



## Vårnummer 2021

- IAAS-kongressen 2021
- utfordringer for dagens dagkirurgi
- Gi kniven videre – utdanning av gode kirurger
- Dagkirurgi, oral og Maxillofacial kirurgi
- Hofteprotese som dagkirurgi
- Dagkirurgi i en flyktningeleir på Lesbos
- Vintermøtet: når noe «nesten går galt»

# Leder



**Styreleder Mads H. S. Moxness**

## Kjære venner!

Vi kan alle enes om at de siste to år har vært spesielle, for samfunnet generelt og for alle som bedriver medisinsk virksomhet spesielt. Vårt levesett og vårt behov for å omgi oss med trygge systemer når krisen rammer har blitt utfordret, og vi aner konturene av en ny verden som vil være endret på mange måter også i tiden etter at alle har blitt tildelt to vaksineskudd i armen.

I det internasjonale dagkirurgiske samfunnet har man satt søkelys på etterslepet av planlagte inngrep som pandemien har medført. Hvordan skal man klare å mestre kunststykket å behandle de som allerede har fått utsatt sine inngrep samtidig med at man forventes å behandle de tilkommende tilfellene framover? Den anerkjente franske gastrokirurgen Corinne Vons bemerket under den internasjonale foreningens vårkongress i april den formidable innsatsen som må til for å løse denne tilsynelatende gordiske knuten, og hun har tatt sterkt til orde for at økt utnyttelse av dagkirurgi vil være en del av løsningen. Vel å merke ved at utøvende myndigheter gir incentiver til at slik behandling er praktisk gjennomførbar, og ikke ved at man velger å gjøre som sagnet sier om Aleksander den store som løste den gordiske knuten ved å hugge den tvers av. Det vil være å misforstå løsningen av problemet.

Vi rakk så vidt å gjennomføre vintermøtet i januar 2020 før det ble lockdown på alle folkemøter og kongresser. Det ble

en godt gjennomført kongress med interessante betraktninger og foredrag som var relatert til vårt dagkirurgiske liv. Dette årets vintermøte ble digitalt og må vel kunne sies å være en betinget suksess med alle de begrensninger et digitalt format legger på en kongress av en viss størrelse. Likevel har mange fremhevet de praktiske sidene ved et slikt format, ikke minst ved spart reisetid og mulighet for arbeidsro helt inn mot kongressen. Vi ønsker, tror og håper likevel på et vintermøte i januar 2022 som er fysisk, med mulighet for diskusjoner mens man ser hverandre i øynene og kan ha et sosialt felleskap i tillegg. Vår webmaster, Dr. Stein Roald Bolle, vil sørge for at vår flunkende nye og lett manøvrerbare hjemmeside er oppdatert på dette emnet og flere til.

Siden sist har jeg fått æren av å ta over stafettpinnen etter Mariann Aaland som leder i NORDAF. Dette er en ære og min sjanse til å «gi noe tilbake» til det dagkirurgiske miljøet som jeg har levd og jobbet med som ØNH kirurg og forskningskirurg over drøyt tyve år. Mariann har ledet NORDAF på en trygg og rutinert måte de siste fire årene, og vi er heldige som har en slik ressursperson med oss videre i styret og ikke minst som representant i sentralstyret i den internasjonale dagkirurgi foreningen (IAAS) og også som representant i den internasjonale generalforsamlingen. Vi har også fått med oss Monica Strømme Hermanrud inn i styret, overlege i gynekologi ved Ahus, som også bidrar i dette nyhetsbrevet med et interessant innlegg om hvordan få LIS leger oftere inn på operasjonsstuene.

Vi har en interessant periode foran oss, alle vi som bidrar til helsehjelp dagkirurgisk. Det er et mål for oss i foreningen å få dagkirurgien til å vokse på en økonomisk forsvarlig og helsefremmende måte. Derfor ønsker vi flere velkommen inn i foreningen, det være seg administratorer, helseøkonomer, anestesileger, spesialsykepleiere, helsefagarbeidere og ikke minst kirurger i alle fagfelt rundt omkring i landet.

Med ønsker om en koronafri og solfylt sommer!

Med de beste hilsener Mads Henrik Strand Moxness

Forsiden, Foto: Elisabeth Strand. Kjærlighet, håp og tro på Nidarosdomens vestfront

## Hilsen fra Mariann Aaland, tidligere styreleder



Først av alt vil jeg benytte anledningen til å ønske Mads Moxness velkommen som leder for NORDAF og ønske han lykke til i en spennende og krevende tid framover. Pandemi og digitale løsninger, samt litt risikosport med kongresser og frister har blitt normalt tilstand siste året for sånne organisasjoner som vår. Forhåpentlig er pandemien på hell, - vi tar med oss ny lærdom fra et krevende år, men håper også å vende tilbake til mer normale tilstander, -med blant annet fysiske kongresser, nasjonalt og internasjonalt.

Takk for tiden jeg fikk som leder! Det var både spennende og interessant! Jeg fortsetter i styret og gleder meg til å bidra videre, men litt for mange krevende oppgaver på blokk gjorde at prioriteringen måtte bli slik. Jeg sitter fortsatt i sentralstyret for International Association for Ambulatory Surgery, IAAS, og er, sammen med Mads, NORDAF's representant i den internasjonale organisasjonens generalforsamling.

Det har blitt mange oppdrag siste årene, - foredrag, først «live», siste året digitalt, bidrag til IAAS/ EUs prosjekt for utvikling av dagkirurgi i Budapestområdet i Ungarn, workshops i Serbia, HOD- prosjekt i Moldova. Og ikke minst forberedelse, planlegging og søknadsprosess til IAAS internasjonale kongress i Oslo, først planlagt til 2023, nå utsatt til 2024. Jeg skal prøve å holde dere oppdatert i bladet på det internasjonale dagkirurgilivet. Vi legger også ut linker til og informasjon om internasjonale kongresser på Facebook og vår web- side så dere er velkommen til å oppdatere dere der også.

IAAS gjentok i april suksessen fra i høst og arrangerte på nytt webinar i to deler. Første lørdag var «bestilte» foredrag og den andre var «free- paper» -sesjon, der jeg var heldig å få sitte i utvalgelseskomiteen for innsendte abstrakts og i juryen. President Douglas McWinnie ønsket velkommen. Første sesjon omhandlet hvordan Covid har påvirket utviklingen av dagkirurgi, hvor er vi og veien videre.

Den internasjonale menyen bestod av vår egen Mads Moxness på vegne av Europa, veldig bra både innhold og presentasjon, Napoli/ McMillian fra Australia og professor Zhang fra Kina, som mange av oss har blitt godt kjent med. Denne gangen var hans foredrag tekstet og ikke simultanoversatt, -det er som sagt flere fordeler med webinar. Sesjon to omhandlet behov for endringer i pasientsløyfen på grunn av Covid. Her var både USA, India og Italia representert, gode og solide foredrag om bruk av telemedisin og postoperativ oppfølging. Det ble i flere foredrag nevnt bekymring for økt sykefravær blant ansatte som har blitt omdisponert til Covid- intensiv- enheter, en økning av sykepleiere som slutter og pensjonerer seg, og en generell bekymring for helsepersonells helse. Neste bolk omhandlet dagkirurgi som mulig strategi for å ta igjen etterslep på liten og mellomstor kirurgi og også utvikling av tyngre kirurgi innenfor dagkirurgikonseptet. Frankrikes Corinne Vons sier at i Frankrike ble ca 80% av dagkirurgi og 56% av annen elektiv kirurgi utsatt i 2020 som følge av pandemien. Enorme tall på etterslep. Dette vil bli drøftet videre framover og vil kunne løfte dagkirurgien til en enda mer sentral rolle i helsetilbudet verden over. Professor i anesthesiologi Girish Joshi fra USA avsluttet med et tankevekkende foredrag om «Høy- risiko- pasienten i dagkirurgisetting, - tiden er inne for å krysse grenser.»

Uken etter var det duket for frie foredrag, 10 foredrag på 10 minutter hver. Noen tekniske utfordringer når både Kina, UAS, Australia og flere land i Europa skal kobles opp på samme tid, men dog mye bra! Juryen og arrangør- komité lot seg bevege til å dele ut tre vinnerpriser som var fri adgang til kommende internasjonale kongress i Brugge. Vinnere ble Bethan McLeish, med sitt foredrag: «Improving the Quality of Pre-Operative Assessment for patients undergoing General Anaesthesia for Ophthalmic Surgery». Mohamed Ebeid: «Preoperative Fasting Audit», og Eugenia Campos med «Pandemic and Ambulatory surgery in Alava (Spain)». Mer info om dette er å finne på IAAS hjemmesider, eller «The Journal» tilknyttet IAAS.

Årets generalforsamling ble utsatt og referat fra dette kommer i høstnummeret. Lekkasjer fra sentralstyremøtet er likevel mulig og jeg kan røpe at IAAS har fått et nytt medlemsland; Brasil er ønsket velkommen i dagkirurgifamilien. I tillegg har vi fått nye enkeltmedlemmer fra Russland som også er i startgropen i utvikling av dagkirurgi. Det anbefales å abonnere på nyhetsbrevet fra IAAS som kommer ut på mail og inneholder ferske nyheter og henvisninger til konferanser og forskning. Jeg ønsker en god sommer til dere alle.

# Den 2. online IAAS kongressen april 2021 (den digitale vårkongressen)

Mads H.S. Moxness, styret

Selv om Corona situasjonen langt fra er under kontroll i mange land hadde IAAS bestemt seg for en optimistisk tone når de valgte tema for årets digitale vårkongress: «Strategically coming out of the COVID pandemic». Den digitale høstkongressen ifjor hadde «Patient Pathway changes due to Covid-19» som overordnet tema. Og de fulgte også fjorårets oppskrift med å spre kongressen over to lørdager slik at de aller fleste fikk anledning til å delta i en ellers mer enn travel hverdagsuke. Dette ble organisert med en 4 timers sesjon med internasjonale foredragsholdere 10. april etterfulgt av en paneldebatt og deretter en «free paper session» en uke senere. Årets tema ble belyst med korte foredrag fra forelesere fra Asia, Afrika, Europa og USA. Som representant for Europa fikk jeg anledning til å belyse situasjonen i Norge og da med særlig henblikk på at dagkirurgi kan være sentral i å løse noen av utfordringene i kjølvannet av pandemien.

Professor Douglas McWhinnie, IAAS nåværende president, kommenterte at selv om vi nok alle føler oss litt mer sikker og mer trygg enn hva som var situasjonen bare for noen få måneder siden, så er ikke vaksinasjonsprogrammene verden over jevnt distribuert. Vi vil fortsatt være «fanger i eget land» inntil global immunitet oppnås.

Dr Arnaldo Valeon og Dr Vicente Vieira som var blant de fagansvarlige for programmet framholdt at dagkirurgi står i pandemiens frontlinje og at nå, mer enn noen gang tidligere, gjelder det å kunne dele erfaringer og evidensbasert utdanning i de respektive disipliner med hverandre over landegrensene. I tillegg tok de opp de psykologiske skadene pandemien ser ut til å ha påført både pasienter og helsearbeidere og at vi må være klare til å gjenkjenne og håndtere disse utfordringene når vi står ovenfor dem.

Den relativt store forskjellen mellom land og kontinenter ble fremhevet ytterligere når man fikk anledning til å høre innleggene fra alle verdenshjørner, og kanskje spesielt når man lyttet til innlegget fra Australia som kun har registrert i overkant av 29 000 koronatilfeller og 900 dødsfall. De har fulgt en nullvisjon med hensyn til covid smitte med svært strenge men kortvarige tiltak, en strategi som også New Zealand og andre asiatiske land har fulgt. Staten gjorde også avtaler med alle private sykehus der de enten ble et rent Covid-19 sykehus, eller sørget for å ta imot Covid pasienter eller generelle pasienter når de offentlige sykehusene ble fulle, sørge for ekstra utstyr (e.g respiratorer) og overføring

av personell over til offentlige sykehus. I tillegg inneholdt avtalen en mulighet for private aktører å stille lokaler til rådighet som karantene fasiliteter eller test/vaksinasjonssenter. Alle helsearbeidere ble prioritert i vaksinekøen.

I USA ble effekten av pandemien på pasientene og økonomien vektlagt. Dr Beverly Phillips viste til studier der man så en reduksjon i planlagt behandling på 60% og et fall i inntektene til sykehusene med opptil 70%. Et av initiativene fra helsemyndighetene var «Hospital without walls» tiltakene, der man kunne få økonomisk støtte til å utføre behandling, som vanligvis ville være døgnbasert, poliklinisk eller ambulatorisk ved et dagkirurgisk senter.

Dr Corinne Vons, professor i gastrokirurgi i Paris, vektla i stor grad den forventede økningen i ventetid («backlog») som effektene av pandemi håndteringen på sykehus vil medføre. I en britisk rapport om carotis endarterectomi har man estimert med minst 6 måneder for å komme tilbake til den «normale» ventelistedetiden, vel å merke dersom man *doblet* den kirurgiske kapasiteten. Tilsvarende rapporter ble gjengitt fra Canada og USA med svær økning i ventelister og tilsvarende lange estimer for når backlogen kunne fjernes.

Den andre halvdel av vårkongressen var i sin helhet viet til frie foredrag med vekt på forskning som foregår ved dagkirurgiske senter verden over. Dette året var i særdeleshet Kina godt representert med en rekke forskningsprosjekter som nok kan stå som et uttrykk for landets evne til å omstille seg fra en tung tradisjon med døgnbasert behandling over til dagkirurgi i moderne form innen kort tid. Forskningsartikler vil uten tvil finne veien inn i IAAS sitt eget forskningstidsskrift «Ambulatory Surgery», og link til journalen finnes på IAAS sin hjemmeside.

Fortsatt er den digitale formen for kongressdeltakelse i sin spede begynnelse. Det krever litt innsats å sitte gjennom foredrag når overføringen hakker og lyden periodevis forsvinner. Men jeg tror de som deltok satt med en klar formening om at informasjonen som her ble utvekslet var viktig og ga ny innsikt i hvordan vi kan samarbeide digitalt og ikke minst raskt få nyttig viten som vi kan benytte lokalt og nasjonalt i håndteringen av dagkirurgi i en pandemi.

**MEDI PLAST**



**wetwipe®**

# TRIAMIN DESINFECTION

Desinfiserende engangskluter uten alkohol

Rengjør overflater som ikke tåler alkohol.  
Nå godkjent av Statens Legemiddelverk til teknisk bruk i helse og sykepleien.

Bruk biocider forsvarlig. Les alltid etiketten og produktinformasjonen før bruk.



Artikkelnr. 81153



Artikkelnr. 81133

Mediplast AS  
Tollbugata 115, 3041 Drammen  
Tlf kundeservice: 32 88 11 00  
mediplast@mediplast.no

[mediplast.com](http://mediplast.com)

# Utfordringer for dagens dagkirurgi

Inge Glambek, generell kirurg og tidligere styremedlem Nordaf



Av og til er det nyttig å se tilbake på hvordan ting var i gamle dager. Dagkirurgien begynte jo historisk sett med den skotske barnekirurgen James Henderson Nicoll (1863-1921). Rundt forrige århundreskifte utførte han mer enn 9000 barnekirurgiske operasjoner, bant annet var han den første som opererte pylorusstenose. Han publiserte en artikkel i British Medical Journal der han postulerte at i utvalgte tilfeller var det bortkastet økonomi å beholde de opererte barna i sykehuset. De hadde det bedre hjemme, utenfor sykehuset. Betingelsen var at mødrene fikk gode instruksjoner.

Nicoll brukte altså allerede da økonomiske argumenter for å promotere dagkirurgien. Selv om hans egentlige argumentasjon var medisinsk; de opererte barna hadde det bedre, med færre komplikasjoner og raskere rekonvalesens. Ser vi på dagkirurgiens utvikling og vilkår fremover til i dag, ser vi at økonomiske betingelser hele tiden har vært avgjørende. International Association of Ambulatory Surgery (IAAS) har i hele sin eksistenstid (fra 1995) registrert medlemslandenes dagkirurgiske aktivitet. Der har vi sett hvordan land som Tyskland og Frankrike til langt ut på 2000- tallet nesten ikke hadde dagkirurgi. I de landene var operasjonenes *reimbursement* (betaling) basert på antall dager innlagt i sykehuset. Men også der vant de medisinske argumentene til slutt frem. Jeg husker generalforsamlingen i IAAS i Budapest 2015. Der la Frankrike frem sine tall, og fra tidligere å være forbudt å utføre laparoskopisk cholecystektomi dagkirurgisk, var de nå påbudt.

Ser vi bort fra den evige diskusjonen om hva som er kirurgi (er endoskopier kirurgi, f.eks.?) og bruker den norske definisjonen (nei, endoskopier er ikke kirurgi), har vi i Norge en gang ligget på topp blant landene med størst andel dagkirurgi. Dette var i første tiår i vårt årtusen. I 2006 var litt over 60% av alle elektive operasjoner i Norge gjort som dagkirurgi. Denne gode utviklingen fikk en bråstopp i 2009, da helsemyndighetene fant ut at sykehusene tjente for godt på sin dagkirurgi. Dermed reduserte de DRG- vektingen på dagkirurgiske operasjoner, for noen operasjoner ned til 50 %.

I riksrevisjonens årsrapport fra 2014 ble det slått fast at sykehusenes effektivitet ikke var godt nok utnyttet fordi dagkirurgi ikke ble benyttet så ofte som den burde bli. Så vet vi at denne rapporten, sammen med iherdig innsats fra Nordafs tidligere ledere Johan Ræder og Jørgen Nordentoft, medførte en gradvis tilbakeføring til en akseptabel økonomisk kompensasjon.

Hva er poenget mitt med denne historien? Det er at økonomien har fått styre altfor mye av den medisinske utviklingen. Har dette blitt bedre? Nei det har det jo ikke. Fra 2001 har det norske helsevesenet vært styrt etter en foretaksmodell. Det betyr, satt på spissen, at sykehusene organiseres som om de var produktive bedrifter. Det er de jo ikke. Sykehusene produserer strengt tatt bare utgifter. Og den valutaen vi bruker er DRG. DRG ble oppfunnet i 1961 av en sykepleier og en økonom i USA for å beregne kostnadene med langtidsliggende pasienter. Det er for lenge siden slått fast at DRG ikke er egnet for poliklinikk eller dagkirurgi.

Modellen var en del av den nye trenden *New public management*. Foretaksmodellen og NPM ga grønt lys for økonomenes og juristenes inntog i sykehusene. Og vi vet hvordan det har gått. Hvis det er en hammer du har, har problemene en tendens til å se ut som en spiker. Og de nye lederne brukte de instrumentene og den terminologien de kan: Helsearbeiderne er *ressurser* som *produserer*, pasienter som legges inn med komplikasjoner er *reklamasjoner*. På vårt sykehus er det nå kommet en ny type sykepleiere, *trainees*. De skal være litt her og litt der, slik at de kan delta i en sykepleierpool der sykepleierne kommer på jobb uten å vite hvor de skal jobbe den dagen.

Dagkirurgisk senter på Haraldsplass ble startet i 2003. Senteret startet slik de internasjonale anbefalingene var; Som en egen enhet med egen stedlig leder og operasjons- og anestesisykepleiere som bare var der, skjermet fra

sentraloperasjonsavdelingen. Kirurgene hadde faste dager, satt opp slik at operasjonstiden var tilpasset drift av to stuer. Da settes operasjonene opp slik at operasjonstiden er noenlunde lik skiftetiden på stuene. Jeg hadde i de første ti årene to faste dager der jeg opererte mindre brokk og varicer, med 8-10 operasjoner hver dag. Dette var også en ideell situasjon for opplæring i disse operasjonene. Utdanningskandidaten fikk gjøre større og større del av operasjonen, tilpasset tiden, og jeg kunne gå fra til neste stue når hun/ han lukket.

Nå er Dagkirurgisk senter tilbakeført til sentraloperasjon, det er ikke lenger en egen leder og bare noen få faste sykepleiere. De fleste kirurgene har bare spredte dagkirurgiske dager og selv assistentene er ikke faste på DKS. Vi har ikke lenger fast anestesilege. Kort sagt har vi mistet den gode dagkirurgiske følelsen av tilhørighet på en god, skjermet enhet. Det er illustrerende at jeg nå er den eneste som er medlem av Nordaf.

Omorganiseringen av dagkirurgien vår følger samme mønster som i sykehuset for øvrig; Antall stillinger reduseres, unntatt i administrasjonen. Legene får flere merkantile oppgaver.

En sykepleier er en sykepleier og kan brukes over alt. Sengetallet reduseres, pasientene flyttes rundt på poster der sykepleierne ikke vanligvis har slike pasienter. Gode fagbaserte miljøer brytes opp. Alt i tråd med det økonomene mener er god New public management.

Jeg kommer aldri til å glemme IAAS verdenskongress i Sevilla i 2005. Da hadde Norge den største nasjonale kontingenten. Ullevål stengte sitt dagkirurgiske senter og sendte 39 delegater! Ullevål, med Johan Ræder og Unni Nålsund i spissen, hadde et fantastisk miljø. Inspirerende for oss andre. Dagkirurgi handlet om miljø og tilhørighet. Alle følte eierskap til avdelingen og de dagkirurgiske pasientene. Så ble også Ullevål sitt dagkirurgiske senter omorganisert i økonomiens navn, og miljøet forvitret slik jeg så det.

Er det bare disse to sykehusene som har opplevd dette? Har noen dagkirurgiske sentra overlevd som gode miljøer? Vi blir nødt til å snakke om dette. Økonomer og jurister ser annerledes på faget vårt. Faglighet gir ikke økonomisk uttelling i deres øyne. De tar grundig feil, og vi må fortelle dem det

## Nordaf Reisestipend

Trenger du inspirasjon i ditt dagkirurgiske arbeid? Da har du muligheten for å søke støtte til kurs, seminar, en studietur eller annet kreativt formål som kan bidra til å gi deg ny «input» og kunnskap innen feltet dagkirurgi.

Nasjonale kongresser, hospiteringer og lignende, honoreres med kr 5000,- og internasjonale kongresser/ verdenskongressen, honoreres med kr 7500,-. Vi ønsker å dele ut 5 stipender hvert halvår! Det vil være en dynamisk prosess, så antallet kan variere fra år til år, avhengig av overskuddet i foreningen.

**Søknadsfristene er 15. april og 15. september.**

Skjema for søknad til «Reisestipend fra Nordaf» laster du ned på våre hjemmesider. Vi ønsker en begrunnet søknad, hvor du forteller oss hvorfor akkurat du bør reise på kurs/konferanse.

Husk å skrive

- hvilket sykehus du jobber på
- din mailadresse, privatadresse og telefonnummer.

Søknad sendes til styret i Nordaf v/ styremedlem Nina Myhre på mail: [nina.myhre@siv.no](mailto:nina.myhre@siv.no)  
Alle stipender er personlige og kan ikke overføres til andre.

Viktig: Du må skrive et innlegg til "Dagkirurgisk Forum" etter at reise og kongress er gjennomført.

# Gi kniven videre – utdanning av gode kirurger

Monica Strømme Hermanrud, spesialist i Fødselshjelp og kvinnesykdommer ved AHUS – styret



Først tusen takk for tilliten som siste person innvalgt i styret i NORDAF!

Jeg tenkte å benytte anledningen til å gi en liten oppdatering fra det gynekologiske miljøet på Ahus, og vil spesielt fokusere på vår tilnærming til å utdanne gode kirurger. På Ahus er vi kvinnesterke på operatørsiden med 12 kvinnelige overleger som opererer. Jeg er stolt av å være en av dem.

Ahus dekker et område for ca. en halv million innbyggere i Follo, Romerike og Kongsvingerregionen, i tillegg til de tre nordligste bydelene i Oslo; Alna, Grorud og Stovner. Hovedoppgavene for Ahus er pasientbehandling, forskning, undervisning og pasientopplæring. Ahus har dagkirurgisk virksomhet på Nordbyhagen, Ski sykehus og på Kongsvinger.

Gynekologi har gått fra å være et fagfelt med hoveddel på åpen kirurgi og lang liggetid til å dominere i dagkirurgien. Ahus står vanligvis for 1300-1400 dagkirurgiske inngrep per år. På grunn av COVID-19 har dette dessverre blitt redusert til knappe 900 i 2020. Hovedandelen av våre dagkirurgiske inngrep er laparoskopiske, men vi gjør også en del vaginale inngrep som f.eks. vaginalplastikker.

I det gynekologiske miljøet har vi de siste årene hatt to kampanjer i regi av FUGO (Forening for utdanningskandidater for gynekologi og obstetikk); «Gi kniven videre» og «Boksen går». «Gi kniven videre» var i perioden 2014-2015, og ble startet som konsekvens av tilbakemelding fra LIS om suboptimale forhold ved den kirurgiske delen av spesialiteten. Det var frustrasjon med bl.a. å fylle operasjonslistene, samt man opplevde generelt manglende kontinuitet og struktur.

I en stressende klinisk hverdag innså man at opplæring og pedagogisk tilnærming ofte druknet i krav om produktivitet

og effektivitet. Det var altså et behov for å rette oppmerksomheten mot forbedring av den kirurgiske utdannelsen. Dette ble da utgangspunktet for «Gi kniven videre».

Man ønsket en målrettet og strukturert tilnærming og således en mer effektiv utdanning. Inspirasjon var hentet fra FUGOs søsterorganisasjoner i Sverige og Danmark (FYGO/OGU), som hadde gjennomført samme løp et par år tidligere. Målet var å få LIS oftere inn på operasjonsstuen, og der bli satt som hovedoperatør med en erfaren operatør som veileder. Før operasjonen gikk LIS og erfaren operatør gjennom det planlagt inngrepet og målsetning for LIS. Dette var oppsummert i praktiske kort man kunne ha i frakken. En for LIS og en for instruktøren.

Gi kniven videre HUSK for instruktør	Gi kniven videre HUSK for LIS
<p><b>Preoperativt</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Hvilke ferdigheter har LIS?</li> <li>Hvilke innlæringsmomenter finnes under inngrepet?</li> <li>Har jeg satt av tid til veiledning?</li> <li>Hvilke instruktørrolle skal jeg ha?               <ul style="list-style-type: none"> <li>Vise</li> <li>Veilede</li> <li>Assistere</li> </ul> </li> </ul> <p><b>Samtale med LIS</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Kort gjennomgang av forberedelsene over</li> <li>Lag en plan for inngrepet. Finnes alternative inngrep?</li> <li>Hvem er hovedoperatør?</li> <li>Hvem gjør hvilke delmomenter?</li> <li>Forventede vanskeligheter, hva gjør vi?</li> <li>Hvilke bekymringer har LIS og hvilke har jeg?</li> </ul> <p><b>Postoperativt</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Fulgte vi planen? Hvis nei, hvorfor?</li> <li>Hva gjorde LIS bra?</li> <li>Hvilke ferdigheter skal LIS trene på?</li> <li>Hva kan LIS gjøre selv neste gang?</li> <li>Hva lærte jeg?</li> </ul>	<p><b>Preoperativt</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Kjenner jeg pasienten?</li> <li>Er det god operasjonsindikasjon?</li> <li>Finnes det etiske spørsmål å ta hensyn til?</li> <li>Er pasienten optimalt forberedt til inngrepet?</li> <li>Har jeg kunnskap om inngrepet som skal utføres?</li> <li>Finnes det kritiske momenter?</li> <li>Hva vil jeg lære meg?</li> <li>Trenger jeg hjelp, og i så fall av hvem?</li> </ul> <p><b>Samtale med instruktør</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Kort gjennomgang av forberedelsene over</li> <li>Lag en plan for inngrepet. Finnes alternative inngrep?</li> <li>Hvem er hovedoperatør?</li> <li>Hvilke delmomenter kan jeg gjøre?</li> <li>Forventede vanskeligheter, hva gjør vi?</li> <li>Hva skal jeg lære meg?</li> </ul> <p><b>Postoperativt</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Fulgte vi planen? Hvis nei, hvorfor?</li> <li>Hvem følger pasienten videre?</li> <li>Hva lærte jeg?</li> <li>Hva kan jeg forbedre til neste operasjon?</li> <li>Hva gjorde jeg bra?</li> <li>Hvordan fungerte veiledningen?</li> </ul>

Dette var et frivillig prosjekt som raskt fikk bred oppslutning i de ulike gynekologiske avdelingene. For å dokumentere status før oppstart, ble det sendt ut spørreskjema for kartlegging av den kirurgiske opplæringen ved de ulike avdelingene. Dette ble gjort i etterkant for evaluering. I tillegg til praktiske kort å ha i frakken, ble diverse materiale gjort tilgjengelig for å synliggjøre kampanjen; plakater, buttons, sertifiseringsskjemaer og power point presentasjoner.

Kampanjen fikk støtte fra legeföreningens fond for kvalitet og pasientsikkerhet, i tillegg til Norsk Gynekologisk



Forening. Man ønsket med dette å skape dyktige, trygge og effektive kirurger av LIS på kortere tid.



I ettertid har flere spesialiteter blitt inspirert av kampanjen, med blant annet Norsk ortopedisk forening i 2017-2018. Det kom mange gode tilbakemeldinger på kampanjen, og man tenker at dette har vært med på å forbedre den kirurgiske delen av utdanningen. Neste kampanje «Boksen går» var et lignende prosjekt som ble gjennomført i 2018-2019. Dette tok for seg trening i laparoskopiske ferdigheter for LIS. Hver avdeling fikk utdelt en treningsboks med skjerm og kamera, diverse laparoskopitstyr og plakater med forskjellige øvelser. Disse øvelsene skulle gjennomføres innen en bestemt tid for å bli sertifisert. Det var 10 basale øvelser, delt på to deler. Alle gynekologiske avdelinger i landet var initialt representert. Man etablerte en kontaktperson som skulle hjelpe til å fremme kampanjen på hver avdeling. På samme måte som forrige kampanje, ble det sendt ut skjemaer før og etter. Man ønsket å kartlegge status for laparoskopitrening før oppstart, der 90 % av LIS svarte at de ikke var fornøyd!

Det ble (igjen) rapportert om manglende tid og veiledning. Så mange som 74 % mente de ville følt seg mye tryggere med et sertifiseringskrav før man slapp til i feltet, mens 26 % mente de ville følt seg noe tryggere. Ingen av avdelingene hadde egen øvingsboks, men hele 90 % av avdelingene hadde øvingsboks tilgjengelig, men som i liten grad ble brukt. 68 % av overlegene svarte at det var ingen eller utilfredsstillende trening ved deres avdeling. Det var noe lav oppslutning av utfylling av skjemaene ved avslutningen, men det ble påpekt at dette primært ikke var en studie, men heller en kampanje for å fremme laparoskopitreningen på hver avdeling.

Kampanjens varighet var ett år, der konklusjonen blant annet var at LIS følte at definerte krav virket motiverende for trening. Manglende utstyr var nå et mindre problem. For 56,4 % hadde treningsmengden økt noe, mens for 28,8 % hadde den økt mye. Over halvparten følte seg tryggere i

operatørrollen. Tendensen var altså at det gikk i riktig retning og man så en bedring sammenlignet med året før. Likevel hadde kun litt over halvparten av alle LIS hadde gjennomført del 1 av treningen. Flertallet av de som ikke hadde fullført del 1, hadde mindre enn 6 mnd erfaring med «Boksen går». Det var fortsatt stor misnøye med treningsmengden, 82 % vs 90 % tidligere, der samtlige anga manglende tid som årsak til at de ikke fikk trent nok. 25 % anga manglende veiledning.

For å runde av kampanjen ble det holdt en nasjonal laparoskopikonkurranse på boks. 10 avdelinger deltok i kvalifiseringsrunden og LIS Mathias Sonstad i Skien gikk av med seieren etter en konkurranse overført til storskjerm til lyden av «Final countdown» rungende over anlegget! Mathias Sonstad har for øvrig vært i gjennomstrømningsstilling på Kvinneklinikken Ahus under deler av kampanjen, så vi føler at den seieren er litt vår!

Det var noe ujevn oppfølging av treningen etter at kampanjen var over. Hos mange avdelinger fungerte likevel kampanjen bra, dvs. det ble satt av tid for trening på boks, og man fikk i tillegg bedre veiledning av overlegene. Det har blitt noe mindre trening pga. COVID-19 pandemien, men det meldes fra flere avdelinger at man ønsker målrettet trening som del av utdanningen av LIS. Slike kampanjer er et viktig bidrag i arbeidet med å forbedre utdannelsen av gynekologer, og man bør med jevne mellomrom rette oppmerksomheten til slik trening.



Kilder: artikler publisert i Gynekologen: 27-4, 2014 (FUGO), 4-2019 (Mariann e Omtvedt m.fl. ) og 1-2021 (Ann Cecilie Vaadal/Aslak Vimme Solhoff).

# Dagkirurgi, oral og Maxillofacial kirurgi

Nils Petter Fossland, Avdelingssjef ved avdeling for Kjeve og ansiktskirurgi  
St. Olavs hospital



Kjeve og ansiktskirurgi, eller Oral og Maxillofacial kirurgi er kirurgi i ansikt og kjeve som også inkluderer kirurgi på skjelettet og tenner. Faget dekker derfor bredt, men på et anatomisk avgrenset område. Faget inkluderer dentoalveolær kirurgi, ortognatisk kirurgi, kosmetisk ansiktskirurgi, cranio-maxillofacial traumekirurgi, diagnose og kirurgi for kreft i hode og halsområdet og rekonstruksjonskirurgi for vevsdefekter i hode og halsområdet.

Vi har to forskjellige spesialiteter i Norge. Spesialister i Oral kirurgi og oral medisin er tannleger som går igjennom et 5årig spesialiseringssløp hvor de går ut som spesialister i tannlegespesialiteten Oralkirurgi og oral medisin. Legespesialiteten Maxillofacial kirurgi krever ikke odontologisk bakgrunn, men de aller fleste spesialister i Maxillofacial kirurgi i Norge har studert både odontologi og medisin før man begynner på sin 6 - årige spesialisering i Maxillofacial kirurgi. Da spesialitetene er overlappende er det hensiktsmessig å snakke om Oral og Maxillofacial kirurgi som ett fag, spesielt med tanke på dagkirurgiske prosedyrer.

Som i andre fag har det i de siste 20 årene vært en utvikling mot mer dagkirurgiske inngrep i vårt felt. Svært mange av de mindre inngrepene har lenge vært utført dagkirurgisk, spesielt de dentoalveolære inngrepene og de mindre kosmetiske inngrepene som blefaroplastikker og brow-lift, selv om spesielt enkelte dentoalveolære inngrep kan være relativt omfattende. Dette kan ha sammenheng med at de aller fleste dentoalveolære inngrepene utføres på private

tannklinikker av både oralkirurger og maxillofacial kirurger. Dette er inngrep som innsetting av tannimplantater, kirurgisk fjerning av retinerte tenner og fjerning av beincyster av forskjellig opprinnelse.

Også beinaugmentasjon ved beinmangel i over og underkjeve vil i de fleste tilfeller opereres dagkirurgisk. Vi snakker da om inngrep hvor man går inn gjennom slimhinnen, høster bein fra donorsted som legges inn på ønsket sted for å senere kunne sette inn tannimplantater for å rehabilitere et mangelfullt bitt.



For andre inngrep, for eksempel ved ortognatisk kirurgi hvor vi løsner og flytter den tannbærende delen av over - og/eller underkjeven planlegger vi med postoperativ innleggelse ved vår avdeling på St. Olavs hospital. Men på enkelte avdelinger i utlandet gjør man i dag forflytning av overkjeven, LeFort I, uten postoperativ innleggelse. Jeg tror det er en stund til at vi endrer på denne praksisen i Norge. Vår opplevelse er at det fortsatt er best pasientbehandling å la denne pasientgruppen ligge til observasjon på post i en til to dager til vi ser at det går greit å spise og drikke.



Men vi lever i en hverdag hvor effektivitet og omlegging til dagkirurgi er fokus, og det kan godt være at vi er nødt til å tenke nytt også ved denne pasientgruppen i nær fremtid.

Ved brudd i ansiktet vil det ved endring av bitt, ved endring av ansiktskontur og dobbeltsyn være indikasjon for operativt inngrep med reposisjon og osteosyntese behandling. Dette er i dag kirurgi som de aller fleste tilfellene behandles med et heldøgnsopphold på avdelingen. Enkelte pasienter ytrer ønske om å skrives ut samme dag og vil ende opp som dagkirurgiske pasienter med god pasienttilfredshet. Ved enkelte av disse prosedyrene kan det til og med synes mest hensiktsmessig med dagkirurgi. Spesielt ved kortere narkoseinngrep med minimale kirurgiske tilganger som ikke vil kreve intravenøs postoperativ smertebehandling. Dette er noe vi ved vår avdeling utreder, men ikke har konkludert ennå.



Oral og Maxillofacial kirurgi har tradisjonelt vært et fagområde som behandler en stor andel av våre pasienter med dagkirurgiske inngrep, og mange av disse prosedyrene utføres på private klinikker rundt om i Norge. Trenden er likevel også i vårt fag, stadig økende fokus på poliklinisering av kirurgisk behandling. Det er et uttalt ønske at enda flere pasienter trygt skal kunne komme hjem til egen seng etter at de har utført sin planlagte prosedyre. Det skal tilbys der det er medisinsk faglig forsvarlig, og det er flott å kunne være med i en organisasjon som NORDAF for å utveksle erfaringer ved dagkirurgiske prosedyrer med kolleger fra andre kirurgiske fagfelt.



Slik kan vi fortsette vår kurs med omlegging av drift mot trygge dagkirurgiske tilbud med fortsatt god pasienttilfredsstillhet.



# Vi er alltid på jakt etter dyktige legespesialister!

Vi tilbyr blant annet:

- God tid til å fokusere på pasienten
- Personlig og faglig utvikling
- Et godt arbeidsmiljø og muligheten til å påvirke din egen hverdag

Bli en del av Norges ledende private helseforetak!  
Send en søknad til [hr@aleris.no](mailto:hr@aleris.no)

# Dagkirurgi i en flyktningeleir på Lesbos

Bjarte Askeland – NOR EMT og NORDAF



## Innledning

Artikkelforfatteren har vært styremedlem i NORDAF i en årrekke og arbeider til daglig som anestesilege på Haukeland Universitetssykehus. I tillegg har jeg vært heldig å få mulighet til å reise, både inn- og utenlands, på ulike oppdrag med helse som fokus, både som militærlege i Afghanistan og som medlem i det EU og FN-initierte Emergency Medical Team-konseptet, i oppdrag på Samoa og i Bergamo.

På Samoa deltok jeg i en koordinert FN og EU-aksjon til bistand under en svært alvorlig meslingepidemi i en liten øystat i Stillehavet, der et stort antall voksne og barn ble alvorlig syke og mange barn døde. I løpet av 4 hektiske uker i desember 2019 bisto NOR EMT et helsevesen i krise og kunne se tilbake på et vellykket oppdrag når det nye året 2020 ble feiret, 13 timer før Norge.

I Bergamo kunne NOR EMT bidra som nødhjelp til et helsevesen i en rik del av Italia, der Coronaviruset hadde lammet alle andre funksjoner enn å håndtere et stadig økende antall kritisk syke Covid-19 pasienter. Dette oppdraget viste at selv de rike og vellykkede har behov for bistand utenfra, når krisen rammer.

## Brannen i Morialeiren

Høsten 2020 fikk jeg, som Senior Medical Officer i NOR EMT, være med på et oppdrag til Lesbos, en liten øy i Hellas, nær kysten av Tyrkia. Det hadde oppstått brann i flyktningeleiren Moria og 13 000 migranter stod over natten

hjemløse, uten tak over hodet og uten helsetjenester. I samarbeid med greske helsemyndigheter reiste han, sammen med vel 20 helsepersonell, til Lesbos og tilbrakte 6 uker i en ny og fremmed arbeidssituasjon, med teltklinikker, massiv pågang av pasienter i alle aldre, mange små barn og et bredt spekter av sykdommer.

Det som møtte oss da vi kom til Lesbos var kaos. Morialeiren var allerede overfylt, opprinnelig ment for noen få tusen flyktninger og på det meste hadde den mer enn 23 000 «innbyggere». Natten til 9. og 10. september brente hele leiren ned, sannsynligvis var brannen påsatt. Ingen av flyktningene døde, men flere fikk brannskader og mange barn ble traumatiserte. I løpet av få dager klarte de greske helsemyndighetene å stable en teltleir, med mer enn 1 000 telt, hver store nok til å romme familier på inntil 10 personer, på beina og et rudimentært sosialt system, med mulighet for å drive helse- og sosialtjeneste for mer enn 10 000 barn og voksne flyktninger og migranter som hadde søkt tilflukt i den nye leiren. Alle nyankomne fikk tildelt et telt, enten et familietelt, eller en sengeplass i store telt for enslige. Etniske ulikheter gjorde det nødvendig å skille ulike folkegrupper, men alt i alt var forholdene fredelige, med få konflikter og voldshandlinger. Værforholdene var heldigvis gunstige, med tørt, varmt vær. Dette bidro positivt i den initiale fasen av oppholdet. Etter hvert ble det både kaldere, våtere og vanskeligere.



Det ble gjort hurtigst av alle nyankomne for Covid-19 og heldigvis var det få smittede. De få som var syke ble isolert i en liten del av leiren, omkranset av piggråd, noe som bidro til fortvilelse og utålmodighet. Vårt team hadde ansvar for både friske og syke. Det bød på utfordringer.



Vi disponerte barneleger, gynekolog, anestesileger, spesialsykepleiere og paramedics, med to ambulanser. I løpet av noen få dager klarte vårt team å etablere to teltklinikker med 7-8 behandlingsplasser og sammen med greske helsemyndigheter startet vi behandling av de syke. Pågangen var stor, de travleste dagene hadde vi over 160 pasienter og mange transport- og akuttoppdrag med ambulanse. De fleste tilfellene var ukompliserte og mer plagsomme enn farlige, men flere ganger hadde vi akutte tilstander som krevde innsatsen til vårt akuttpersonell. Heldigvis disponerte vi både kompetent personell og godt akuttutstyr, slik at vi følte oss i stand til å takle traumer, nærdrukninger, obstetriske komplikasjoner og akutte psykiske kriser. Til bistand i arbeidet vårt var vi svært godt assistert av en rekke nasjonale og internasjonale NGOer og svært kompetente tolker, mange av dem med medisinsk kompetanse som bidro til å øke sikkerheten i pasientarbeidet.

### Pasientpanorama og dagkirurgi

Vi hadde i alt 40 dager med klinisk virksomhet og behandlet over 4 200 pasienter. Etter oss kom heldigvis et tysk team som overtok driften av klinikkene. Dette gav oss trygghet og tro på at helsetilbudet til flyktningene ikke forsvant når vi dro hjem til Norge.



Gynekologisk mobilklinikk

Svært mange av pasientene var unge, 1 650 var under 18 og 850 var under 5 år. Kjønnfordelingen var 50:50 og over 200 gravide kom til oss for behandling. Med to ambulanser og godt utdannede paramedics gjennomførte vi 85 ambulanseoppdrag til sammen. Mer enn 1000 pasienter ble henvist til videre behandling, mens kun 32 pasienter trengte akutt innleggelse i sykehus. Dette indikerte at vi klarte å håndtere de fleste pasientene lokalt og ikke belastet helsevesenet på Lesvos unødvendig. Heldigvis fikk kun 21 av pasientene påvist Covid 19, noe overraskende, siden smittetrykket i Hellas og på Lesvos var ganske høyt og nasjonal lockdown ble innført kort tid etter at vi forlot landet. I leiren ble det fram til starten av november påvist 351 Covid 19 pasienter av i alt 8240 testede, men ingen trengte akutt sykehusinnleggelse.



### Hurtigtesting

Det var en rekke pasienter med indremedisinske tilstander. Over 1000 hadde hudsykdommer, inkludert svært mange med infisert skabb. I tillegg var det mange med infeksjonssykdommer i luftveier, tarm, munnhule og i tenner. Mange av de gravide var unge førstegangsfødende, som trengte mye veiledning og hjelp. Noe av det mest skremmende var de mange med akutte psykiske sykdommer, panikkanfall og katatone tilstander som kunne vare i flere timer. Det var sterkt belastende for oss å se de mange lidende pasientene med reaksjoner fra mange traumer i livet.

En god del av pasientene hadde traumer, sårskader, brudd og andre kirurgiske tilstander som krevde intervensjon. Teamet hadde både kompetanse og utstyr til å gjøre en del med disse tilstandene og kunne derfor utføre en god del dagkirurgiske inngrep, dels i lokalanestesi med sedasjon og dels i narkose, med Ketamin og spontanventilasjon. Vi diskuterte om det var trygt å gjennomføre anestesi og kirurgi i to teltklinikker i en flyktningeleir, men kom til at den samlede kompetansen og erfaringen i teamet, sammen med det utstyret vi hadde og de to ambulansene som kunne

transportere eventuelle komplikasjoner raskt til sykehus, gjorde praksisen trygg nok. Til sammen utførte vi derfor mer enn 50 små og store kirurgiske inngrep under oppdraget og bidro dermed til å avlaste det greske helsevesenet. Det lå i sakens natur at alle inngrepene måtte gjennomføres som dagkirurgi, da vi ikke disponerte sengeplasser eller hadde åpent om natten. Dette gjorde at vi måtte planlegge anestesi og kirurgi nøye og flere av pasientene ble tatt inn til gjentatt kirurgi. Dette gjaldt i første omgang brannskader og større sårstell. Inngrepene varierte mye og i tillegg til sårbehandling og brannskader, behandlet vi traumer, fracturer, knivstikk, suicidalforsøk, fremmedlegemer, tanninfeksjoner, svulster og gynekologi.



Dokumentasjon er viktig. All behandling ble nøye dokumentert i vår skriftlige pasientjournal, basert på MDS – «minimal data set» - fra WHO. Det arbeides med en overgang til elektronisk journal, med lokale mini-servere og lukket lokalnett. Det vil lette arbeidet og gjøre oss bedre i stand til å dele data med samarbeidspartnere.



Den norske ambassadøren i Hellas

### Oppsummering

NOR EMT har fått testet sin kapasitet under svært forskjellige forhold på de tre oppdragene, Samoa, Bergamo og Lesvos. Vi har vist at teamet er kompetent, fleksibelt og tilpasningsdyktig. Utstyret vårt har blitt testet og funnet å holde mål. Vi har blitt mottatt med kjærlighet og beundring på Samoa og i Bergamo, mens mottagelsen var mer avmålt på Lesvos. Politiske forhold og motstand i lokalbefolkningen representerte en utfordring for oss, men likevel kunne vi gjennomføre oppdraget uhindret og uten å ha blitt utsatt for trusler eller vold. Samtlige av teammedlemmene har uttrykt en sterk følelse av å være til nytte og opplevde oppdragene som svært meningsfulle. Samarbeidet med lokale helsemyndigheter og med våre oppdragsgivere, den Norske Regjeringen, EU og WHO har fungert svært godt og gjort oss trygge på at jobben vi gjøre er uhyre viktig og riktig!

#### Fakta om EMT:

Det norske innsatsteamet – Emergency Medical Team (EMT) er et innsatsteam som styrker nasjonal beredskap og støtter opp om kriser internasjonalt. Innsatsteamet ble opprettet i 2018 og er spesialutstyrt for å kunne opererer i kaldt klima. EMT er et supplement til arbeidet frivillige organisasjoner gjør, og kan rykke ut raskt til jordskjelv, andre naturkatastrofer og alvorlige sykdomsutbrudd dersom FN eller EU ber om bistand eller ved nasjonale kriser.

NOR EMT består av til sammen rundt 60 spesialtrente personell med helse-, logistikk- og ledelseskompetanse og har utstyr som kan behandle mer enn 100 pasienter i døgnet. Teamet er selvforsynt i seks uker og trenger kun tilgang på vann og drivstoff.

Kilde: Regjeringen.no

# Hofteprotese som dagkirurgi - en gimmik, eller noe som er kommet for å bli?

Helge Wangen, avd. sjef Ortopedisk avdeling, Sykehuset Innlandet –

Hvert år settes det inn i underkant av 10.000 primære hofteproteser i Norge. Antallet er jevnt stigende (Årsrapport fra Norsk leddregister 2020).

Innsetting av hofteprotese er blitt betegnet som århundrets operasjon grunnet kombinasjonen av lang varighet av protesen og kost-nytte effekten operasjonen gir for pasient og samfunnet (The operation of the century: Total hip replacement, Ian D Learmont et al. Lancet 2007; 370: 1508-19).

Historien om dagens hofteproteser starter tilbake på 60-tallet i Wrightington, England. En kirurg med navn John Charnley var nærmest besatt av å finne en protese som varte lenger enn noen få år. På den tiden var det prøving og feiling som gjaldt og ikke systematiske studier som var etisk vurdert og kontrollert. Etter å ha forsøkt med ulike proteser kom han ved en tilfeldighet fram til en kombinasjon som fungerte over lengre tid. Det var spesielt hofteskålen som hadde gitt han mange bekymringer og pasientene mye lidelse i form av proteser som løsnet tidlig. Løsningen ble å sementere fast en hofteskål laget av polyetylen som er en type plast og å sementere fast en stamme av metall med fast hode ned i femur. Dette er det samme prinsippet som ligger til grunn for dagens proteser med noen små justeringer.

I tillegg til utfordring med varighet av protesene var post operative infeksjoner et stort problem. Charnley rapporterte selv opp til 10% post operative infeksjoner i starten. Ved å fokusere på aseptisk operasjonsteknikk og optimalisering av forholdene inne på operasjonssalen klarte han å få dette ned på et akseptabelt nivå.

I Norge startet den virkelige æraen for hofteproteser på midten av 80-tallet. Antallet operasjoner økte gradvis. I 1987 ble leddregisteret i Norge etablert som et resultat av at man så behovet for å følge med på hvordan det gikk med Charnley protesen og andre proteser som raskt kom på markedet uten noe form for vitenskapelig dokumentasjon. Fram til i dag har dette registeret spilt en viktig rolle nasjonalt og internasjonalt. Uten dette ville ikke kvaliteten på implantatene som brukes og kvaliteten på kirurgien som utføres vært så høy som den er i Norge i dag.

Til å begynne med var innsetting av en hofteprotese sett på som et dagsverk som inkluderte minst en uke i seng post operativt og deretter 1-2 uker med opptrening på sykehus. Dette endret seg lite i starten. For 15 år siden var dette et vanlig forløp for en pasient som ble hofteoperert:

Dag -1: oppmøte på avdeling

Dag x: operasjon med operasjonstid 60-120 minutter

Dag 1: sengeleie evt sitte på sengekanten/stå ved siden av sengen

Dag 2: mobilisering med prekestol

Dag 3-5: mobilisering opp med krykker

Dag 6: trappegang

Dag 7: avreise til rehabiliteringsinstitusjon

Rehabiliteringsinstitusjon 3-4 uker

Opptreningen var i tillegg regulert av restriksjoner. Man skulle ikke krysse ben og sitte med mer enn 90 grader fleksjon i hofte de første 3 månedene etter operasjon. Dette nødvendiggjorde behov for en rekke hjelpemidler som pasienten enten kjøpte eller lånte. På begynnelsen av 2000-tallet ble det et behov for å effektivisere og strømlinjeforme behandlingsforløpet fordi antallet hofteproteseoperasjoner etter hvert ble så stort. Spesielle behandlingsforløp ble innført deriblant «fasttrack». Det er et behandlingsforløp hvor alt er forsøkt optimalisert for å til sist å kunne hente ut resultater i form av mer fornøyde pasienter og kortere liggetid. Dette medførte at gjennomsnittlig liggetid etter en proteseoperasjon sank betydelig. Samtidig ble opphold på rehabiliteringsinstitusjoner avviklet.



Engasjerte sykepleiere er viktig - May Oliv Knashaug (til venstre) og Anne Merethe Trønnes





I løpet av de siste årene er det etter hvert kommet flere publikasjoner fra USA og Danmark som omhandler hofteprotese operert som dagkirurgi. Vi fattet interesse for dette på ortopedisk avdeling Elverum i løpet av 2019. Etter å ha sett på faktisk liggetid etter protese de siste par årene så vi at 90% av våre pasienter reiste hjem dagen etter operasjon. Når Covid-19 kom for fullt for et år side medførte dette at tanken om dagkirurgi ble enda mer aktuell.

Ved å gå gjennom tilgjengelig litteratur og diskusjon med kollegaer med erfaring i andre land kom vi fram til et forløp med hensikt å kunne operere hofteprotese som dagkirurgi.

Anestesi spiller en vesentlig rolle i dette forløpet og forutsetningen for at vi fikk dette i gang var en interessert og dedikert anestesi-kollega og et interessert og dedikert personale på dagkirurgisk avdeling. Pre og post op smertestillende er standardisert. Alle pasienter opereres i

narkose fordi lengden på hvor lenge spinalen sitter påvirker tidspunktet for når pasientene kan mobiliseres. Vi opererer alle våre pasienter i ryggleie via en Watson-Jones tilgang. Dette er sannsynligvis av underordnet betydning.

Kriterier for egnethet:

- Pasienten er motivert for dagkirurgi
- Hjemreise < 1 t i bil
- Ikke alene de første 24 timene

Kontraindikasjoner for dagkirurgi:

- Medfødt hjertefeil
- Klaffefeil
- Alvorlig KOLS
- BMI>40
- Alvorlig nyresvikt
- Tidligere cerebrovaskulære hendelser

Kriterier for utskrivelse:

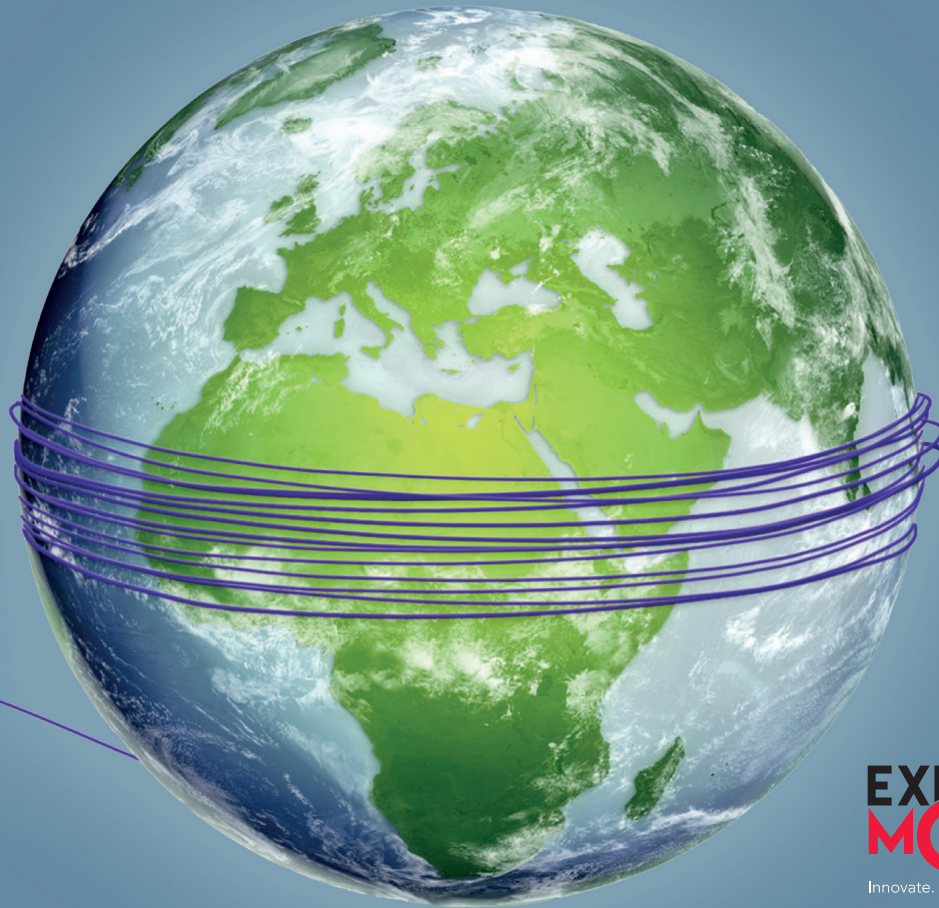
- <500 ml blodtap
- Operert ferdig før kl. 12.00
- Mobilisert opp og selvhjulpen med krykker
- Ingen symptomer på anemi
- VAS<3
- Reiser før kl. 18.00
- Spontan vannlating.

Selve operasjonsdagen er organisert som beskrevet under.

- Oppmøte 07.15
- Opereres som pas nr. 1 i narkose (TIVA)
- Ferdig operert til ca 09.30
- Mobilisert opp av personalet på dagkirurgen senest 14.00
- Hjemreise 16-18.00

Litteraturen viser at ca. 20% av de vi opererer i dag kan egne seg for dagkirurgi (Feasibility of outpatient total hip and knee arthroplasty in unselected patients, K. Gromov et al. Acta Orthopaedica 2017;88(5):516-521). Vår erfaring er at dette er noe pasienter selv etterspør etter at vi startet opp med dette våren 2020. Trenden internasjonalt er også økende, men «Olga fra Tolga» skal fremdeles opereres som inneliggende pasient dersom hun ønsker det hos oss.

# Global leader in sutures



**EXPECT  
MORE**

Innovate. Optimise. Deliver

ETHICON was the first mass producer of sterile sutures, since the release of our first catalog in 1887. And today, we are the market leader in sutures – globally, 7 out of 10 people who have surgery will receive an Ethicon suture.\* ETHICON produces 600 million sutures worldwide annually – enough to circumnavigate the equator 12-15 times. Ethicon is selected time and time again by hospitals all over the world, due to our quality, reliability and wide-ranging portfolio, which deliver consistent and dependable patient outcomes. Always EXPECT MORE from Ethicon.

**ETHICON**  
PART OF THE *Johnson & Johnson* FAMILY OF COMPANIES



Vil du vite mer om våre suturer?

Ring oss på 67 51 86 00 eller besøk [ortomedic.no](http://ortomedic.no).

 **Ortomedic**

# Årsaker til kanselleringer på operasjonsdagen ved et dagkirurgisk senter

Orginalartikkel: Alan Askari, Rebecca Nunn, Waism Hajuthman, Khalid Shehzas og Amijid Riaz

Utdrag av artikkelen bearbeidet og omskrevet til norsk av Mads H. S. Moxness – Styret

## Introduksjon

«Samme dags kanselleringer» er en kilde til negative pasientopplevelser, men har også en stor økonomisk betydning for sykehuseiere. En obserasjonsstudie utført i England i 2018 peker på at ca 14% av alle planlagte dagkirurgiske prosedyrer i det engelske «National Health Service» (NHS) blir kansellert på selve operasjonsdagen (1). En review av «samme dags kanselleringer» i internasjonal sammenheng viser at fenomenet er globalt og at et knippe av samme årsaker går igjen som forklaring på kanselleringene, til tross for en relativt stor variasjon i administrasjonen av landenes helsevesen og forskjeller i tilbydere av helsetjenester (2-6).

«Samme dags kanselleringer» blir ofte subklassifisert i pasientrelaterte vs. administrative/sykehussmessige faktorer eller i unngåelige kontra uunngåelige faktorer (3). I Storbritannia har den vanligste årsaken til kanselleringer på selve operasjonsdagen vært mangel på sykehussenger fordi disse allerede var tatt i bruk til pasienter inneliggende til døgnbehandling. Sett i lys av et økende antall akutte eller halv-akutte tilfeller som krever innleggelse og dermed legger beslag på tilgjengelige sengeplasser har dette medført et fokus på å opprette separate sykehus avdelinger dedikerte til elektive dagprosedyrer med øremerkede sengeplasser – såkalte «ring fenced beds».

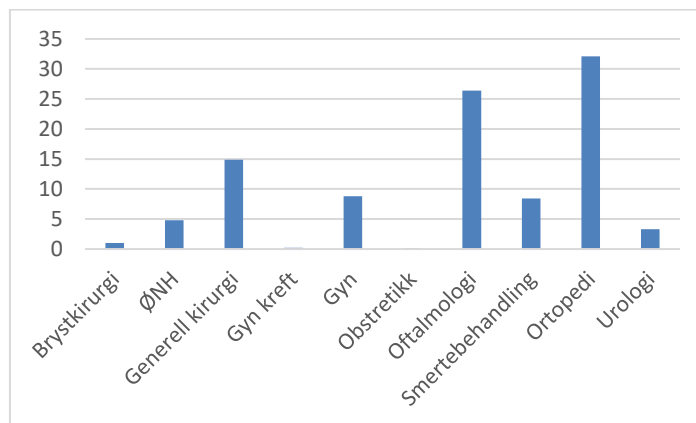
## Metode

Registrerte data vedrørende kanselleringer samme dag som prosedyren var planlagt ble samlet inn retrospektivt ved et rent dagkirurgisk senter (S. Albans City Hospital) i Hertfordshire over en 2-års periode fra 2015 til 2017, og omfattet alle kirurgiske disipliner ved sykehuset (7). Årsakene til kanselleringene ble identifisert og stratifisert i tre generelle kategorier: Pasientrelaterte, medisinske og administrative faktorer. Pasientrelaterte faktorer ville typisk inkludere «ikke-møtt» kategorien eller at pasienten har ombestemt seg og trukket seg fra operasjonsprogrammet samme dag eller har fått en annen akutt sykdom (vanligst viral øvre luftveissykdom, urinveisinfeksjon eller hudinfeksjon). Medisinske faktorer inkluderte medisinske tilstander som viste seg å være uavklart på operasjonsdagen og nødvendiggjorde ny eller mer inngående prehospital vurdering enten vedrørende operabilitet eller vurdering av mulighet for anestesi under inngrepet. Administrative faktorer var relatert til

manglende personellressurser, sengeplasser, ikke fungerende eller manglende utstyr eller feil booking av pasienten.

## Resultater

Mellom 1. september 2015 og 31. august 2017 1692 tilfeller ble kodet som «samme dags kanselleringer» hvilket ga en kanselleringsrate på 8,0%. Mediantallet for kanselleringer pr måned var på 75 og kanselleringene så ut til å størst i høst og vintermånedene. Når man sammenlignet spesialitetene viste dette at ortopedi hadde den høyeste kanselleringsraten, etterfulgt av oftalmologi og generell kirurgi (Figur 1). 49,1% ble rapportert å være pasientrelatert, 33,4% var medisinsk relatert og 17,5% forårsaket av administrative faktorer.



Figur 1: Andelen kanselleringer fordelt på subspecialitet

## Pasientrelaterte årsaker

Totalt 831 tilfeller over denne 2-års perioden var pasientrelaterte kanselleringer (Tabell 1). Den klart største rapporterte årsaken var at pasienten uteble operasjonsdagen uten å ha gitt varsel om dette på forhånd (49,7%). Derneft fulgte kanselleringer samme dag, dvs at pasienten selv varslet om uteblivelse fordi operasjonen var avglemt eller at de bare ønsket utsettelse (28,8%). Akutt sykdom utgjorde 13,7%. En mindre andel (7,1%) ble strøket fra programmet fordi de preoperative tiltak og regler ikke hadde blitt fulgt (ikke fastende, røyking, vekt o.l.) og en svært liten andel ble strøket grunnet nylig graviditet (0,7%).

Pasientrelaterte årsaker	N	%
Akutt sykdom	114	13,7
Pasient kansellert selv	239	28,8%
Ikke møtt	413	49,7%
Preoperative rutiner ikke fulgt	59	7,1%
Nylig graviditet	6	0,7%
<b>Total</b>	<b>831</b>	

Tabell 1: Pasientrelaterte årsaker

### Medisinske årsaker

Medisinske årsaker til kanselleringer samme dag talte totalt 565 pasienter (Tabell 2). 68,7% ble strøket fordi de ble vurdert til å uegnet («lack of fitness») til å gjennomføre enten inngrepet eller anestesiprosedyren eller begge deler. 17,2% i denne kategorien ble strøket fordi inngrepet ble bedømt som unødvendig og hos 11,3% ble det ansett nødvendig å utføre supplerende undersøkelser før kirurgi kunne gjennomføres.

Medisinske årsaker	N	%
Operasjon ikke nødvendig	97	17,2%
Utsatt av kliniske grunner	13	2,3%
Supplerende undersøkelser nødvendig	64	11,3%
Ny konsultasjon nødvendig	3	0,5%
Uegnet «lack of fitness»	388	68,7%
<b>Total</b>	<b>565</b>	

Tabell 2: Medisinske årsaker

### Administrative årsaker

Tabell 3 viser at totalt 296 kanselleringer hadde sin årsak i sykehusrelaterte og administrative faktorer. Mangel på nødvendig medisinsk personell utgjorde den vanligste grunnen (27,7%), etterfulgt av manglende eller ikke fungerende medisinsk utstyr (13,5%), overbooking og/eller andre nødvendige akutte prosedyrer (11,8%), feil booking (10,8%) og fasilitetsproblemer utgjorde 9,1%.

Samlet sett var den vanligste årsaken til «samme dags kanselleringer» at pasienten ikke møtte til planlagt inngrep (24,4%), etterfulgt av «lack of fitness» (22,9%) og selvkanselleringer (14,1%)

Administrative/sykehusmessige årsaker	N	%
Manglende sengeplasser	1	0,3%
Feilbooket	32	10,8%
Utsatt	20	6,8%
Manglende/ ikke fungerende utstyr	40	13,5%
Bygningsmassen/ fasilitetene	27	9,1%
Manglende journalopplysninger	15	5,1%
Overbooking/ akutte prosedyrer	35	11,8%
Ikke egnet for dagkirurgi	22	7,4%
Personalmangel	82	27,7%
Manglende/ufullstendige undersøkelser	22	7,4%
<b>Total</b>	<b>296</b>	

### Diskusjon

I litteratur kan man finne en variasjon i andelen av kanselleringer på operasjonsdagen fra < 2% til > 30% 9,10 (8,9). Denne studien fant en total prosent andel på 8,0% hvilket er lavere enn gjennomsnittet i NHS systemet på 13,9 (1). Det er vanskelig å trekke generelle konklusjoner om funnene i denne studien når man sammenligner med andre land fordi det er en betydelig forskjell i hvordan helsetjenestene er organisert, hvordan logistikken i de lokale sykehusene og dagkirurgiske sentra er bygd opp og ikke minst i hvordan studier er designet. Ikke desto mindre kan man finne noen fellesnevnerer med henblikk på årsaker slik som «ikke-møtt» kategorien (pasientrelatert faktor), uegnet for behandling (medisinsk faktor) og overbooking (administrativ faktor).

Som tidligere nevnt kan man i tillegg vurdere å klassifisere årsakene i unngåelig eller uunngåelige faktorer. Denne studien legger til grunn at de medisinske og administrative faktorer er potensielt unngåelig, mens de pasientrelaterte er vurdert til å være uunngåelige. Dette resulterer samlet sett til 51% unngåelige og 49% uunngåelige årsaker til «samme dags kanselleringer».

Det finnes en rekke foreslåtte strategier som har som mål å redusere andelen av kanselleringer på operasjonsdagen. Felles for de fleste dagkirurgiske sentre er at den preoperative vurderingen inkluderer en rekke trinn, der vurderingen på hvert nivå utgjør en mulig risiko for at den elektive prosedyren kan bli avlyst ved operasjonstidspunktet. Selv om preoperative pasientvurderinger har blitt et gjennomarbeidet konsept i lengre tid, har man over de siste ti år ikke sett noen endringer i andelen som ble avlyst grunnet uegnethet for anestesi. Et paradoks, og som også kanskje gjenspeiler det faktum at det ikke finnes en enhetlig modell for prehospitaal vurdering i Storbritannia, ei heller i Norge, dette varierer mellom helseregionene (red.anm.).

«Ikke møtt» kategorien har sannsynligvis et forbedringspotensiale gjennom bedre og mer poengtert kommunikasjon. Dette inkluderer initiativer som telefonisk kontakt med pasienten noen dager før operasjon eller påminnelse på SMS. Pasienten vil dermed i større grad kunne meddele akutt sykdom eller endringer i planer noe som igjen gjør at personale kan ombooke og evt kalle inn andre pasienter til den ledige timen.

Overbooking har kanskje blitt systematisk benyttet nettopp for å minimere effekten av en uventet kansellering (jf. overbooking av flyseter hos et flyselskap, red.anm.). Matematiske modeller kan tenkes å gi en mer nøyaktig oversikt over slike hendelser, og her som i mange andre samfunnsarenaer der logistikk står sentralt, kan systemer som benytter kunstig intelligens tenkes å bidra til ytterligere treffsikkerhet og forutsigbarhet.

### Konklusjon

Selv om det er stor variasjon i rapporteringen av antallet av kanselleringer på selve operasjonsdagen så virker det å foreligge enkelte fellesnevner på den internasjonale dagkirurgiske arenaen, kanskje spesielt når det kommer til årsaker som kan unngås og som har med kommunikasjon mellom den dagkirurgiske enheten og pasienten å gjøre. Samler man inn data på en validert og sammenlignbar måte både nasjonalt og internasjonalt er det rimelig å anta at man kan øke innsikten i årsaker til frafall og ikke minst øke produktiviteten og effektiviteten innen dagkirurgien.

### Litteratur:

1. Wong DJN, Harris SK, Moonesinghe SR, on behalf of SNAP-2. Cancelled operations: a 7-day cohort study of planned adult inpatient surgery in 245 UK National Health Service Hospitals. *British Journal of Anaesthesia* (2018);**121**(4):730-8
2. Turunen EM, Miettinen M, Setälä L, Vehviläinen-Julkunen K. Financial cost of elective day of surgery cancellations. *Journal of Hospital Administration*. 2018;**7.6**:30-6
3. Keller A, Ashrafi A, Ali A. Causes of elective surgery cancellation and theatre throughput efficiency in an Australian urology unit. *F1000Research*. 2014;**19.3**:197
4. Al Talawah N, McIltror KH. Cancellation of Surgeries: Integrative Review. *Journal of Perianesthesia Nursing* 2019;**34**(1):86-96.
5. Koris J, Hopkins C. Improving the quality of the surgical preoperative assessment in a district general hospital. *BMJ Quality Improvement Reports* 2015;**4**: u205381.w3406
6. Pratap JN, Varughese AM, Mercurio P, et al. Reducing Cancellations on the Day of Scheduled Surgery at a Children`s Hospital. *Pediatrics* 2015;**135**:e1292-9
7. Askari A, Nunn R, Hajuthman W, Shehzad K, Riaz A. Reasons for Same-day Cancellation in a Dedicated Day Surgery Hospital. *Ambulatory Surgery* 2020;**2**:30-34
8. Trentman TL, Mueller JT, Fassett SL, Dormer CL, Weinmeister KP. Day of Surgery Cancellations in a Tertiary Care Hospital: A One Year Review. *Journal of Anesthesia & Clinical Research* (2010);**1.3**
9. Desta M, Manaye A, Tefera A, et al. Incidence and causes of cancellations of elective operation on the intended day of surgery at a tertiary referral academic medical center in Ethiopia. *Patient Safety in Surgery* (2018);**12**:25

**Husk innmelding i NORDAF på våre hjemmesider- nordaf.no**

BEDRE DAGKIRURGI I NORGE:

## Norsk Dagkirurgisk Forum

En forening for deg med interesse for dagkirurgi.

Bli medlem



Norsk  
Dagkirurgisk  
Forum  
NORDAF

Stoff til Dagkirurgisk Forum sendes redaktør: Mads Moxness,

Annonseansvarlig: Bjarte Askeland, [bas@bbb.no](mailto:bas@bbb.no)

**Nr. 1 - 21**  
**Side 21**

# Vintermøtet 2021 - Når noe «nesten» går galt

Bjarte Askeland – styret

Vintermøtet er ikke det samme på Webinar, men likevel klarte vi å spore en viss begeistring da vi startet sesjonen om når ting går galt. Det er ikke et år uten at flere av oss har opplevd hendelser som ikke gikk slik vi planla og der det gikk galt eller nesten galt. Vi ønsker å dele slike opplevelser, for å lære mer om hva som forårsaket dem og finne måter å unngå at de skjer igjen. Ofte er det systemfeil som gir sårbarheter og igjen forårsaker uheldige hendelser. Retter man opp systemfeil kan man forbedre sikkerheten for mange pasienter. Dette er vårt mål og må alltid overskygge krav om effektivitet og økonomisk drift.



Første foreleser var kollega og styremedlem i NORDAF, Stein Roald Bolle, anestesilege ved UNN Tromsø. Han fortalte om en plutselig, uventet hendelse etter påbegynt anestesi på dagkirurgisk pasient. En mann i 60-årene, fra tidligere stort sett frisk, skulle til relativ enkel kirurgi. Ved anestesiiinnledning med propofol og remifentanil (TCI) ble pasienten først somnolent, men sovnet ikke ordentlig tross økende

medikamentdoser. Anestesipersonellet på operasjonsstuen mistenkte derfor at nålen hadde gått subkutant. Det ble raskt vanskelig å holde fri luftvei og man ba derfor om hjelp samtidig med oppstart av narkosegass. Tross forsøk på maskeventilering med 100% O<sub>2</sub> falt oksygenmetningen og etterhvert blodtrykket. Pasienten sluttet helt å puste og det var ikke lenger mulig å maskeventilere pasienten. Anestesilege besluttet å legge ned larynxmaske. Kjeven lot seg ikke åpne. Dette var en "kan-ikke-ventilere, kan-ikke-intubere" situasjon og pasienten hadde ingen venøs tilgang. Pasientens størrelse, leiring og anatomi på halsen gjorde at anestesilegen vurderte at nødcricothyrotomi ville være vanskelig. Samtidig var det en følelse av at det var noe som ikke stemte. Nå var det ikke lenger målbar oksygenmetning eller blodtrykk, pasienten var askegrå og begynte å bli bradykard. Anestesilege gjorde derfor et nytt forsøk på å legge ned larynxmaske og klarte såvidt å åpne kjeven for å presse en larynxmaske mellom tennene. Heldigvis kom denne på plass og pasienten kunne ventileres. Pasienten hentet seg igjen, det ble etablert ny venøs tilgang og det videre forløpet var ukomplisert.

Ved feilsøking ble det oppdaget at den perifere venekanylen fungerte som den skulle, men at sprøyteene med propofol og remifentanil hadde byttet plass. Det gjorde at pasienten fikk seks ganger mer remifentanil enn planlagt og bare en sjettedel av planlagt dose propofol. Dette forklarte hvorfor pasienten ikke sovnet ordentlig. Den høye dosen med opiat

ga opiatstivhet, noe som gjorde at pasienten var vanskelig å ventilere og at det nesten var umulig å åpne kjeven.

Etter foredraget kom det flere kommentarer fra andre som hadde opplevd tilsvarende feil ved andre sykehus, og hvilke tiltak som var innført for å unngå slike situasjoner. Det hører med til historien at man ved Dagkirurgen i Tromsø har rutiner på fast plassering av sprøytepumper og dobbeltkontroll av korrekt plassering av sprøytepumper og medikamenter. Hendelsen skjedde på slutten av dagen når man raskt skulle komme i gang med siste pasient, og slik dobbeltkontroll ble ikke gjennomført. Heldigvis gikk det bra med pasienten, men det er flere ting å lære av hendelsen. Dobbeltkontroll av medikamenter og sprøytepumper er særlig viktig når det er travelt. Og ikke minst kan anestesipersonell mistenke ombytting av sprøyter når pasienten er stiv og vanskelig å ventilere.

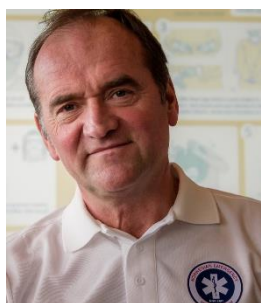


Neste foreleser var Bjarte Askeland, anestesilege i Helse Bergen og styremedlem i NORDAF. Han refererte en uventet og uheldig komplikasjon til leiring av pasient ved langvarig kirurgi. En pasient i god fysisk form, kraftig bygget, men ikke adipøs, var planlagt for elektiv robotkirurgi med ekstremt Trendelenburgleie, det vil si med hodet ned og beina opp. Leiringen medfører en del utfordringer.

Pasienten må sikres mot å skli av bordet og man må passe på at trykket i brysthulen ikke øker for mye og at ventilasjonen av lungene foregår uhindret. Armene leires langs siden og intravenøse tilganger sikres ved at slangene forlenges. Inngrepet gikk ukomplisert og det var ingen uventede hendelser under kirurgien, som riktig nok tok lang tid, 6,5 timer. Etter oppvåkning klaget pasienten på sterke smerter i sin høyre hånd og prikking i fingrene. Han hadde hevelse i hånden, svekket bevegelse og innsiden av tommelen var rød, smertefull og hard. Flere mulige årsaker ble vurdert: Hematom etter arteriekran, infeksjon, klemskade, compartment-syndrom? Plastikkirurg ble tilkalt og tilså pasienten. Pasienten hadde da noe mindre smerter, bedre følelse og noe mer bevegelse. Man valgte derfor å se an tilstanden til dagen etter. Ut på natten økte imidlertid smertene igjen og bevegelsen ble dårligere. Det tilkom stigning i blodprøvene CK og Myoglobin, noe som tydet på muskelskade og kirurg ble på nytt tilkalt. Samtidig fikk man nye opplysninger fra operasjonssykepleier om at pasientens høyre arm hadde ligget i klem under inngrepet og at leiet og vekten til pasienten kunne ha ført til skade på hånden. Det ble derfor besluttet å gjøre et akutt inngrep tidlig neste

morgen for å lette på trykket i muskulaturen i høyre hånd. Inngrepet ble gjort i lokalbedøvelse og diagnosen, Compartment-syndrom, ble bekreftet. Såret ble liggende åpent, det ble gitt antibiotika og hånden ble hengt opp for å redusere hevelse. Etter 4 dager var tilstanden i bedring, blodprøvene normalisert og såret kunne lukkes med et inngrep i lokalbedøvelse. Pasienten ble fulgt nøye opp av kirurg og håndterapeut og kom til kontroll etter en uke, to uker og to måneder. Ved avsluttet kontroll hadde han full bevegelse og følelse i sin høyre hånd, men fremdeles noe smerter ved aktivitet.

Saken ble behandlet i avvikssystemet på sykehuset og informasjon om aktpågivenhet ved leiring er sendt alt relevant personell. Pasienten fikk heldigvis lite sekvele av hendelsen, men sykehuset ble påført ekstra kostnader i form av forlenget sykehusopphold, ekstra poliklinikkressurser og en pasient fikk en unødvendig skade. Dette viser at små ting ofte har stor betydning og at alle detaljer er viktige når man gjør kirurgi. Opplysningen om at pasientens arm lå i klem ble ikke meddelt den kirurgen som gjorde det første tilsynet, noe som forsinket behandlingen. Det er hele teamets oppgave å passe på at alle forhold som har betydning for pasientens sikkerhet er ivaretatt og å gi beskjed når noe kan være galt, så snart man oppdager det!



Til sist var det duket for en oppsummering. Kollega Guttorm Bratlebø, anestesilege, tidligere leder ved Akuttmedisinsk seksjon i Helse Bergen, nå leder for KOKOM, holdt et interessant innlegg om sikkerhetskultur.

Tittelen på hans foredrag var: «Når noe går (nesten) galt: Noen tanker om pasientsikkerhet»

Moderne medisin er resultatet av århundrers erfaring, forskning og utvikling. Derfor har vi i vårt daglige virke gleden av å kunne utøve medisin innenfor et system med avansert medisinsk utstyr, kompetente kolleger og mengder av faglig godt funderte retningslinjer og prosedyrer. Selv om vi alle selvfølgelig ønsker at pasientene skal ende opp med et godt resultat av vår behandling er det likevel ikke alltid at ting går slik vi skulle ønske, og i verste fall kan pasienter eller kolleger komme til skade.

Når noe enten har gått galt eller nesten har medført et resultat som ikke var slik vi ønsket er det, er det alltid lett å være etterpåkløkk. Det er lett å konkludere med at dersom noen bare ikke hadde gjort den handlingen vi i ettertid mener var årsaken til at noe skjedde, så ville ikke det uønskede ha forekommet. Og dermed er det også lett å ende opp med å foreslå mer opplæring, enda flere sjekklister eller rutiner.

Felles for disse tiltakene er at de kan være med på å gjøre verden enda mer kompleks. Og med kompleks mener jeg ikke at noe er vanskelig eller komplisert. Derimot kompleks på samme måte som f.eks. immunsystemet, aksjemarkedet eller været: Nemlig umulig å forutse med 100% sikkerhet.

Ved å akseptere at det i medisinen ligger noe innbygget som ikke (aldri!) vil kunne forutses, åpner vi for å heller se på systemene våre som noe som stort sett går bra (noe vi kan lære mye av), men som også kan svikte (som vi også må lære av).

En amerikansk kollega har sagt at i dagens situasjon må vi være «Better, Faster, and Cheaper» – men at vi kun kan velge to av disse alternativene: - Pick two...! Suksess og svikt er jo faktisk to sider av samme sak. Derfor må vi ikke falle for fristelsen til å kategorisere institusjoner eller kolleger som dårlige fordi om det skjer uønskede hendelser. Vi må heller innse at det er kun ved å skjønne hvordan arbeidsprosessene nær pasienten og «på gulvet» virkelig skjer, at vi også kan se områder som er farlige eller som kanskje bør forbedres. Derfor må de involverte tas med i diskusjonen av hvordan hendelser kan oppstå. Vi må altså akseptere at all risiko ikke kan forutses og at det faktisk kun er årvåkne, faglig trygge og trente fagfolk som er den siste og viktigste barrieren i ethvert medisinsk system. Derfor bør vi fokusere på teamene, det er de som vet hvordan “jobben gjøres”.

Skulle jeg trekke frem et område som spesielt er viktig så er det kommunikasjon. En innsats her vil uten tvil gi mest uttelling. Tema omfatter både info til pasienter og pårørende, og det å få det enkelte medlem i teamet til å si fra. Ved å øve på sikker kommunikasjon kan man også få utnyttet teamene enda bedre og også bidra til å endre kulturen. Klarer vi å få både pasienter og kolleger til å si fra for noe som kanskje er i ferd med å gå galt, virkelig skjer – da har man lyktes så fremt noen lytter!

## Styret i Nordaf



**Styreleder: Mads H. S. Moxness**, Overlege dr.med., ansvarlig ØNH kirurg, Aleris Trondheim/Tromsø.  
Mob: 99035515  
[madsmox@gmail.com](mailto:madsmox@gmail.com)



**Hege Rolstad Skjæveland**, Avdelingssjef DK Hillevåg Stavanger universitetssykehus.  
Mob: 92492497.  
[hege.rolstad.skjaveland@sus.no](mailto:hege.rolstad.skjaveland@sus.no)



**Kasserer: Eli Lundemo Øieren**, Spesialsykepleier., Dagkirurgisk avd., Sykehuset Innlandet, HF. Elverum.  
Mob: 92845186.  
[elilundemo@gmail.com](mailto:elilundemo@gmail.com)



**Monica Strømme Hermanrud**, Overlege Gynekologisk avdeling, Ahus  
Tel: 41144416  
[Monica.stromme.hermanrud@ahus.no](mailto:Monica.stromme.hermanrud@ahus.no)



**Nina Myhre**, Spesialsykepleier, Sykehuset Vestfold, Tønsberg.  
Mob: 97602601  
[Nina.Myhre@siv.no](mailto:Nina.Myhre@siv.no)



**Stein Roald Bolle**, Seksjonsoverlege Dagkirurgen, Universitetssykehuset Nord-Norge, Tromsø  
Mob: 92468438  
[stein.roald.bolle@unn.no](mailto:stein.roald.bolle@unn.no)



**Bjarte Askeland**, Seksjonsoverlege anestesi, Haukeland sykehus.  
Mob: 41028000  
[bas@bbb.no](mailto:bas@bbb.no)



**Mariann Aaland**, Avdelingssjef Dagkirurgisk senter, Akershus universitetssykehus HF, tlf. 67964040, mob. 90015926,  
[mariann.aaland@ahus.no](mailto:mariann.aaland@ahus.no)