten til å melde seg på frie foredrag på lørdag. Innlegget bør være mellom 8-12 minutter. Man kan stå fritt i valg av emne; det kan være egne data, undersøkelser, erfaring med nye metoder eller debattinnlegg. Alle benyttede innslag vil bli honorert med kr 1000,-

Påmeldingsfrist til frie foredrag er 15.januar 2003

Melding om fritt innlegg sendes e-mail:johan.rader@ioks.uio.no

eller fax:J.Ræder, 22119857 eller brev til J.Ræder,Anestesiavd.Ullevål univ.sykehus,0407Oslo

Verdenskongress i dagkirurgi Boston 8-11 mai 2003 i regi av IAAS – Fifth International Congress on Ambulatory Surgery

Nærmere informasjon om denne kongressen vil bli å finne på www.fasa.or eller www.sambahg.org

Svensk dagkirurgisk vårmøte i Skövde 24-25 april 2003

Dansk forårsmøte 8.april 2003-Hotell Nyborg Strand, Nyborg

Linker:

- Nordaf-Norsk Dagkirurgisk Forum: www.nordaf.no
- 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 nätverk för dagkirurgi:
<http://www.orebroll.se/uso/>

NORDAFs styre

Styreleder Johan Ræder, avd.leder og avd.overlege,anestesiavd. Ullevål sykehus –
Tlf 22119690 mail: johan.rader@ioks.uio.no

Kasserer Terje Dybvik,overlege anestesi, Volvat Medisinske Senter
Terje.dybvik@volvat.no Tlf 22957500 Fax 229575110

Torild Johnsen,avdelingsleder/oversykepleier- Universitetsykehuset Nord Norge HF.
Tlf:77627418 Fax 77627419
Torild.johnsen@unn.no

Eugen Eide, overlege ortopedi - St.Olavs Hospital HF
Universitetsykehuset i Trondheim Tlf 73867478
Eugen.Eide@RIT.NO

Henrik Moen,overlege ortopedi, Ringerike Sykehus HF
Tlf 32116000 post@hmoen.com

Unni Naalsund,anestesispl. Dagkirurgisk Senter,Ullevål Sykehus.
Unn-naal@online.no Tlf 22119908

Eli Røed, oversykepl. Ringerike Sykehus- HF Tlf32116000.
Eli.Roed@rshelse.buskerud-f.telemax.no

Vi ønsker alle våre lesere en god jul og et riktig godt nyttår!



