

Dagkirurgisk stevnemøte med verden i Sevilla!

6th. International Congress on Ambulatory Surgery 24-27 april 2005

Dette blir nok vårens store dagkirurgiske høydepunkt! Vi håper at alt som kan krype og gå av norsk personell finner veien til Sevilla hvor vi kan hygge oss med faglig og sosialt samvær. Kongressen byr på et rikholdig program samtidig som det gis muligheter for fruktbar ide og erfarings Utveksling.

Det har vært lagt ut forslag til felles hotell og reise på vår web side.

Men ønsker man ikke å bo på kongresshotellet, finnes det mange billigere alternativer i nærheten av kongress sentret som kan søkes opp på internett. Flere tips om dette kan man sikkert også få rundt på de ulike dagkirurgiske avdelingene eller på vintermøtet i januar.

Mer detaljer om kongressen og påmelding kan dere finne på: www.iaascongress2005.org eller dere vil finne det via www.nordaf.no

Nordafs reisestipend på kr 5000,-

Det var 2 anestesisykepleiere, Marianne Hanehaug og Heidi Aadde, fra dagkirurgisk enhet i Bodø som har søkt og fått

innvilget kr 5000,- i høstens reisestipend til verdens-kongressen i Sevilla. Mer om Nordafstipendiene på side 18.



God jul!

Nordafs Vintermøte på Clarion hotell, Gardermoen 7. og 8. januar-2005

Vi har denne gangen forsøksvis valgt oss nye lokaler i håp om bedre plassforhold. Det er derfor fortsatt plasser igjen til tvilerne! Kontakt Teamcongress tlf.6124707 eller www.nordaf.no for påmelding.

Vi fortsetter vår spektakulære loddtrekning under festmiddagen.

Nordaf vil også i år under festmiddagen trekke om 2 gevinster pålydende kr 10.000. Dette er ment å dekke utgiftene til verdenskongressen i Sevilla.

Det forventes at de som reiser sender inn en rapport om oppholdet til Nyhetsbrevet. Gevinsten er personlig og kan ikke overdras til andre. Hvis den som vinner ikke ønsker å benytte seg av tilbudet, går pengene tilbake til foreningen.

Flere frie foredrag til vintermøtet!!

Det er fortsatt mulig å melde seg på frie foredrag. Grip pennen fatt hvis du har en undersøkelse eller andre gode ideer å formidle. Innslaget honoreres med kr. 1000,- Ring eller mail Johan Ræder før julen ringer inn.

Mer stoff om vintermøtet på side 16.

Innhold:

LEDER	2
TRAKTKANTARELLER OG DAGKIRURGI	3
RAPPORT FRA STUDIEBESØK VED DAGKIRURGISK AVDELING, SILKEBORG SENTRALSYKEHUS I DANMARK	4
PARACETAMOL.....	10
DAGKIRURGI I NORD NORGE, UNN	12
FAST - TRACK	13
INNSLAG TIL NYHETSBRVET	15
VINTERMØTE 2005.....	16
KOMMENDE MØTER OG SEMINARER 2005:.....	18
INFORMASJON OM NORDAF. 18	

Leder

Statsbudsjettet, betyr det noe for Dagkirurgi?



Ved Johan Ræder, styreleder i Nordaf
Primo november 2004

I skrivende stund er vi vitne til den årlige dragkampen om styringsregler og summer i forbindelse med neste års statsbudsjett. Noe av det mest bemerkelsesverdige er at dette viktige, men ganske uforutsigbare, årlige skuespill utøves kloss oppunder jul for så å gjøres gjeldende fra 1.januar. Først langt ut i desember vet sentrale myndigheter hva man har å forholde seg til; deretter må RHFer (regionale helseforetak), HFer, divisjoner, klinikker, avdelinger, produksjonsheter og til slutt de enkelte arbeidstakere etter tur og i riktig rekkefølge finne ut hva det betyr for dem. Langt ut i det nye året er vi på plass, for så å vite at nye spilleregler kommer fra 1/1-06. Et eksempel er om reglene for ISF refusjon per behandlet pasient gitt tilbake til helseforetaket skal være 60% (2003), 40% (2004) eller kanskje 60% igjen (mest sannsynlige forlik for 2005 p.t.) ? Betyr dette noe for vår planlegging og forutsig-

barhet innen dagkirurgi? Svaret er ubetinget ja, men premissene er ikke helt enkle

I utgangspunktet så skal regjering og Storting hvert år bestemme hvor stor pott de vil legge inn for all sykehusmedisin. Potten fordeles i første omgang til de fem regionale helseforetakene. Inneværende år gis det meste som et fast rammebeløp, mens en ganske stor del skal gis som betaling per inngrep eller behandling (=ISF, innsats styrt finansiering). Nærmere bestemt refunderes 40% av beregnet full DRG kostnad for hvert inngrep på denne måten. Vanligvis har statsbudsjettet tatt utgangspunkt i forventet produksjon omtrent som året før for å beregne hvor mye som skal settes av for å dekke ISF biten og så fylt opp resten av potten med rammebevilgning. Hvis ISF biten øker til 60 % av DRG, så vil potten til ramme reduseres med et tilsvarende beløp.

Fordelen med høy ISF prosent er at den stimulerer til ekstra produksjon, men den minker forutsigbarheten for de enkelte institusjoner. Man må fremdeles produsere like mye som året før for å få samme inntjening til RHF nivå. Men ekstraproduksjon vil lønne seg. Med 60% ISF jamført med 40 % vil man få 50% mer inntekt pr. pasient. Hvis ekstra utgiftene med å behandle en

ekstra pasient faktisk ligger på ca 50 % av full DRG takst, så vil man tjene gode penger hvis ISF er på 60% mens man vil tape hvis ISF er på 40%. Motsatt så vil enheter som av forskjellige grunner får redusert antall operasjoner tape mindre penger med 40 % ISF refusjon enn 60 %. Vi har ennå ikke sett produksjonstallene for 2004 hvor ISF lå på 40 %, men det er klart at en sats på 40% ikke stimulerer til bruk av overtid, dugnader, utbygging av kapasitet og konkurranse om pasientene på samme måte som 60%.

Imidlertid er det kanskje ikke det vi ønsker? Vi begynner å få god kapasitet; til og med overkapasitet, på en del områder innen dagkirurgien. Vi har sett økende konkurranse om pasientene, hvor markedsføringsmetodene kan bli ufine hvis det er for mye penger på spill. Man kan også fristes til å tøyne indikasjonsgrensen for inngrep hvor betalingen er god og pasientene ikke står i kø.

Uansett disse betraktningene så er det viktig for oss på grunnlaget å vite at helseforetakene, både de regionale og de lokale, har full anledning til å prissette og bevilge penger til de enkelte enheter uavhengig av hva produksjonen innbringer i faktisk ISF refusjon. Dette har RHF'ene gjort overfor private aktører, som vanligvis får avtalt

en fast pris uavhengig av svingninger i ISF. En slik pris kan være både 60, 80 eller 100 % av DRG for aktiviteter med lav DRG prising som man ønsker å stimulere. For inngrep som er godt DRG priset settes prisen lavere. For inngrep som ikke er

prioritert eller hvor det er overkapasitet kan man rett og slett si at vedkommende institusjon ikke får drive med dette for offentlige penger.

Det vi kan ønske oss, uansett prosenter og størrelse på pengesekken, er imidlertid

større forutsigbarhet og klarere signaler om hva som ønskes av oss som enkeltaktører. Nå er vi i litt for stor grad overlatt til jungelens lov og raske klimaendringer.

Traktantareller og dagkirurgi



November 2004
Av Unni Naalsund

Senhøsten er over oss og traktantarellene formelig dekker skogbunnen for tiden. Alle som har prøvd det, vet hvilken lykkefryd det er å finne et godt soppsted! De første funnene legges varsomt ned i kurven som et lite høstunder. Men så viser det seg altså at det første lille funnet bare var starten på et stort og endeløst soppfelt. Det blir straks slutt på varsomheten. Og soppene flås ned i kurven med en fart, griskhet og fryd som bare kan sammenlignes med Skruer når han stuper ned i pengebingsen. Der jeg ligger på alle fire og måker til meg som om jeg var redd noen skulle ta det fra meg,

” Det er vår frykt at de ”gode trygge rammene”, som alltid selges inn ved nye bestemmelser, er blitt sterkere for ansvarlige som sitter oppover i systemet, mens den enkelte helsearbeider er mer sårbar enn noen gang.”

forstår jeg plutselig at det må være den samme fryd næringslivsledere og aksjespekulanter har når pengene flommer inn i kassa. Mye penger(sopp i kurven) i kassa gir mersmak!

Endeløse mengder traktantareller som plukkes og store dagkirurgiske operasjonsprogram kan godt sammenlignes. Det å få plukket sopp(bare fryd) eller operert pasienten er ikke alltid den mest tidkrevende prosessen. Men det er med mine sopper som med pasientene – plukkingen eller operasjonene er bare en del av det hele. Pasientene skal våkne etter operasjonen, pleies, informeres, vurderes og sendes hjem. Det hjelper ikke å operere 20

pasienter på en dag hvis man ikke har senger/bårer og personell til å ta seg av dem etterpå. Det samme blir det med sopp som skal renses, tørkes og oppbevares i glass som jeg ikke har i de mengder mitt funn tilsier. Denne siden av prosessen er jo ofte langt mer tidkrevende. Så altså – igjen var det dette med kvalitet og helhet da...

Senhøsten er nok nå også kommet til de dagkirurgiske avdelingene. Etter mye nybrottsarbeid hvor man forenklet rutinene og sprengte nye grenser for hjemsendelse og effektiv drift, er vi nå i ferd med å innhentes av byråkratiet.

Det jobbes grundig rundt på helseforetakene med å få laget skriftelige rutiner, prosedyrer, standarder, serviceerklæringer, kontrollrutiner, avviksmeldinger og forskrifter.

Det er vårt inderligste håp at dette skal være til hjelp i kampen for å få hevet og sikret kvaliteten på arbeidet vi utfører. Samtidig bærer forskriftene og kontrollrutinene preg av å være satt opp av personell som beveger seg langt og trygt vekk fra vår kliniske virkelighet og inn i juristenes rike. Dette lar seg ikke alltid like enkelt og raskt tilpasses den hverdagen vi kjenner; Og spesielt ikke når vi samtidig skal bli ennå mer effektive på drift. Det er vår frykt at de ”gode trygge rammene”, som alltid selges inn ved nye bestemmelser, er blitt sterkere for ansvarlige som sitter oppover i systemet, mens den enkelte helsearbeider er mer sårbar enn noen gang.



Forskrifter kan ikke bare dikteres ovenfra av jurister og kvalitetseksperter. Skal systemene virke slik at også pasienten får en bedre og tryggere behandling, må det også gis **tid og muligheter** for personalet til å kunne følge opp! Eller var det kanskje viktigere for sykehuset å få **laget** de skriftelige kontrollrutinene, enn at den enkelte helsearbeider og ikke minst pasienten skulle få et

bedre vern i sin egen hverdag? Vi er gjerne med på nye systemer hvis det kan være oss til hjelp for å hindre at feil, uhell og slett pasientbehandling oppstår. Så får vi bare håpe at motivene til de enkelte foretak er så uselviske at det kun er kvalitetsheving av den enkelte helsearbeider og rutinene som er målet.

Traktantareller holder seg og kan plukkes lenge etter at høst og kuldegrader har satt inn. La oss håpe at også det dagkirurgiske konsept kan bevare sin friskhet og evne til nytenkning selv om byråkratens høststorm blåser friskt.

Rapport fra studiebesøk ved dagkirurgisk avdeling, Silkeborg sentralsykehus i Danmark



Randi Duesund er leder ved Dagkirurgisk Senter på Blefjell sykehus, Kongsberg. Hun var med i den første interessegruppen for dagkirurgi i 1995/96, var med i interimstyret i Nordaf og satt i Nordafs styre til 2001.

Mitt ønske om å dra til Silkeborg oppsto da jeg hørte oversykepleier Judith Møln-gaards foredrag på NORDAFs vintermøte 1999, der hun presenterte et særdeles strukturert

og gjennomtenkt opplegg for driften ved en dagkirurgisk enhet.

På Nordafs vintermøte 2004 fikk jeg 5000 kr. i stipend, og i august var jeg på et spennende besøk.

I 2001 ble det bygget ny og større dagkirurgisk avdeling. I dag heter avdelingssykepleieren Lise Rønne Nielsen, og hun var min inspirerende og engasjerte guide i halvannen dag. Personalet har lagt ned mye engasjement og arbeid i å nedfelle skriftlig hva de vil, hva de står for og hvordan de skal nå sine mål - med andre ord er visjoner, mål, forventninger og kriterier for kvalitet tydelig beskrevet.

Mål for Dagkirurgen:

- Høy kvalitet
- Rasjonell ressursutnyttelse
- Faglig utvikling

Kjennetegn på måloppnåelse:

- Kontinuerlig ansvar
- Fleksibilitet og omstillings evne
- Effektivitet
- Pasienten i fokus
- Kontinuitet i pasientforløp
- Multidisiplinær sykepleie
- Pasientinvolvering

Det var fint å gjenkjenne mye av dette fra min egen avdeling, og slik er det jo også ved mange andre dagkirurgiske avdelinger i Norge. Det ser ut til å være stor enighet om grunnleggende elementer i dagbehandling, men det er også interessante forskjeller i struktur og organisering som gjør det morsomt å ”shoppe” ideer hos hverandre. Det er heldigvis ikke bare én måte å gjøre tingene på.

Størrelse, bemanning og organisering

Dagkirurgen er organisert under anesthesiavdelingen, men har eget pleiepersonale og egne, nyoppussede lokaler. Avdelingen ledes av en avdelingssykepleier i samarbeid med overlege i kirurgi og anesthesi.

Der er fire operasjonsstuer og ni bårer/senger på pre- og postoperativ som en integrert del. PO er bemannet med tre-fire sykepleiere, alt etter hvor mange operasjonspasienter det er den aktuelle dagen.

Avdelingen er åpen 0730 – 1730 fem dager i uken. De holder stengt noen hverdager før jul/nyttår og påske, og i åtte uker om sommeren er det bemanning til drift på én stue med ca. fem pasienter per dag. Det opereres bare voksne pasienter i ASA-gruppe 1 og 2 innen fagområdene ortopedi (mest), generell kirurgi og gynekologi. Gjennomsnittlig er det 75 inngrep per uke.

Avdelingen er bemannet med operatører og anestesilege som rullerer fra hovedavdelingene for henholdsvis en dag og en uke av gangen. Det er 18,5 stillinger for anesthesi- og operasjonssykepleiere, 5,5 stillinger for sykehjelpere/serviceassistenter og 3 sekretær stillinger.

I Danmark er det bare anesthesi- og intensivsykepleiere som har ett års formell videreutdanning. Operasjonssykepleierne får intern opplæring i hver enkelt avdeling. Sykepleiere som skal bli operasjonssykepleiere kan komme fra praksis i hjemmesykepleien, fra sengepost eller fra annen praksis. Det er derfor behov for et grunnleggende opplæringsprogram for dem. Avdelingsoverlegen på anesthesiavdelingen er faglig overordnet anesthesisykepleierne.

Teamwork**Det kliniske team.**

Med det kliniske team forstås en flerfaglig tilgang, som tilgodeser den enkelte pasients samlede behov for undersøkelse, behandling og pleie innenfor samtlige funksjoner.

Forutsetningen for at det kli-

niske team skal fungere, er samarbeid. Dette samarbeidet bygger på viten, vilje, engasjement, fleksibilitet, arbeidsdisiplin, god tone, sans for humor, samarbeidsevne og åpenhet. Forutsetningen for at det kliniske team skal utvikle seg, er at alle er bevisst på og kritisk overfor teamets relasjoner og konstant er i dialog om innsatsområder og teamets ønskede profil (fra introduksjonsprogrammet.)

Multidisiplinær sykepleie

innebærer at pleiepersonalet utvider sine kunnskaps- og virkefelt slik at det blir flest mulig oppgaver som mange kan gjøre og færrest mulig oppgaver som bare noen få kan gjøre – altså minst mulig ”mitt bord”, og mest mulig ”vårt bord”. Både operasjons- og anesthesisykepleierne deltar blant annet i arbeidet på PO med ansvar for pre- og postoperativ sykepleie. Stort virkeområde gir trivsel ved jobbrota-sjon, øker utnyttelsesgraden av personalet, gjør avdelingen mindre sårbar ved sykdom og fravær, øker forståelsen for andres arbeidsoppgaver og forsterker fokus på – og ansvar for – helheten.

Teamorganisering.

Hele ”operasjonsgangen”, som danskene kaller operasjons- og anesthesiavdelingen, både på dagkirurgen og hovedavdelingen, er engasjert i et organisasjonsutviklingsprosjekt rundt teamorganisering av arbeidet. Prosjektet startet i mai

2002, og målene var økt kompetanseutvikling, bedre kvalitet og større arbeidsglede. Det er tankevekkende at en bi-effekt av teamorganiseringen var en effektivitetsøkning på 18 – 20 %, ikke ved at folk løp fortere, men ved at de jobbet smartere! Prosjektet er beskrevet i en masteroppgave i læringsprosesser skrevet av Lena Haugaard og Vinie Levisen i 2003/2004: "Team organisering – en mulighet eller begrensning for organisatorisk læring?" Dette er svært interessant lesning, men resultatene må eventuelt få sin egen presentasjon senere.

I praksis betyr teamorganisering at personalet deles inn i team som skal samarbeide om avvikling av dagens program på "deres stue". I hvert team velges det en *stueformann* som skal være "den første blant likemenn". Hvem som helst i teamet kan være stueformann, og vedkommende har ansvar for å planlegge og gjennomføre operasjonsprogram på sin stue, eller holde "den røde tråden" som de kaller det. Stueformennene skal gjøre dette i samarbeid med stueformann på postoperativ og avdelingens koordinator.

Stueformannsfunksjonen er godt innarbeidet, men evalueres kontinuerlig. Avdelingen har nylig kartlagt de ansattes forventninger til en god stueformann på nytt for å kunne lage en enda bedre og tydeligere funksjonsbeskrivelse. Det er også nødvendig å avklare stueformannens ansvar og myndighet i forhold til avdeling-

sykepleieren, som er den formelle lederen.

Koordinatorfunksjon ivaretas av en overlege i anestesi som kommer fra hovedavdelingen for en uke av gangen.

Koordinator er hovedansvarlig for avvikling av dagens operasjonsprogram, og må jobbe tett sammen med stueformennene, operatørene og avdelings-sykepleier. Koordinator har en svært viktig funksjon, og utføres av forskjellige anestesileger i kraft av deres profesjon. Det var ikke alltid like vellykket! Noen av dem har verken evner til, - eller interesse for å delta aktivt som koordinator, - noe som går ut over avvikling av dagens program. Det er også en ulempe at 11 anestesileger rullerer, og det kan derfor ikke forventes at de skal kunne ivareta kontinuitet i avdelingens drift, - noe som er et savn. Grunnen til at man velger å fortsette ordningen, er erkjennelsen av at mange daglige avgjørelser må tas av anestesileger og / eller operatør, og at anestesilegene derfor burde ha koordineringsansvaret. Ønsket er at alle med koordinator_funksjon også **tar** ansvaret.

Teamorganisering forutsetter definerte stueformenn og en koordinator med spesielt ansvar – det er kanskje ikke så nytt. Mer spennende er det at hvert team skal avsette *tid til refleksjon eller ettertanke* mellom inngrepene eller ved dagens slutt. Teamet skal samtale om hvordan dagen har

gått, hvordan konkrete oppgaver har vært løst og hvordan samarbeidet og samspillet har vært. I et nøtteskall kan dette sammenfattes i to kjernespmål: "hvis vi kunne få dagen i dag om igjen, hva ville vi da ha gjort annerledes?" og "hvis vi skulle gjøre noe fra i dag om til en lov – hva skulle den omhandle"?

Målet for refleksjonen er ikke bare at hver enkelt ansatt skal kunne lære, men at hele teamet kan lære noe av hverandre og sammen, og på den måten utvikle en lærende organisasjon. Det er stueformannens oppgave å samle teamet til refleksjon. I forbindelse med innføringen av teamorganisering ble det brukt mye tid på motivasjon. Noen ansatte var entusiastiske over at ettertanke ble satt på dagsordenen, andre var skeptiske og atter andre negative. Legene var ikke interesserte i å være med! Ledelsen valgte likevel å sette i gang uten dem, i håp om at de ville bli motiverte etter hvert. De som tok tid til refleksjon, syntes det var svært nyttig, både for å få mer kunnskaper, bevisstgjøre holdninger, av og til endre både holdninger og handlinger, og definitivt forbedre gjensidig forståelse og samarbeid. Det er fortsatt en utfordring å få *alle* til å ta tid til refleksjon.

Ventelistedministrasjon / operasjonsplanlegging

Operasjonsprogrammet settes opp fra poliklinikken. En sekretær administrerer booking-systemet. På forhånd er det

fastlagt en "uketimeplan" med fordeling mellom de forskjellige operative spesialitetene og operatørene. Operatøren skriver på operasjonssøknaden hvor lang tid inngrepet forventes å ta, og spesifiserer andre spesielle behov. Sekretæren puncher inn kritiske ressurser, og data-systemet finner frem til første ledige periode som passer med bestillingen (operatør, operasjonstid, utstyr m.m.) slik at pasientene får avtale om operasjonsdato alt når de er på poliklinikken. Dette er godt for pasientene, og det sparer sykehuset for mye arbeid i forbindelse med venteliste-administrasjon..

Sykepleierne på poliklinikken har samtale med dagpasientene for å gi informasjon og svare på spørsmål, og alle får med seg en "Pasientveileder" der det orienteres om praktiske forhold i forbindelse med oppholdet på Dagkirurgisk avdeling. Systemet med direkte booking fra poliklinikken fungerte stort sett bra, men avdelings-sykepleier på dagkirurgen ville helst ha styrt operasjonsplanleggingen selv. Personalet i avdelingen har mye kunnskap om hva det må tas hensyn til når operasjonsprogrammet skal settes opp og avvikles effektivt. Det er ikke alle faktorer data-maskinen tar hensyn til!

Operasjonsdagen

Pasientene ankommer til forskjellige tider utover dagen, og hvis de blir møtt i resepsjonen på samme måte som vi ble, vil de i sannhet føle seg både ventet og velkomne!

Sekretæren i ekspedisjonen har mye kontakt med pasienter og pårørende i forbindelse med ankomst og avreise og når de venter i avdelingen. Journaler, aktuelle skjema og papirer er godt forberedt og epikriser blir skrevet fortløpende. Til tross for at Danmark ikke har oljeinntekter er all pasientbehandling gratis, det er ingen penger å håndtere verken for konsultasjon, bandasjemateriell eller medikamenter! Sekretærene har et jobbrotasjonssystem som gir fleksibilitet og avveksling. De ga sterkt inntrykk av å være stolt av å ha orden i sakene sine!

Pre- og peroperativt

Etter mottakelse i resepsjonen blir pasientene henvist til en dagligstue der de venter til alle forberedelser er gjort. En anestesisykepleier har første samtale med pasientene, anestesilege blir kontaktet bare i spesielle tilfelle. Ved samtalen følges en sjekklister for å dokumentere navn, operasjonstype, siden som skal opereres, faste, medisinbruk m.m., og alle får identifikasjonsarmbånd. Pasientene må skrive under på at de ikke skal kjøre bil det første døgnet, og de som har hatt narkose får ikke være alene hjemme første kveld og natt etter operasjonen.

Anestesisykepleieren gir også pasienten premedikasjon. Standard premedikasjon er Panodil 1 g. og Voltaren 100 mg til de som tåler det. Pasienten har deretter samtale med operatør for endelig klarering.

Utover disse samtaler er det lite preoperative forberedelser. Pasientene får et låsbart skap der de bytter fra private sko til hvite tresko. Dette skjer ikke spesielt for hygienens skyld, men blir brukt som en intern kode så alle vet at pasienten har hatt preoperativ samtale med sykepleier og operatør. Hvis det er aktuelt med hårfjerning, får pasienten en hårklippemaskin og går på toalettet og gjør jobben selv. Pasientene går inn på operasjonsstuen i private klær, kler av seg bare i den grad det er nødvendig for inngrepet og legger seg på operasjonsbordet. Klær og andre eiendeler blir lagt i en kurv under baren som pasienten skal ligge på etter inngrepet.

Selve operasjonssituasjonen likner det vi kjenner hjemmefra. Sykehjelpere ble brukt til å "gå til hånd". Det er daglig kotroll og dokumentasjon av all apparatur på stuen.

Det brukes mye TIVA-anestesi og lokalanestesi som postoperativ smertelindning. Ofte er det to anestesisykepleiere som innleder anestesi sammen.

Dokumentasjon av peroperativ sykepleie er beskrevet i avsnittet "Dokumentasjon av sykepleie".

Postoperativ oppvåkning /overvåkning

Fra operasjonsstuen overflyttes pasientene til PO på bærer som de disponerer nesten helt til de reiser.

Det er ingen "mellomstasjon" i hvilestoler før hjemreise, så de kan kose seg med mat på

sengen. Det finnes en dagligstue, men den ligger et stykke unna PO og blir mest brukt til pasienter som venter før operasjonen, og eventuelt til pårørende.

Avdelingen har utarbeidet skriftlige skjemaer for hvert enkelt inngrep, der det står hva som skal observeres, hvilke mulige komplikasjoner som kan oppstå, hvilke smertestillende eller andre medisiner pasienten skal bruke i forbindelse med inngrepet, spesielle tiltak og beskjeder som skal gis om etterbehandling og kontroll. Disse standardene er et ledd i arbeidet med kvalitetssikring. All dokumentasjon refererer seg til standarder som angis ved numre, og kun avvik fra disse blir dokumentert spesielt. Fra apoteket får pasientene ferdige standardpakker med smertestillende medikamenter som de begynner å ta i avdelingen, og siden får med seg hjem. Det brukes stort sett paracetamol, ibuprofen, OxyContin og Oxynorm. I alle pakkene ligger det skriftlig informasjon om medikamentene, om hvordan de skal brukes og om mulige bivirkninger. Pasientene får også operasjonsbeskrivelse og skriftlig informasjon om tiden etter inngrepet, tilpasset den typen inngrep de har fått utført.

Avdelingen har ikke som rutine å ringe pasientene etter dagbehandling, men pasientene oppfordres til å ta kontakt ved behov. Jeg fortalte at det i vår avdeling er sykepleieren som har hatt utreisesamtale med pasienten som ringer han eller

henne opp første postoperative dag. Resultatet av intervjuene blir gjennomgått på rapporten morgenen etter, og vi opplever disse tilbakemeldingene som viktige for kontinuerlig kvalitetssikring av arbeidet. Mange av kollegene i Silkeborg syntes det ville vært spennende å følge opp pasientene etter hjemkomst, og hvem vet: kanskje de vil begynne med det!

Kompetanse og kompetanseutvikling

Det er utarbeidet et omfattende introduksjons- og opplæringsprogram, der nyansatte blir presentert for avdelingens verdier, mål, organisasjon, medarbeidere og arbeidsmetoder. Det gir den nyansatte opplevelsen av å være ventet og velkommen, og det reduserer den tiden en føler seg ny og ukjent. Nyansatte får tildelt en personlig veileder til hjelp i det daglige, og avdelingssykepleier og veileder har systematisk oppfølging av den nyansatte med formelle samtaler i den første tiden. I opplæringsprogrammet er ulike arbeidsoppgaver listet opp, og de brukes som sjekklister med en trinnvis stige for læring fra ”å være informert om / ha sett” via ”prøvet” og til ”kan selvstendig” – omtrent slik vi kjenner det fra Benners kompetansestige. Eksempler på emner er kontroll av pasientens identitet, komplikasjoner etter ulike anestesiformer og hjertestansknappen. Slik kan kompetanseutviklingen hos hver enkelt

ansatt kartlegges, dokumenteres og følges opp.

Det er også utarbeidet funksjonsbeskrivelser for alle yrkesgrupper og kompetanseprofiler for operasjons- og anestesisykepleiere. Kompetanseprofiler er beskrevet for operasjons- og anestesisykepleiere med basiskompetanse, for den mer kompetente og for den eksellente operasjons- og anestesisykepleier. Hvert av nivåene i profilen inneholder underpunkter som omhandler personens personlige, sosiale, pedagogiske, kliniske og organisatoriske kompetanse. I forbindelse med lønnsforhandlinger bruker avdelingssykepleier hver enkelt ansattes profil når hun skal innstille til kompetansetillegg overfor ledelsen. Det er gjort et imponerende stykke arbeid for å beskrive helhetlig kompetanse, og bare det å ha utarbeidet profilene må ha gitt personalet en sterk bevisstgjøring om hva det kreves for *virkelig* å være kompetent!

Dokumentasjon av sykepleie

Silkeborg Centralsykehus har valgt et system for dokumentasjon av sykepleie som kalles **VIPS**. Det er en forskningsbasert modell for strukturert dokumentasjon av sykepleie utviklet i Sverige på 1990-tallet, men den brukes også mye i Danmark og litt i Norge. Modellen tar utgangspunkt både i praksis (bottom-up) og i teoretiske forskrifter (top-

down). VIPS er en forkortelse for ordene: **Velvære, Integritet, Profylakse og Sikkerhet**. De fire begrepene er bærende for sykepleie på tvers av spesialiteter og sektorer, og danner en overordnet forståelse for sykepleieres arbeid og mål. Sykehuset skal gå over til elektronisk journal i løpet av høsten 2005.

Modellen innebærer bruk av **"hovedsøkeord"** og **"undersøkeord"**.

Avdelingen har utarbeidet en rekke *standarder for pasientarbeid* etter VIPS-modellen. Ut fra hvilket tema standarden omhandler velger man relevante søkeord og beskriver hvilke problemer som finnes, hvilke tiltak som skal iverettes og hva en ønsker å oppnå. Eksempel på standarder er "Mottak av pasient", "Oppvåkning og utskrivelse", "Huddesinfeksjon på intakt hud med Klorhexidin 0.5%" og "Leiring av pasient i maveleie".

Jeg har ikke tidligere sett dokumentasjon av sykepleie i operasjons- og anestesivdelinger gjort på liknende måte.

Dokumentasjon i dagkirurgisk avdeling omfatter en strukturert målrettet mottakssamtale i henhold til standard for mottak av pasient, dokumentasjon via anestesijournalen om forløp av anestesi og operasjon, samt dokumentasjon i henhold til standard for oppvåkning og utskrivelse av pasient. Dokumentasjonen gjøres ved henvisning til

numrene på aktuelle standarder, og bare avvik fra standarden dokumenteres spesielt. Utarbeidelse av standarder fokuserer på hva pleiepersonalet gjør pre-, per- og postoperativt, hvorfor de gjør det og hva de vil oppnå. Standardene svarer ikke til våre prosedyrer - prosedyrene kommer i tillegg. Det er vanskelig å forklare hvordan standardene er laget og brukt, og jeg må bare oppfordre spesielt interesserte til å skaffe seg ytterligere informasjon. Det var inspirerende å se så gjennomtenkt og tydelig dokumentasjon.

Kvalitet og kvalitets-sikring

Hele avdelingen bærer preg av arbeid med kvalitet og kvalitetssikring. Noe av dette har jeg forsøkt å beskrive ovenfor. Det gjøres også *infeksjonsregistrering*. Avdelingen får kun tilbakemelding hvis det foreligger infeksjon. Det registreres data som gjør det mulig å få opplysning om *antall strykninger* og deres årsak, men resultatene rapporteres ikke automatisk til avdelingen. Både avdelingen og Aarhus Amt gjennomfører jevnlig *spørreundersøkelse om pasienterfaringer/pasienttilfredshet*, og hvert annet år er det *arbeidsklimaundersøkelse blant personalet*. Det er også ukentlig undervisning, kvartalsvise personalmøter, nyhetsbrev og nyhetsbok som legger til rette for informasjon, læring, utvikling og trivsel.

Til slutt

Ikke bare størrelsen har endret seg siden Judith Mølngaard holdt sitt foredrag. Den gangen var dagkirurgen en liten enhet, i dag utgjør den en egen avdeling. Ved oppstart mente man at anestesisykepleiere kunne assistere og "gå til hånd" ved enkle operasjoner, mens operasjonssykepleierne skulle assistere ved innledning av anestesi. Dette har en gått bort fra. Det holdt ikke da oppgavene ble større og pasientene og personalet ble flere. De tradisjonelle grensene mellom operasjons- og anestesisykepleie er nå stort sett slik vi kjenner dem, dog med sterk vekt på hvilke funksjoner *begge* grupper kan utføre. Det arbeides også etter prinsippet om primærsykepleie: en kontaktsykepleier har ansvaret og følger pasienten gjennom hele forløpet. Dette viste seg umulig å gjennomføre i praksis, for utpå dagen ble de fleste sykepleierne opptatt på postoperativ med å se pasientene vel hjem, og det var ingen igjen til å være på operasjonsstuene. I dag deles ansvaret for oppfølgingen mellom de som arbeider med pasienten under inngrepet og de som er på PO. Atmosfæren i avdelingen kommer som rosinen i pølsa. Jeg opplevde arbeidsglede, stolthet, engasjement, entusiasme og ikke minst gjestfrihet og vennlighet. Det gjør meg sikker på at det er godt å være pasient på DK avdeling i Silkeborg, og *det var veldig godt å være norsk i Danmark!!*

Paracetamol



Ved Jørgen Nordentoft, Volvat Medisinske Senter

Det er nå velkjent at paracetamol er et godt basispreparat til perioperativ smertebehandling, ikke minst i dagkirurgisk sammenheng.

Diskusjonen om dosering og administrasjonsmåte til så vel voksne som barn har bølget frem og tilbake i miljøet. Markante synspunkter og forskningsresultater er blitt konfrontert med felleskatalogteksten, spesielt når det gjelder maksimaldoser. Jeg tillater meg å legge frem en del nyere synspunkter fra forskjellige kilder.

PARACETAMOL - 1

Tarjei Rygnestad fra Trondheim, som både er anestesilog og professor i klinisk farmakologi, hadde en glimrende forelesning om paracetamol ved siste Euro-SIVA-kongress i Lisboa (European Society for Intravenous Anaesthesia). Han sammenlignet spesielt intravenøst paracetamol med konvensjonelle administrasjonsmåter. Her følger et sammendrag med mine tilføyelser i kursiv.

Paracetamol (P.) er et sikkert stoff med høy terapeutisk indeks og kan brukes til de fleste pasienter. Kontraindikasjoner er allergi overfor innholdsstoffene og aktiv hepatitt, *mens forsiktighetsregler ved korttidsbruk primært relateres til lever- og nyresvikt. P. og metabolitter utskilles renalt.* Kliniske stu-

dier har vist at både P. og andre ikke-opioide analgetika er potente og reduserer opioidbehovet etter operasjon. Slik reduseres risikoen for opioidinduserte bivirkninger. Både stoffets farmakokinetiske og farmakodynamiske egenskaper må vurderes ved valg av dose, doseintervall og administrasjonsmåte. For å oppnå en effektiv serumkonsentrasjon raskt må startdosen være tilstrekkelig høy, og fulgt av en vedlikeholdsdose tilstrekkelig til å erstatte den mengden som elimineres fra virkestedet (*sentralt ?og perifert*) via distribusjon, metabolisme og ekskresjon. Høyest og raskest toppkonsentrasjon i blod oppnås etter intravenøs injeksjon (infusjon), men den faller også raskere. Ved intramuskulær,

oral og rektal bruk er tiden til maksimum lengre og toppkonsentrasjonen lavere, men effektiv konsentrasjon varer lenger ved sammenlignbare doser. Ved høyere bolusdose forlenges virketiden. Effekten ved i.v. bruk inntreer raskere enn ved oral og rektal administrasjon. Tiden for de to sistnevnte er henholdsvis 20-30 og ofte > 60 minutter.

Vedlikeholdsdosen må være høy nok til å kompensere for eliminasjonen, og Rygnestad angir følgende doseringsforslag med **6 timers doseintervall**. Doseringen gjelder for **voksne**, og anbefalt maksimal behandlingstid med suppositorier er 3 døgn pga variasjon i rektal absorpsjon.

PARACETAMOL	Første dose – gram		Vedlikehold - gram	
	< 70 kg	> 70 kg	< 70 kg	> 70 kg
Intravenøs	1,0	1,5	1,0	1,5
Oral	1,5	2,0	1,0	1,5
Rektal	2,0	3,0	2,0	3,0

Det fremgår av tabellen at doseringen må individualiseres etter vekt, og det må tas hensyn til den hurtige distribusjonen initialt. I følge Rygnestad bør Paracetamol doseres høyere enn det som har vært vanlig til nå. Den

rektale absorpsjon er dårlig (biotilgjengelighet oralt/rektalt ca.0,67) og som nevnt varierende og langsom. Intravenøs administrasjon er nærliggende fordi den gir raskt og forutsigelig resultat. Den passer på flere måter til

en dagkirurgisk setting. Et viktig ankepunkt er den høye prisen: det intravenøse alternativet er 50 – 100 ganger dyrere enn tablettformuleringen.

Referanser:

<http://www.jr2.ox.ac.uk/bandolier/Extraforbando/Apain.pdf>

Anesthetic Pharmacology 2001; 92: 1473-6.

Journal of Pain and Symptom Management 1995; 10: 279-86.

Acta Anaesthesiologica Scandinavica 1998; 42: 293-8.

Br J Anaesthesia 2003; 90: 314-9.

Anesthesiology 1999; 90: 411-21.

Br J Clinical Pharmacology 1998; 46: 237-43.

PARACETAMOL - 2

Professor **Harald Breivik** ved Rikshospitalet i Oslo, en sentral skikkelse i den anestesilogiske verden, omtaler bruken av paracetamol (P.) i en lederartikkel i Tidsskrift for Den norske lægeforening nr. 16/26. august 2004. Han konkluderer med at den statistiske metoden NNT (Number Needed to Treat) – til tross for at den brukes ofte – ikke egner seg som sammenligningsgrunnlag for analgetika. Det må andre metoder til.

Han skriver videre at P. fortsatt bør være en 'grunnstein' i smertebehandling. Riktig dosert gir P. god smertelindring og lav bivirkningsrisiko, og det kan også bru-

kes av små barn og eldre. Ved akutt smerte bør initialdosen være 1,5 - 2 g etterfulgt av 1 g hver 6. time. Til barn ned til tre måneders alder er initialdosen 40 mg/kg etterfulgt 20 mg/kg hver 6. time. Ved kroniske smerter bør døgndosen være 3 gram til voksne. Pasienter i dårlig ernæringsstilstand og med lav glutationsmengde i levercellene bør ikke behandles med P. En enkeltdose av P. på 150-250 mg/kg er sterkt levertoksisk, mens døgndoser under 120 mg/kg gir lav risiko for leverskade. Aksidentell overdosering av P. må unngås, og kombinasjonsanalgetika er her i fokus.

Den smertestillende effekten av P. kan forsterkes og forlenges med et NSAID i tillegg. Først når denne kombinasjonen er utilstrekkelig, er det aktuelt å legge til et opioid. Det er godt dokumentert at kodein har en tilleggseffekt til P. ved moderate til sterke smerter. Ved svake til moderate smerter vil P. 1-2 g alene gi fullstendig smertelindring, mens kodein er uten noen tilleggseffekt. Tabellen nedenfor gjengir Breiviks anbefalinger ved akutt smerte. Det fremgår ikke av artikkelen hvilken administrasjonsmåte dosene er angitt for. De må antas å være maksimaldoser uansett administrasjonsmåte:

PARACETAMOL	Første dose Gram	Vedlikehold Gram
Voksne	1,5 - 2 g	1 g hver 6. time
Barn fra tre måneders alder	40 mg/kg	20 mg/kg hver 6. time

Referanser:

Det henvises til originalartikkelen.

Dagkirurgi i Nord Norge, UNN



Ved avdelingsleder Torild Johnsen

Torild Johnsen har vært med i Nordaf fra starten i 1995 og er avdelingsleder ved dagkirurgisk avdeling i Tromsø.

Oppslutningen om Norsk Dagkirurgisk Forums årlige vintermøte vitner om en enorm interesse for dagkirurgi. Som styremedlem i NORDAF har jeg fått signaler om at det kunne være ønskelig med noe mer kjennskap til virksomheten rundt om i landet. Jeg tar utfordringen, og håper at andre kan få lyst til å følge opp.

Dagkirurgisk avdeling ved UNN i Tromsø har bestått i over ti år som selvstendig avdeling. Avdelingen overtok arealer som andre flyttet ut av. Avdelingen har tre operasjonsstuer, mottagelse-savdeling og oppvåknings-avdeling. Åpningstiden er 0700-1900.

Vi hadde 22 stillingshjemler frem til 1. september i år, da økonomien tvang frem en nedbemanning slik at Dagkirurgen mistet en assistentstilling på operasjonsstuen. For å takle dette, forandret vi personellens arbeidsoppgaver på operasjonsstuen. Det har

ført til lengre tid mellom inngrepene.

For ca. to år siden startet vi innføringen av en rotasjonsmodell for personalet i avdelingen. Gjennom å øke de ulike faggruppenes kunnskaper om andre fagområder, håpet vi å skape et bedre arbeidsmiljø og få til mer fleksibel bruk av personalet. Ikke alle ønsket den nye ordningen velkommen, og vi besluttet å gå langsomt frem. Det tror jeg vi har tjent på. Vi har i dag to offentlig godkjente sykepleiere som er annenhver uke på operasjonsstuen. De går til hånd og får delegert oppgaver fra operasjonssykepleierne. Samtidig arbeider operasjons- og anestesisykepleiere ute i mottagelse og oppvåkning. Rotasjonen er lagt inn i turnus.

Resultatet er større faglig engasjement og et bedre arbeidsmiljø. Vi er blitt mindre sårbare ved sykdom og annet fravær. Jeg tør påstå at det henger sammen med økt gjensidig forståelse for arbeidsoppgaver gruppene imellom.

Våre brukere kommer fra syv kliniske avdelinger, og de vanligste inngrepene er: *Gastrokirurgi*: Laparoskopiske galleinngrep, fundoplikasjon og brokk.

Urologi: fimose, hydrocele, circumcisio, retentio testis. *Nevrologi*: CTS.

Gynekologi: Terapeutiske og diagnostiske laparoskopiske inngrep, hysteroskopi, abrasio, ab.prov., TCRE, TCRM, TVT, bakre og fremre vaginalplastikk.

Plastikkirurgi: Håndkirurgi, brystreduksjon, bukplastikk, arrkorreksjon og naevus-fjerning.

ØNH (barn): Paracentese og tonsillektomi.

ØNH (voksne): FESS, septumplastikk, conchotomi, tonsillektomi og rhinoplastikk.

Ortopedi: Hovedsakelig artroskopiske inngrep: skuldre, albuer, knær, ankler og korsbåndplastikk – det siste har også fungert svært godt dagkirurgisk. Vi har utvidet vårt tilbud til bruskpasienter. Dette er en todelt prosedyre hvor bruskhøsting gjøres dagkirurgisk, mens transplantasjonen gjøres under innleggelse. Vi har hatt stor økning av skulder-artro-

skopier, f. eks. Bankart. Åpen skulderkirurgi gjøres sjeldnere. Alle skulderinngrep har til nå vært gjort i narkose, men det forsøkes nå lokalanestesi også ved enkelte typer artroskopiske skulderinngrep.

Vi står nå overfor er en ny pasientgruppe som vil gi oss utfordringer: operasjon av cancer mammae starter opp i januar 2005. Undertegnede og kirurgisk ansvarlig lege var tidligere i år på besøk ved Dagkirurgisk senter, avd.S - Ullevål Universitets-sykehus, og i disse dager har vi annet personale på hosi-tering samme sted – der er det mye å lære. Vi føler oss trygge på at behandlingsnivået er riktig for de fleste i denne pasientgruppen.

På Dagkirurgen behandler vi mange barn. De kommer fra ØNH, Uro, Plast og Gastro. Vi bruker lite premedikasjon på barna, og det fungerer svært godt. Vi har ikke funnet areal til oppvåkingsrom for barna, så de går til oppvåkingsavdelingen for inneliggende pasienter. Men

vi får dem tilbake til avdelingen for mobilisering og utskrivning.

Vi har pasienter fra Svalbard i nord og Nordland i sør. Dette påvirker i stor grad hvor lenge pasientene blir i avdelingen før utskrivning. Vær og klima spiller inn, særlig vinterstid. Enkelte pasienter må komme til pasienthotellet dagen før for å rekke timen for operasjon, og noen blir der til dagen etter. Blir pasienten operert sent på dagen, kan det føre til innleggelse hvis hjemveien er lang. Alt etter avstanden reiser pasientene hjem med fly, hurtigbåt eller taxi. Vi har beholdt sengene i avdelingen slik at pasienten kan hvile etter en lang reise, eller forberede seg på en lang hjemtur.

Dagkirurgisk avdeling opererte i 2003 til sammen 2100 pasienter. Av disse var 500 barn.

I tillegg kommer ca. 350 pasienter som bare blir registrert med poliklinisk konsultasjon. Noen av pasientene er ikke godt nok utredet, for andre har tilstanden end-

ret seg, og noen pasienter ønsker ikke operasjon. Vi står overfor en stor utfordring i å få redusert dette tallet. Når vi har ledig kapasitet, bidrar vi til å avhjelpe innsluset operasjonsprogram, noe som utgjorde ca. 100 pasienter siste år. Vi arbeider nå med å oppgradere og legge ut prosedyrekort for de ulike yrkesgrupper på egen webside. Vi arbeider med å forbedre vår eksisterende pasienttilfredshetsundersøkelse, og vi planlegger en undersøkelse av korsbåndspasientene.

Det må også nevnes at vi i flere år har deltatt i et nasjonalt prøveprosjekt om direkte booking fra allmennlegen. Dette er vi trolig ganske alene om. Vi har begynt med kneartroskopi (meniskskade) og hallux valgus. Prosjektet er ikke ferdig evaluert. Vår største ikke-faglige utfordring er og blir den fysiske plassen vi har til rådighet, men ”vi står han av” en stund til.

Fast - Track

- SLIK GJØR VI DET VED HELGELANDSSYKEHUSET MO I RANA.

**Martin Heitmann,
Svend Kristian Kibsgaard,
E-post:
Martin.Heitmann@.RASYK.
NL.NO**

Fast- Track.

Fast- Track har de siste årene blitt et innarbeidet begrep ved

kirurgiske avdelinger på enkelte norske sykehus. Vi har ikke noe godt norsk uttrykk for det og har derfor adoptert det engelske. Uttrykket betyr rett fram Raskt-

Spor, og det er akkurat det vi gjør. Ved maksimal utnyttelse av ressursene minimaliserer vi tidsbruken på og mellom de ulike leddene i den operative prosess.

Forskjellene mellom et vanlig operasjonsprogram og et Fast-Track program ligger i logistikken og i utvelgelsen av pasienter. Ikke alle lidelser kan opereres i et Fast-Track-system.

Bakgrunnen for at vi begynte å arbeide med problematikken var lange ventelister, behov for effektivisering og kirurgenes stadige klager over dårlig progresjon i operasjonsprogrammet med lange intervaller mellom inngrepene.

Inspirasjon fra Volvat.

Det hele begynte med at en av forfatterne (MH) var på et hospiteringsbesøk ved Volvat Medisinske Senter høsten 2000 for å se på deres variant av Fast-Track systemet.

Det Volvat gjorde den gang var å utføre kun knearthroscopier som Fast-Track. Pasientene ble anestesert med remifentanil og propofol og en liten dose lystgass. En halv time etter inngrepet ble det servert mat og drikke og etter en time ble de sendt hjem. Vi fant ut at dette måtte vi kunne tilpasse også ved vårt sykehus.

Pasientgrupper, diagnosegrupper, behandling og anestesimetoder.

Til Fast-Track systemet tar vi primært inn ortopediske pasienter i ASA gruppe I og II.

Enkelte stabile gruppe III pasienter har vi også tatt med.

Følgende anestesiformer ble benyttet under behandlingen av de ulike diagnosegruppene:

- Plager fra knærne - arthroscopi. (Narkose)
- Carpal tunnel syndrom. (Axillær plexus)
- Tendenitter/epicondylitter i armer. (Axillær plexus).
- Skulderlidelser - mest acromionreseksjoner. (Interscalen plexus)
- Forfotlidelser. (Hallux valg us, hammertær og lignende.) (Ankelblokk)
- Ankelskader. (Bostrømplastikk.) (Narkose)
- Ganglier i hender og føtter. (Blokader)
- Uspesifiserte skader i extremitetene. (Blokader)
- Tenovaginitis stenans. (Axillær plexus)

Vår variant i Mo i Rana.

Helgelandssykehuset Mo i Rana er lokalsykehus for 35 000 innbyggere og har ortopedifunksjon for 85 000 innbyggere.

Vi har enkel logistikk og korte beslutningsveier. Veien fra planlegging til vedtak og handling blir derfor kort.

Vi startet opp høsten 2001 og har siden med ujevne mellomrom kjørt våre Fast-Track dager, maksimalt en dag per uke.

Det som spesielt skiller Fast-Track systemet ved vårt sykehus fra andre vi kjenner til, er logistikken. Vi bruker en ortoped og en anestesilege. Det benyttes to operasjonsstuer med

hvert sitt operasjonsteam. I tillegg har vi en ekstra anestesisykepleier.

Vi kaller inn en pasientgruppe hvor ideelt sett halvparten av pasientene får lokal regional anestesi (interscalen plexus, axillær plexus, ankel blokk og/eller lokalbedøvelse). Den andre halvparten får narkose i form av TIVA (Total Intra-venøs Anestesi) med remifentanil og propofol. Gassanestesi ble ikke gitt. Disse pasientene taes inn i puljer utover dagen. Den første puljen kommer kl.0730.

Anestesilegen legger blokade, mens ortopeden opererer en pasient i blokade og en i narkose.

Ortopeden kan således gå fra stue til stue hvor man hele tiden har klar en ferdig anestesert pasient.

Alle blokader blir lagt med en blanding av bupivacain 5 mg/ml og lidocain 10 mg/ml m/adrenalin, like deler. Til sammen 40 ml ved interscalen plexusblokkade, 60 ml ved axillær plexusblokkade og 5 x 10 ml ved ankelblokkade. Det gir raskt anslag, og lang durasjon. Kirurgi kan påbegynnes etter 10-20 min. Smertegjennombrudd etter 18-20 timer. Man er helt avhengig av en anestesilege som behersker og har erfaring i blokader. Vi har ikke tid til mislykkede blokader. Man er tilsvarende avhengig av en dyktig, fleksibel og rask ortoped.

Smertebehandlingen.

Smertebehandlingen er av vital betydning for å lykkes med et

Fast- Track prosjekt. Som premedikasjon gies paracetamol tbl.2 g. og rofecoxib tbl.25 mg. Det gies aldri noen form for sedativum.

Operatøren setter bupivacain i ledd og sårkanter. Post operativt gies det paracetamol tbl. 1g. og rofecoxib tbl. 25 mg sammen med kaffe og smørbrød. Pasienten sendes hjem med paracetamol tbl. 1 g x 4 og diclofenac tbl. 50 mg x 3 i 2-3 dager.

Utskriving og oppfølging.

Pasienten sendes hjem ca. 1 time etter avsluttet operasjon, etter å ha fått mat, snakket med operatøren, fått med de nødvendige papirer og smertestillende. Operasjonsbeskrivelser dikteres og skrives fortløpende. Vi har hatt pasienter som ikke har hatt tålmodighet til å vente på samtale med operatøren, men bare har gått.

Da regner vi med at de har fått god behandling!

På grunn av lange avstander, vanskelig geografi og fare for smertegjennombrudd etter inngrepet, har vi latt de fleste pasienter med acromionreseksjon ligge over til neste dag. Med en god interscalen plexusblokade er dette neppe nødvendig, og vi vil vurdere dette på nytt.

Alle pasienter blir ringt til dagen etter av sykepleier. Så langt er det bare positive tilbakemeldinger.

Logistikk.

Blokadene anlegges på en stue på en vanlig sengepost. Post operativt kommer pasientene tilbake til en tilsvarende stue med behagelige liggestoler. Vi har minimal overvåkning og bruker oppvåkings-/ intensivavdelingen kun i unntakstilfeller.

Første operasjon starter kl.0800. Siste pasient er operert mellom kl.1300 og 1400 og blir sendt hjem før kl.1500. På en vanlig Fast- Track dag opererer vi mellom 11 og 13 pasienter. Fra mai -03 til mars -04 har vi operert 176 pasienter i Fast-Track systemet. Dette kommer i tillegg til vårt faste program.

Konklusjon.

Vi er godt fornøyde med effekten av vårt Fast- Track program. Det har gjort oss enda mer effektive og økt vår produktivitet. Vi er spesielt glade over at pasientene gir så positive tilbakemeldinger. Vi kommer til å fortsette med denne behandlingsformen. Vi ser at vi fortsatt har et forbedringspotensial, og vi ser også på muligheten til å trekke andre diagnose-/ pasientgrupper inn i Fast- Track systemet. Det blir vår utfordring fremover.

Innslag til Nyhetsbrevet

Vi minner om at vi mer enn gjerne tar i mot stoff til nyhetsbrevet. Det kan være rapport om inntrykk fra et studiebesøk eller referat fra et møte eller en kongress. Innslaget behøver heller ikke være så langt. Det kan dreie seg om en liten, men kanskje praktisk sak man fattet interesse for ved et møte eller fra egen erfaring i arbeidet. Aktuelle bokanmeldelser eller artikler er vi også svært interesserte i. Notatet om dette bør inneholde fullgod referanse og kort norsk sammendrag, gjerne med en personlig kommentar. Men kommentarer kan også overlates til redaksjonen.

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

Innslag med litt omfang honoreres med 500-1000kr!



Vintermøte 2005

Clarion Hotel Oslo Airport, Gardermoen

Fredag 7/1- 2005

10.00-12.30: Pasientrettigheter og prioritering:

Møteleder: Johan Ræder, Ullevål Univ. Sykehus / UiO

10.00 - 10.10: Åpning v/leder (Johan Ræder)

10.10 – 10.40: Prioritering av sykehus tjenester i Norge.
(Eli Feiring, UiO)

10.40 – 12.00: Fritt sykehusvalg og nye pasientgarantier:

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

Hvilke pasienter får garanti innen ortopedi og med hvilken frist? (Olav Røise, UUS)

Diskusjon

12.00-13.30: Lunch. Besøk utstillere.

13.30-15.30: Patient safety and outcome after ambulatory surgery::

Møteleder: Johan Ræder, UUS

13.30 – 14.15: Patient selection for ambulatory surgery:

Which general health problems qualify for in-patient care instead?

(Frances Chung, Toronto)

14.15 – 15.30: What happens to the patients after discharge:

- The Danish experience (Jens Engbæk, Herlev)

- The Canadian experience (Frances Chung, Toronto)

Diskusjon.

15.30 – 16.15: Pause, besøk utstillere.

16.15 – 17.00: Gjenoppliving og akutte livstruende situasjoner:

Ny viten om mekanismer og praktisk håndtering.

(Kjetil Sunde, Anestesi avd, UUS)

17.00 – 17.30: Dagsaktuelt tema

17.30 - 18.30: Generalforsamling, ordstyrer: Unni Naalsund

20.00: Festmiddag

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

Møteleder: Jørgen Nordentoft, Volvat Medisinske senter, Oslo:

08.30-09.15: Hvilke konflikter har vi i helsevesenet, og hvordan håndterer vi dem?

(Morten Skjørshammer, Diakonhjemmet SH)

09.15-09.45: Hvordan får vi fagfolk, fagledere og administrative ledere til å jobbe bedre sammen? (Egil Marstein, BI)

09.45-10.00: Diskusjon

10.00-10.45: Pause, Utstillingsbesøk

10.45-13.00: Frie foredrag a 10 min, i plenumsal ,

ordstyrere:

Eugen Eide, St.Olavs Hospital, Trondheim / Terje Dybvik, UUS, Oslo

13.00: Lunch,

Vel hjem!

Jørgen Nordentoft, som skal være møteleder lørdag, har sendt oss denne appetittvekkeren til lørdagens program.

Under overskriften 'Den dagkirurgiske arbeidsplass' har vi programlagt emner, der både på konkret plan, men også på overordnet nivå er av interesse for oss ansatte i sykehusorganisasjonen.

Morten Skjørshammer er utdannet psykolog, spesialisert i helseorganisasjon via studier på den Nordiske Skole i Helseadministrasjon i Gøteborg og forsvarede i 2002 doktoravhandlingen 'Getting to Cooperation: Conflict and Conflict Management in a Norwegian Hospital. Hans innlegg på seminaret fokuserer naturlig nok omkring denne problemstilling. Han vil

forsøke at avdekke hospitalsansattes holdninger omkring årsagerne til konflikt, oppfattelsen av hva som er konflikt og forsøk på at avdekke adferd, som er spesielt konfliktskapende. En del av vore forutfattede meninger blir sat på prøve i denne sammenheng. Skjørshammer, der i dag er direktør for Diakonhjemmet sykehus (SH) i Oslo har også særlig innsikt i såvel teori og praksis omkring konfliktløsning og konfliktforebyggelse i sykehus.

Neste foreleser er
1.amanuensis og
Dr.Oecon/PhD **Egil Marstein** fra BI. Han har i

sin doktoravhandling fra 2003 (BI) forsket på beslutningsprosesserne og interaksjonen mellom de forskjellige grupper og aktører med innflytelse i sykehusstrukturen. Vi har forsøkt at fastholde problemstillingen på et mer hverdagslig nivå og stiller spørsmålet: Hvordan får vi fagfolk, fagledere og administrative ledere til at jobbe bedre sammen? Finner han i sin forskning svar vi kan bruke aktivt? Etter de to innlegg er der mulighet for diskusjon. Lørdag den 8. januar 2005 kl. 8.30 – ca. 10.00. Velkommen.

Kommende møter og seminarer 2005:

Nordafs Vintermøte 7. og 8. januar 2005- se eget program! Clarion hotell, Gardermoen. Påmelding www.nordaf.no

Dansk dagkirurgisk forening sitt forårsmøte tirsdag 15.mars 2005, Cornwell hotell, Kolding. Program er enda ikke kommet, men følg med på deres hjemmeside www.dsdk.dk
Du vil også finne lenker til dette på www.nordaf.no

FASA 2005 – San Francisco 4- 7. mai 2005.
Amerikanske dagkirurgiske forening
Program fåes: www.fasa.org/FASA20005/program.htm

I.A.A.S. 6th.International Congress on Ambulatory Surgery
Seville, Spain April 24th.-27th, 2005
Verdenskongress i Sevilla 24-27 april 2005.
Denne kongressen omtales også andre steder i dette bladet.
Nærmere detaljer finnes www.iaascongress2005.org eller direkte lenke via www.nordaf.no

Svensk dagkirurgi sitt årsmøte Jänköping 19-20.mai 2005.
Nærmere informasjon vil dere kunne finne på svensk nettside www.dagkir.nu
Eller finn lenken via www.nordaf.no

Informasjon om NORDAF

Norsk Dagkirurgisk Forum er et uavhengig interesseforum for dagkirurgi. Medlemsmassen er tverrfaglig og henvender seg til alle grupper som arbeider med dagkirurgi. Foreningens formål er å være et forum for dagkirurgi og dagbehandling i Norge i faglige, organisatoriske og økonomiske spørsmål. Videre skal det være et rådgivende organ overfor myndighetene og enkeltpersoner/institusjoner, samt være et bindeledd til internasjonalt dagkirurgisk arbeid. Vi arrangerer et årlig vintermøte, utgir nyhetsbrev og har ambisjoner om å bli et knutepunkt for arbeidet med å utvikle dagkirurgi videre i Norge.

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

Reisestipend på kr 5000. – Søknadsfrist 10. juni 2005

En av foreningens viktigste formål er å samle og spre kunnskap om dagkirurgi. Derfor deler vi ut 2 reisestipender 2 ganger i året pålydende kr 5000. Dette er tenkt som tilskudd til reise, kongressdeltagelse, møter eller studiebesøk i inn eller utland. Forutsetningen for å få stipend er

at det må relateres til dagkirurgi, og at man etterpå lager en rapport eller et referat til Nyhetsbrevet. Det kreves medlemskap i NORDAF for å komme i betraktning som søker. Samtidig gjør vi oppmerksom på at stipendiet er personlig og kan kun benyttes til det formål det er utgitt til. Ellers går pengene tilbake til foreningen.

Søknad sendes innen 10 juni- 2005 til Johan Ræder, Ullevål Universitetsykehus, anesthesiavd. E-mail: johan.rader@ioks.uio.no

Nye medlemmer

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

Nordafs styre:

Styreleder Johan Ræder, Anesthesiavd. Prof. Ullevål universitetssykehus HF.
Mail: johan.rader@medisin.uio.no

Kasserer Terje Dybvik, Ullevål US Oslo- Avdelingsoverlege anestesi
Mail: terje.dybvik@ulleval.no Tlf 22119690

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

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

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

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

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

Redaktør Unni Naalsund, Anestesisykepleier Dagkir.Senter, Ullevål US. Telf: 22119908

Mail unn-naal@online.no