

Velkommen til Døgnområde Moss – ortopedi, kirurgi (Moss 4)



Generell Informasjon

Døgnområde Moss er en avdeling som består av ortopedisk og kirurgisk avdeling.

Avdelingen har ingen akutfunksjon (utenom øye som legger inn ø-hjelp), og det er derfor bare pasienter som skal utføre planlagte operasjoner som kommer til avdelingen.

Vår avdeling betjener også pasienter som gjør mindre inngrep og som utskrives sammen dag som de blir innlagt. (dagpasienter)

Avdelingen ønsker å gi enkeltmennesket helhetlig behandling med fokus på å bidra til god helse. Slik at pasienten kan gjenvinne uavhengighet og oppleve velvære.

Grunnleggende verdier for avdelingen er omsorg, medmenneskelighet, empati, kunnskap og ansvar.



Organisering av avdelingen

- Avdelingen er delt inn i 4 tun.
- Tun 1 og 2 er ortopediske
- Tun 3 og 4 kirurgiske. På tun 3 er det 2 smitterom.
- Sykepleien er organisert som gruppesykepleie. Vi tilstreber at pasienten skal ha færrest mulig pleiere å forholde seg til i løpet av oppholdet.
- Operatør har hovedansvaret for pasienten. Operatør går visitt og følger opp pasienten med informasjon, forordninger, resepter og utskrivelse.
- På ortopediske tun er det visitt ca. Kl. 07.30, før operatør starter dagen med nye operasjoner.
- På de kirurgiske tunene er det visitt tidlig på morgenen alt fra 07.00 til kl. 09.00 og utover dagen mellom operasjoner.

Medisintider

- I sykehuset Østfold er det innført elektronisk kurve (metavision) Det vil si at all registrering av medisiner og forordninger er på data. Vi bruker også lukket
- legemiddel sløyfe.
- Ellers har vi DELTA hvor medisiner må scannes ut ved hvert uttak
- **Medisintider pr. os:**
- X1: kl 08 eller 22
- X2: kl 08 +20
- X3: kl 08 +14 +22
- X4: kl 06 + 12 + 18 + 22

- **Medisiner iv:**
- X1: kl 08
- X2: kl 08 + 20
- X3: 06 + 14 + 22
- X4: 06 + 12 + 18 + 23.59
- X6: 02 + 06 + 10 + 14 + 18 + 22

Kirurgiske fagområder

De kirurgiske fagområdene som behandles på avdelingen er:

Gastrokirurgi

Urologisk kirurgi

Plastisk kirurgi

Endokrinologi

Øye

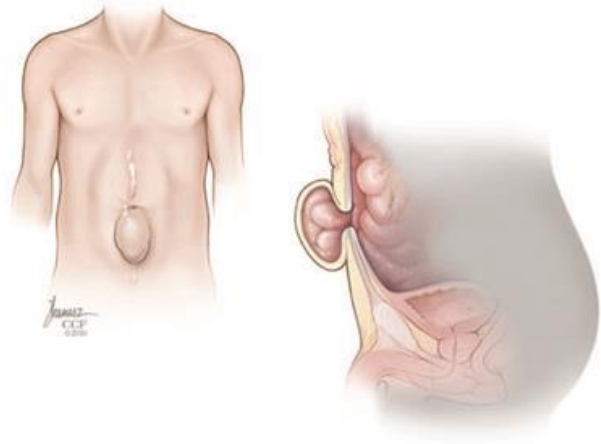
Gastrokirurgi

Gastrokirurgi omhandler operasjoner i mage/tarmkanalen og de omliggende områder.

- Ventralhernier
- Lyskebrokk
- Fundoplikatio
- Bariatrisk kirurgi, gastic bypass/sleeve
- Rektumprolaps
- Fistel
- Rectusdiastase

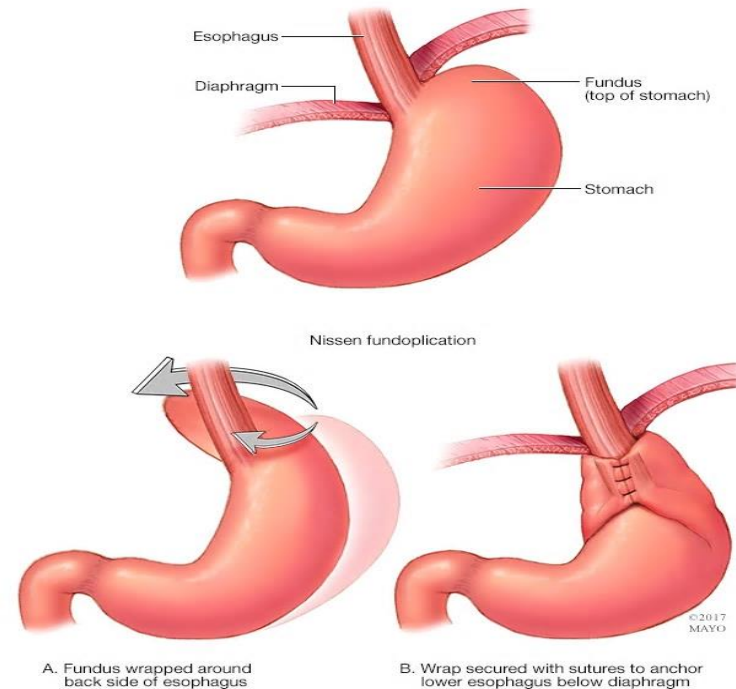
Ventralhernie og lyskebrokk

- Ventralhernier er arrbrokk som oftest skyldes tidligere kirurgi.
- Det er en svakhet i bukhinnen/bukmuskulaturen, hvor det er fare for avklemming av tarm som gir smerter og eller risiko for nekrose av tarm.
- Operasjonen består kort fortalt i at det festes et nett i bukveggen som gjør at det blir bedre hold.
- Lyskebrokk er en utposning av bukhulen gjennom en svekkelse av bukveggen i lysken. Operasjonen utføres lapraskopisk eller åpent hvor de lukker bukveggen



Fundoplikatio

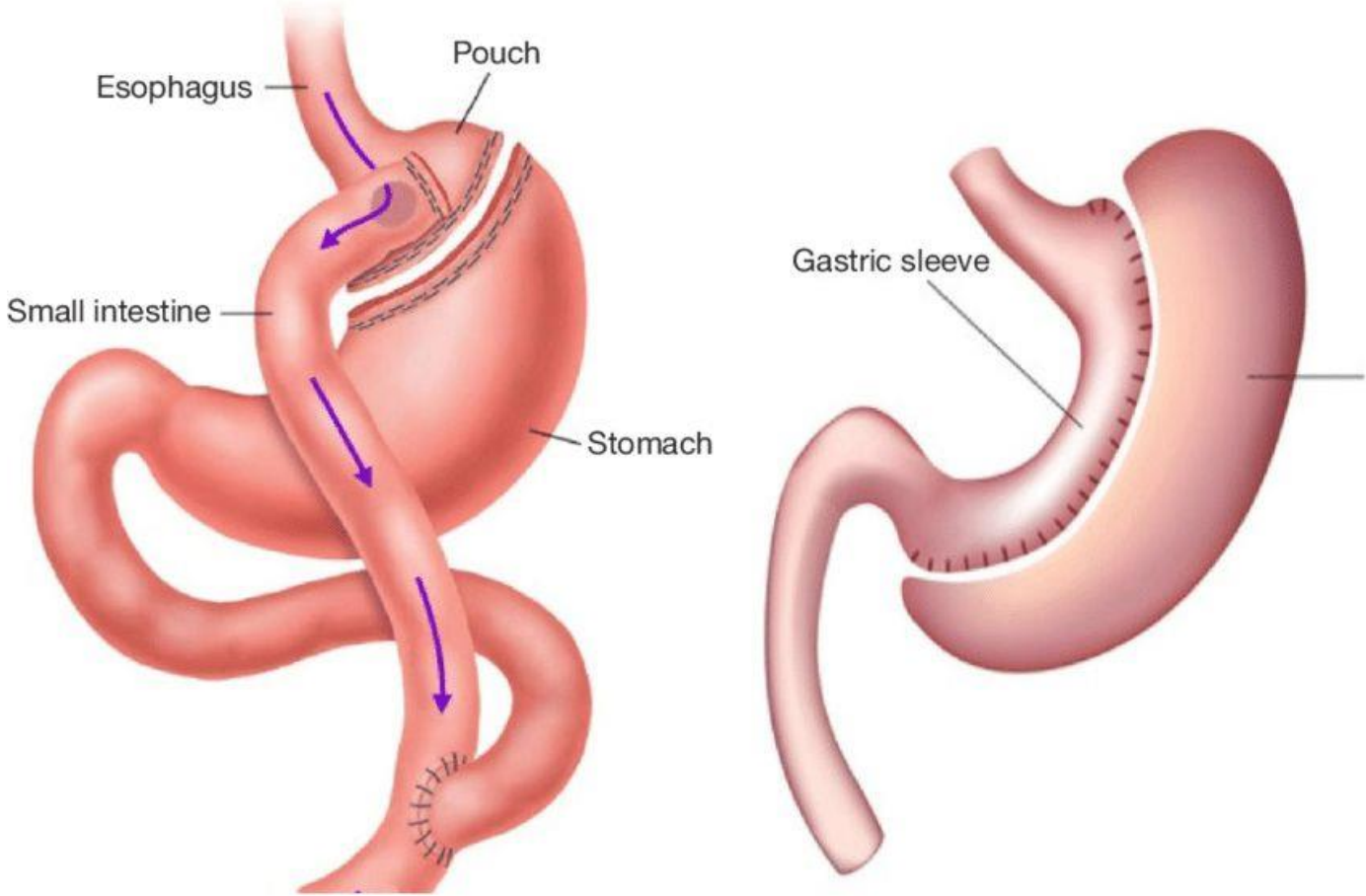
- Fundoplikatio opereres der pasienten har problemer med reflux-øsofagitt. Det vil si at pasienten plages av sure oppstøt på grunn av reflux av ventrikelinnhold.



Bariatrisk kirurgi

- Når det gjelder bariatrisk kirurgi skiller vi mellom to typer operasjoner.
- Gastric bypass og sleeve.
- Gastric bypass innebærer at magesekken reduseres kraftig og at store deler av tynntarmen kobles om slik at næringsopptaket reduseres.
- Sleeve er et inngrep der først og fremst magesekken reduseres med ca. 80 % slik at pasienten blir mett av små måltider som igjen fører til vekttap.
- Hvilken type fedmeoperasjon som skal utføres er avklart på forhånd, men forberedelser og observasjoner er stort sett de samme

Gastric bypass/gastric sleeve

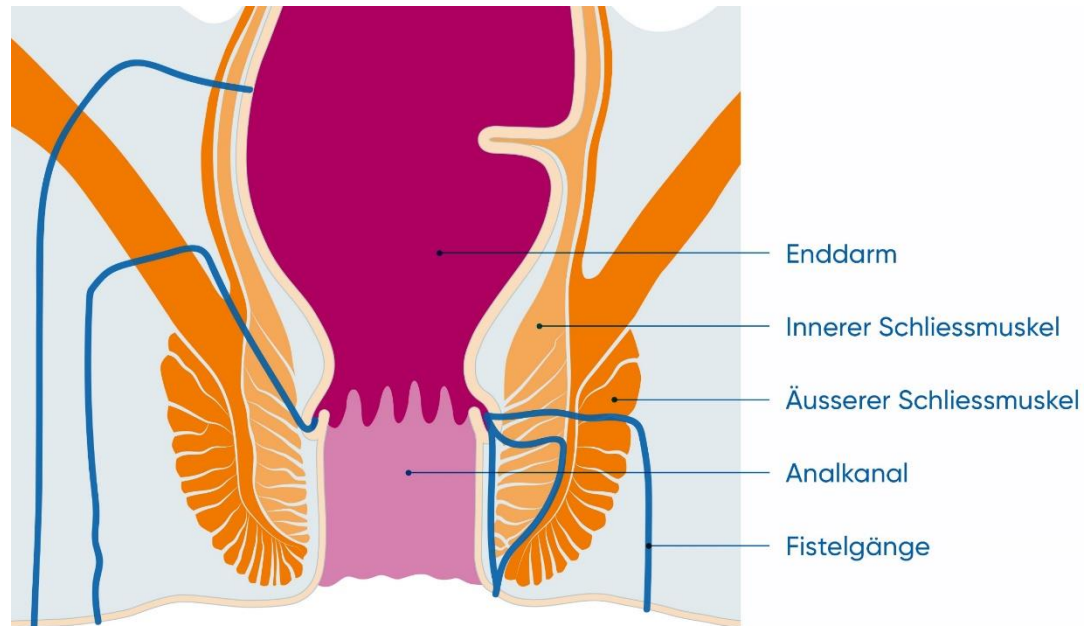


Rectumprolaps

- En del av endetarmen henger utenfor endetarmsåpningen.
- Pasienten må selv dytte tarmen på plass.
- Pasienten sliter med å ha avføring og det danner seg lommer som avføringen kan samle seg i.
- Noen kan ha problemer med å holde på avføringen. Pasienten har som regel slitt med dette over lang tid.
- Operasjonsmetoden heter rectopexi og utføres lapraskopisk «oppsyng» av colon sigmoideum hvor endetarmen henges opp.

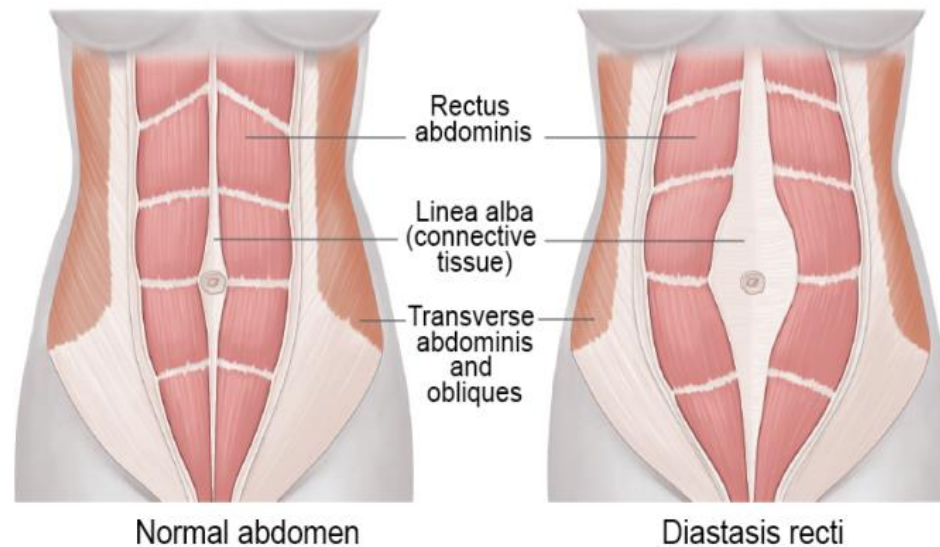
Fistel

- En analfistel er en smal kanal som har dannet seg mellom indre del av endetarmen og huden rundt endetarmsåpningen.
- Fra en anal fistel vil det renne væske og dette kan være svært plagsomt fordi pasienten ikke har kontroll over det.
- Operasjonen er et samarbeid mellom gastrokirurg og plastikkirurg. Gastrokirurgen går inn og fjerner puss og dødt vev i fistelen. Plastikkirurgen går inn og henter ut fettvev for transplantasjon av fettvev til fistel.



Rectusdiastase

- Ved graviditet eller rask vektøkning blir de loddrette magemusklene, som ligger fra brystkassen til bekkenet, strukket både loddrett og vannrett.
- Om ikke magemusklene trekker seg sammen igjen og det dannes et vedvarende mellomrom, kalles det rectusdiastase.
- Operasjonen utføres lapraskopisk, det legges et nett over mellomrommet i muskulaturen for å samle magemusklene.



Urologi

- Innenfor urologi er de inneliggende pasienten operert med
 - TUR-B
 - TUR-P
 - TUR-is

TUR-B

- TUR-B er en forkortelse for transuretral reseksjon i urinblære. Det vil si at det fjernes unormal vev i blæren og at dette gjøres ved å gå inn via urinrøret.
- Dersom det unormale vevet er ondartet vurderes det å gi cytostatika-behandling postoperativt.
- Dette gjøres lokalt i blæren og innebærer at det settes cytostatika(Farmorubicin) inn i blæren via urinkateteret.
- Det vil si at væsken settes inn og kateteret skal deretter avstenges slik at væsken forblir i blæren i ca 1 time.

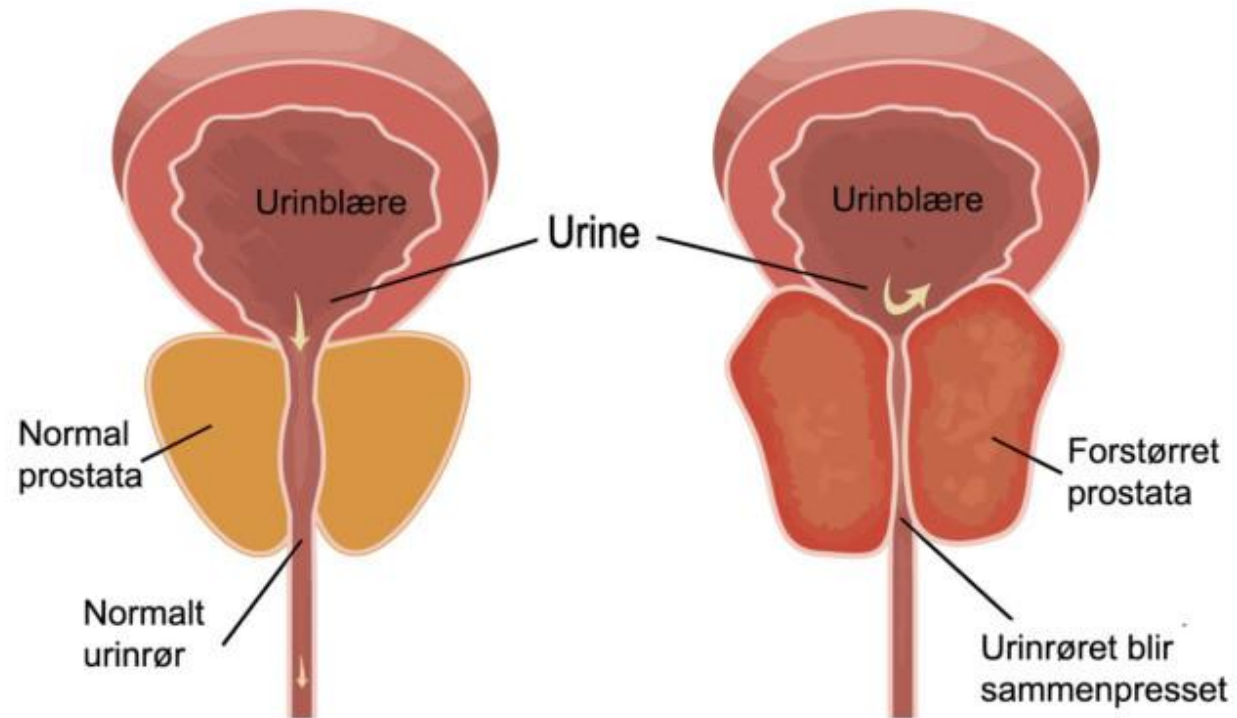
TUR-P/ TURis-P

- TUR-P er transurethral reseksjon av prostata.
- Brukes for å skrelle vekk vev med en elektrisk bøyle. Det brukes en skyllevæske tilsatt Mannitol. Mannitol er en væske som stimulerer urinproduksjonen og som forhindrer at elektrolyttvæske skal gå i blodbanen og forårsake Tur- P syndrom. Symptomer på dette er forvirring hypotensjon og evt. arytmier.
- Disse pasienten har før inngrepet en forstørret prostata som gir vannlatningsbesvær i form av at de ikke får tømt blæren skikkelig. (prostata er en kjertel som ligger rundt urinrøret og dersom prostata er forstørret kan det føre til avklemming av urinrøret)
- TURis-P Trans urethral reseksjon i saltvann-prostata. Pasienten har samme problem som ved TUR-P men mannitol er erstattes med NaCl som skyllevæske, som igjen gir mindre risiko for TUR-P syndrom(elektrolyttforstyrrelse)

Felles for de som opereres pga forstørret prostata er at de etter operasjonen ligger med 3-veis kateter med gjennomskyll for at det skal forhindre fare for tilstopping i kateteret pga koagler eller blødning.

NORMAL PROSTATA

FORSTØRRET PROSTATA



Plastikk-kirurgi

- Plastikk pasienter som blir innlagt opereres for:
 - Brystrekonstruksjon med expanderprotese
 - Mastektomi/ablatio med direkte rekonstruksjon
 - Latissimus dorsi
 - Primær rekonstruksjon av bryst
 - Bukplastikk
 - Lymfeglandeltoilette
 - Hudtransplantasjoner
 - Sårrevisjoner med evt lappeplastikk
 - Postbariatrisk kirurgi.
 - Malignt melanom

Brystrekonstruksjon med ekspanderprotese

- Dette er pasienter som har hatt cancerproblematikk i brystet og som har fått fjernet hele brystet tidligere. Under operasjonen åpnes det gamle arret og protesen legges under den store brystmuskelen.
- En ekspander protese er laget av silikon og har et kammer der man kan fylle på saltvann gjennom en ventil. Det gjør at man gradvis kan utvide brysthuden. Disse pasientene får innlagt vacuumdren for å lede blødning ut, slik at de ikke får hematomer i brystene.
- De har også på seg medbrakt kompresjonsplagg og brystbind etter operasjonen.
- Pasientene har restriksjoner etter operasjonen og de skal observeres nøye i forhold til perifer kapilærfyllning i brystet.
- Neste påfylling av protesen er 1-2 uker etter operasjon på poliklinikken.

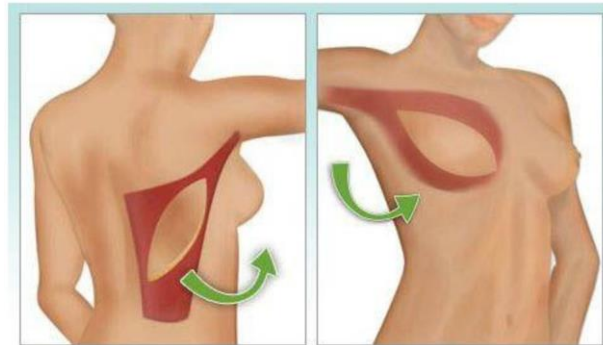
Mastektomi/ablatio med direkte rekonstruksjon

- Kvinner med cancerproblematikk i brystene, som får fjernet bryst og samtidig får lagt inn direkte implantat.
- Eller kvinner med kjent genmutasjon for ca. mammae som får fjernet begge bryster forebyggende.
- Ved direkte rekonstruksjon er dette planlagt på forhånd med mammaekirurg og plastikk kirurg.
- Alt mammae vev fjernes. Plastikk kirurg tar over og legger inn enten expanderprotese eller en permanent protese.
- Protesen legges under den store brystmuskelen.
- Det legges inn vacumdren for å lede blødning ut
- Pasientene har også ofte lokal smertebehandling i form av et smertekateter som er lagt inn under brystprotesen.
- I disse fylles det inn smertestillende medikamenter etter forordning fra lege.(Ropivacain eller Naropin)

Latissimus dorsi

- Latissimus dorsi er en stor muskel bak på sidene av thorax.
- Denne muskelen brukes i noen tilfeller til å rekonstruere bryst.
- Det vil si at deler av muskelen løsnes fra sine fester bak på ryggen og vris/flyttes frem for så å festes foran slik at den er med på å fylle opp der bryst vev er fjernet.
- Det er i disse tilfellene særs viktig å kontrollere kapillærfylling.

Latissimus Dorsi



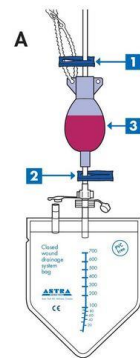
Bukplastikk

- Buk-plastikk gjøres ofte etter barriatriske operasjoner(slankeoperasjoner).
- Disse pasientene vil få et overskudd av hud etter vektnedgang, som ikke bare er kosmetisk generende, men som også kan gi sår og plager fordi hud ligger over hud.
- Noen pasienter får utført en buk-plastikk etter svangerskap.
- Disse pasienten skal ha kompresjonsplagg(korsett) og gå foroverbøyd når de etter hvert mobiliseres opp. De skal gå foroverbøyd fordi det avlaster suturlinjen og den underliggende muskulaturen.

Lymfeglandel toilette

- Pasienter som har cancer med spredning til lymfeknuter får utført lymfeglandeltoilette i enten axiller eller i lysker.
- Dette er store og krevende operasjoner med stor blødningsfare postoperativt.
- Alle har som regel sengeleie i 1-2 døgn etter operasjonen, de har dren og restrisjoner i forhold til mobilisering.
- Disse pasientene må observeres nøye.

Hvordan bruke Exudrain®



En av forutsetningene for tidlig hjemreise med sårdren, er at drenet er både enkelt og sikkert å bruke. Det er enkelt å lære pasientene hvordan de bruker Exudrain®.

A. Tømming

1. Lukk innløpsklemmen (over sugekilden)
2. Kontroller at utløpsklemmen er åpen
3. Klem sugekilden langsomt sammen med en hånd, slik at drenevæsken renner ned i oppsamlingsposen. Tilbake-slagsventilene i sugekildens utløp og oppsamlingsposen, hindrer væsken å renne tilbake i sugekilden. Dette gjør at det er trygt å slippe sugekilden og klemme en gang til hvis dette føles enklere.

B. Reaktivert av drenet

4. Slipp sugekilden når den er tom og åpne deretter innløpsklemmen

Kontroller at innløpsslangen ikke er avklemt – dette vil hindre drenet i å fungere tilfredsstillende.

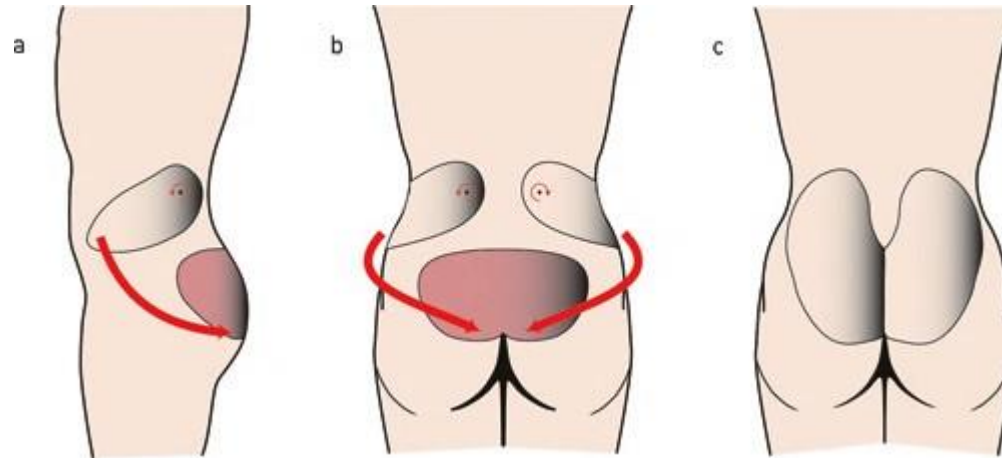


Hudtransplantasjoner

- Hudtransplantasjoner er nødvendig dersom åpne sår ikke kan lukkes.
- Som oftest skyldes det maligne melanomer, trykksår og arrkorreksjoner.
- De som transplanteres i underekstremitetene har bevegelsesrestriksjoner dvs sengeleie.
- Kirurgen avbuttonerer (fjerner bandasjen på transplantasjonsstedet) etter ca. 5 dager. Det gjøres enten på sengeposten eller på plasikkirurgisk poliklinikk.

Sårrevisjon med lappeplastikk

- Disse operasjonene gjøres ofte pga liggesår.
- Det renskes opp i såret og det svinges en lapp(muskel) fra nærområdet som dekker til såret.
- Viktig å observere kapillærfylling, lukt og sekresjon.



Postbariatrisk kirurgi

- Pasienter som har gjennomgått en gastric bypass eller sleeve vil som oftest ha behov for å fjerne overskuddshud etter vektnedgang.
- Det er som nevnt over vanlig med bukplastikk, lårplastikk og overarmsplastikk.

Malignt melanom

- Føflekk kreft som kan oppstå over hele kroppen.
- Pasienten kommer til sekundær operasjon av eksisjon av malignt melanom, etter biopsisvar tatt hos fastlege eller hudlege.
- Operasjonen kan også innebære medfølgende glandeltoilett. Noen pasienter får transplantert hud.

Endokrinologi

PARATHYREOIDECTOMI

- Her fjernes biskjoldbruskkjertelen operativt.
- Årsaken er hyperkalsemi eller hyperparathyreoidisme.
- Det er viktig å observere blødning, tiltagende heshet og trykkfornemmelse i halsen.
- Disse kan også få tegn på hypokalsemi som gir seg til kjenne ved prikking og nummenhet i munnområdet og fingrene.
- Disse kan da ha effekt av et glass melk eller Calcium sandoz.

HEMITHYREOIDECTOMI

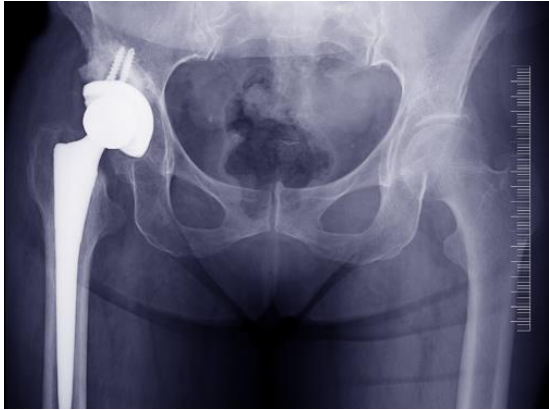
- Grunnen til at disse pasientene opereres er struma eller tumor i glandula thyreoidea.
- For disse pasientene er det viktig å unngå brekninger.
- Observere bandasje og evt. hevelse.
- Hevelse etter operasjonen kan gi pustebesvær.
- Observere tegn på hypokalsemi som gir samme symptomer som nevnt under PHPT

Ortopediske fagområder

- **Vanlige ortopediske operasjoner/diagnoser.**
- Hofte protese
- Kneprotese
- Spinalstenose
- Prolaps
- Valgiserende osteotomi
- Artrodeser i fot og ankel
- Håndledd, hånd eller fingre
- Protese i skulder.

Hofte og kneprotese

- Pasienter som kommer inn for å operere totalprotese i kne eller hofte, er pasienter som i lengre tid har hatt smerter på grunn av slitasje eller medfødt skade i leddet.
- Operasjonen tar som regel 1,5 til 2 timer.
- Operasjonen utføres vanligvis i spinalanestesi.
- Pasientene mobiliseres opp ca. 2 timer etter operasjon på postoperativ avdeling og ca 6 timer postoperativt på sengeposten.
- Pasienter med coxartrose, medfødte hoftelidelser eller caput nekrose etter operasjoner i hoften. Det settes inn en totalprotese med utskiftning av hofteleddet, med innsetting av protese og cup
- På avdelingen benyttes tre forskjellige operasjonsteknikker når det skal opereres inn hofteprotese. Teknikkene omtales som lateral , bakre og fremre tilgang.
- Dette innebærer en forskjell rent operasjonsteknisk, men også noe i forhold til restriksjoner etter operasjonen.
- Pasienter med gonartrose (kneslitasje), medfødte knelidelser eller feilstillinger. Det skiftes ut kneleddet med innsetting av protesedel i i femurkondylen og tibia kondylen. Det gjøres totalprotese eller hemiprotese
- Forventet utskrivelse 1-2 dager etter operasjon



Bakre tilgang, fremre tilgang og lateral tilgang hofteprotese

- Den bakre tilgangen er mye lik den laterale, men snittet legges noe lengre bak. Ved bakre tilgang blir gluteusmuskulaturen skåret over i forbindelse med innsettingen av protese og blir derfor suturert sammen igjen når protesen er satt på plass.
- Dette innebærer at pasienten må være noe mer forsiktig i mobiliseringen
- Det er fordi muskulaturen ikke er inntakt(hel) og at det ikke er ønskelig at muskulaturen rupturerer.
- Pasienten skal ikke krysse midtlinjen sin, ikke innadrottere opr. bein og samtidig krysse midtlinjen. Ikke bøye hoften mer enn 90 grader.
- Ved den fremre tilgangen legges operasjonssnittet i lyskeområdet.
- Snittet er mye mindre og gluteus beholdes hel.
- Ved den laterale tilgangen går operatøren inn på siden av hoften. De går gjennom gluteus-muskulaturen for å få tilgang til hofteleddet.
- Samme restriksjoner som ved bakre tilgang

Forus (Forundersøkelse)

- Pasienter som skal få en protese har to behandlingsløp. Det ene løpet kalles digitalt det andre standard forløp.
 - Digitalt forløp vil si lege har vurdert pas ut i fra gitte kriterier at vedkommende ikke trenger å møte for tilsyn av lege/anestesi før operasjonen isteden fyller ut en digital innkomstjournal som sykepleier på post vurderer.
 - Standard forløp vil si at pasienten møter på sykehuset og vurderes av en lege, anestesipl og en spl. fra avdelingen noen uker i forkant av operasjonen.
- Alle protese pasienter skal møte dagen før operasjon for hudsjekk og blodprøvetaking. Har pasienten sår blir pasienten strøket fra operasjonprogrammet og vi får tid til å fylle den ledige plassen med en ny pasient

Samme dag innleggelse (SDI). Pasienter som legges inn dagen før

- Det er pasienter som legges inn samme dag som de skal opereres.
- "Løs" sykepleier har ansvaret for disse pasientene .
- Løs sykepleier er ikke tilknyttet noen spesiell gruppe, men har ansvaret for dagens operasjonspasienter.
- Sykepleieren går med mobiltelefon og er et bindeledd mellom operasjonsavdelingen og sengeposten
- Alle pasienter som skal operere inn hofte- eller kneprotese skal på ultra-ren side på operasjonsavdelingen.

- De pasientene som står først på operasjonsprogrammet kjøres ned til fastsatte tider.
- Koordinator på operasjonsavdelingen ringer avdelingen når de neste pasientene skal kjøres ned til operasjon.
- Pasientene ligger på postoperativ avdeling til de er stabile og kan flyttes til posten.

- Alle pasientene kjøres til avdelingen av portør, og det er kun rapport over telefon dersom det er spesielle problemstillinger per eller postopr.
- Dokumentasjon skjer i Dips.

- Årsaken til innlegges dagen før er ofte at pas. har grunnsykdommer eller bruker medisiner som kan ha betydning for operasjonen.
- Dette kan for eksempel være pasienter som trenger medisinsk tilsyn i forkant av operasjonen eller som bruker Marevan.
- I noen tilfeller er også lang reisevei og høy alder indikasjon for innleggelse dagen før inngrepet.
- Det kan også være at pasienten ikke klarer seg selv og må ha hjelp til dusj før operasjon.
- Vanligvis skal pasienten ta blodprøver når han kommer.
- Pasientene møter opp kl. 15.00 i avdelingen.

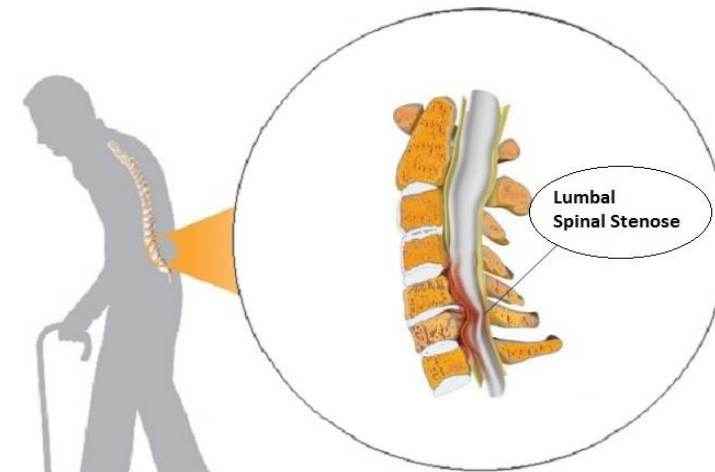
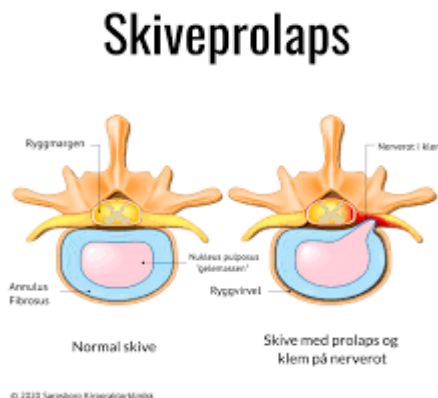
Rygg operasjoner

- **SPINALSTENOSE**

- På grunn av en total eller delvis innsnevring av spinalkanalen i ryggen som resulterer i avklemming av nerve i rotkanalen opereres pasienten med laminektomi. Da fjernes ryggtaggen sammen med en del av virvelbuen. Ved tegn til ustabilitet settes det også inn fiksasjon.

- **PROLAPS**

- Skiveprolaps er en utglidning av mellomvirvelbrusk. Denne kan affisere spinalkanalen og nerverøtter og dermed gi nevrologiske utfall som nedsatt følelse og utstrålinger i underekstremitetene. Pasienter med økende pareser, problemer med naturlige funksjoner blir operert som øyeblikkelig hjelp.
- Pasienter med stor og langvarig smerteproblematikk og hvor MR viser prolaps blir operert som elektive. De fleste som blir operert med prolaps er dagkirurgiske pasienter.



Diverse andre ortopediske operasjoner

- **VALGISERENDE OSTEOTOMI**

- Pasienter med gonarthrose relatert til feilstillinger, men har inntakt bruske.
- Disse pasientene kan få gjennomført en korrigerende operasjon-valgiserende osteotomi og ofte med bentransplantasjon tatt fra hoften.

-

- **ARTRODESER I FOT OG ANKEL**

- Foten består av mange ledd, sener og muskler. Disse er med på å stabilisere foten. Skader eller overbelastning av disse strukturene kan gi instabilitet, artrose, feilstilling og smerter. Kirurgi er et alternativ hvis ikke konservative tiltak hjelper. Artrodeser er avstivning av leddflater i foten. Ved inngrepet fjernes brusken fra leddet og leddflatene fikseres for så å gro sammen

- **HÅNDLEDD, HÅND ELLER FINGRE**
- Behandling av håndkirurgiske tilstander krever spesialkompetanse.
- Årsaker kan være revmatologiske lidelser, medfødte hånddeformiteter, feilstillinger, nerveskader, ligament eller skjelett skader, sekvele etter brudd, smerter og instabilitet.
- Som oftest er dette dagkirurgiske pasienter, men noen blir til observasjon og behandling pga rekonstruksjon etter ligament og skjelett skader, håndleddsartrodeser, radius osteotomier eller leddproteser i hånd og håndledd.

Preoperativ sykepleie

- Alle pasienter som innlegges til protesekirurgi skal forberedes til operasjon (preoperativ sykepleie) etter gjeldende prosedyrer.
- I korte trekk skal disse pasientene:
- Dusje med hibiscrubsåpe. Både kvelden før operasjonen og på morgenen operasjonsdagen.
- Pasientene skal være fastende. Kan drikke klare væsker inntil 2 timer før opr. Saft kan være med på å forhindre kvalme postopr.
- De skal på forhånd ha levert inn urinprøve(på kneskole) som skal være ferdig analyser før operasjonen. Ved urinveisinfeksjon skal pas behandles med antibiotika.
- Pasientene skal være screenet, for å kartlegge om de har antistoffer i blodet. Dette har betydning hvis de eventuelt trenger blodtransfusjon.
- Skal ha med AO-skinne. (kun de som opr. kneprotese)
- Sjekkpunktene på grønt skjema skal fylles ut før pas kjøres til operasjon
- Grønt skjema ligger i dips, under operasjonsprogrammet.
-
- **Alle pasientene skal ha id-bånd på armen i tillegg til navnebånd på sengen.**

Postoperativ sykepleie

- Når pasienten kommer opp til avdelingen etter operasjonen er det viktig å gjøre relevante observasjoner. Som et hjelpemiddel for dette har vi NEWS. Denne skåringen bruker vi for å kartlegge pasientens vitale funksjoner.
- Etter operasjonen skal alle pasienter NEWSES hver morgen og kveld.
- Skjemaet kartlegger SAO₂, puls, blodtrykk, respirasjon, CNS, temperatur. Disse funksjonene gir en score ut i fra normalitet. Dersom disse avviker mye må vi kontakte lege og iverksette tiltak i forhold til det aktuelle.
- Vi observerer blødning i bandasjen. Bestiller Hb kontroller til 1. postopr. dag.
- Gir forordnet medisiner og smertestillende ved behov.
- Mobiliserer pasienten opp etter operasjonen.
- **Adm. Fragmin** 12 timer etter at operasjon er avsluttet.

Planlegging ved utskrivelse

- De aller fleste pasientene er selvhjulpne og reiser hjem etter operasjon når de er utskrivningsklare. De skal da gå til fysioterapeut som de selv har ordnet time hos og følge programmet de har fått av fysioterapeut i avdelingen.
- Det innlegges også pasienter som kan ha et noe større behov for hjelp, og det er da viktig at vi søker pasienten inn til rehabiliteringsopphold i kommunen den dagen de kommer til avd. Pleie og omsorgsmeldinger, PLO
- Det kan til tider være lang ventetid før pas får tilbud om rehabiliteringsopphold i kommunen. I noen tilfeller må pasienten reise hjem, med hjelp fra hjemmesykepleien i mellomtiden.

Utskrivelse

- Ved utskrives skal pasienten ha med seg nødvendige papirer.
- Rehabiliteringspasienter som skal til sykehjem skal ha med seg:
 - legeepikrise
 - fysioepikrise
 - resepter på smertestillende og blodfortynnende
 - sykepleiesammenfatning
- **Pasienter som utskives til hjemmet skal ha med seg:**
 - Sykepleiesammenfatning
 - Sykemelding hvis aktuelt
 - Resept på blodfortynnende (ikke rygg pasienter)
 - Resept på smertestillende.
 - Fysioterapi epikrise. (ikke ryggpasienter)
- For alle pasientkategorier er det viktig at pasienten får snakket med operatør eller pasientansvarlig lege før utskrivelse.

- Håper du får nytte av denne informasjonen om avdelingen.
- Vi ønsker deg hjertelig velkommen og håper du får en lærerik praksisperiode!

- Vennlig hilsen
- Sindre Vindenes
- Ass. seksjonsleder og fagutviklingsrådgiver, Moss 4
- •41666421
- •Telefonr til avdelingen • 69 86 64 05