

Dagkirurgi

REDAKSJONELT

SOLHEIM K

I dette nummer av Tidsskriftet starter vi en temaserie om dagkirurgi. Her gis dagens status over hvordan dagkirurgi kan organiseres med hensyn til rutiner for pasientutvelgelse, pasientinntak, hvilke operative inngrep som er aktuelle, postoperativ overvåking, utskrivning og oppfølging, og ikke minst det viktige samarbeid med primærhelsetjenesten.

Den første større omtale av dagkirurgi i Norge brakte Tidsskriftet for snart ti år siden (1). Utviklingen av dette felt har senere gått meget raskt i de fleste land. International Association for Ambulant Surgery og flere nasjonale dagkirurgiske foreninger er etablert. Det første og hittil eneste internasjonale tidsskrift med system for faglig vurdering viet utelukkende dagkirurgi, Ambulant Surgery, ble startet for to år siden. En rekke betegnelser brukes om fagområdet: Ambulant surgery, Day-only surgery, Day-care surgery, Same-day surgery, dagbehandling, samme dags kirurgi. Hos oss er dagkirurgi den vanligst brukte betegnelse. Pasienten klargjøres til et eventuelt kirurgisk inngrep, kommer fastende om morgenen, opereres, observeres noen timer og reiser hjem. Glidende overganger finnes mot enkle polikliniske operasjoner, og mot operasjon på vanlig inneliggende pasient, f.eks. i 23 timers regi, hvor pasienten etter operasjonen overnatter én natt før hjemreise (2).

Dagkirurgi og poliklinisk virksomhet er prioriterte områder i helsevesenet, og stimuleringsordninger og økonomiske støtteordninger har derfor vært lansert som incitamenter. Likevel har økningen i Norge ikke vært særlig sterk. Dagkirurgi representerer nå ca. 20% av all kirurgi i Norge (3) - i USA foregikk 66% av all kirurgi i 1994 som dagkirurgi. I Storbritannia er den helsepolitiske målsetting å øke andelen fra ca. 40 til 60% innen 1997. Noe av økningen skyldes at tynge kirurgi trekkes inn i dagkirurgisk virksomhet (4).

Også ved Ullevål sykehus er dette gjort etter en forsiktig og vurderende start, med nøye utvelgelse av pasientene. I 1994 ble det foretatt 1500 dagkirurgiske inngrep, vesentlig innen gastroenterologi og ortopedi. I tillegg kommer inngrep innenfor andre fagområder, f.eks. gynekologi. De første erfaringer med dagkirurgisk laparoskopisk kolecystektomi er nylig publisert fra Ullevål sykehus (5), og de fleste slike galleoperasjoner gjøres nå dagkirurgisk. Også fundoplikasjon ved reflukssykdom foretas nå dagkirurgisk.

Temaserien tar opp de mange problemer og organisatoriske forhold som må løses for å sikre en god og trygg dagkirurgi. Utvelgelsen av pasienter er sentral - "Patient care tailored to meet the needs of the non sick," som det betegnende understrekes.

Likevel kan de fleste pasienter i ASA-gruppe 1-3 faktisk opereres dagkirurgisk, og til og med utvalgte pasienter i gruppe 4, til mindre inngrep. Like viktig som en medisinsk kartlegging er nøye klargjøring av de sosiale forhold - pasienten må være "socially fit". Også pasienter eldre enn 60 år kan behandles når begge disse forutsetninger er nøye brakt på det rene. Som

eksempel på en tilstand som i økende grad overføres fra ordinære ventelister til dagkirurgisk behandling, kan nevnes åreknuteplager (6). Her anbefales preoperativ ultrasonografisk venøs dupleksskanning, som muliggjør presis preoperativ diagnose av reflux og lokalisering av perforanter. Dette er viktig for å tilpasse hver operasjon til den enkelte pasient for å sikre permanent fjerning av både åreknutene og årsaken til venøs hypertensjon. Ca. 70% av pasienter med primære åreknuter har safeno-femoral reflux, og opptil 30% atypisk reflux eller atypiske åreknuter uten reflux. Dessuten er variasjon i veneanatomen og åreknutepatologien en vanlig årsak til residiv. Likeledes kan man identifisere den gruppe pasienter som har normale veneklaffer i en dilatert klaffeannulus, slik at valvuloplastikk eventuelt kan tilbys. Erfaring tyder også på at mange pasienter har et kosmetisk åreknuteproblem (6). Beslutningen om å søke behandling og et godt behandlingsresultat har en psykologisk så vel som en fysisk betydning. Dårlig fremmøte til en ambulant etterkontroll kan bety at problemet er reelt. Visse kirurgiske problemer behandles best med å komme pasienten i forkjøpet.

Pasienten må informeres om at ved operasjon erstattes åreknutene av arr, og det endelige kosmetiske resultat vil variere fra pasient til pasient. I dagens økende medikolegale miljø må både pasient og kirurg fortrinnsvis kjenne til og snakke om potensielle komplikasjoner før operasjonen, og ikke etterpå.

Så dagkirurgien har også slike problemer - og noen til (7). I USA er f.eks. stikk ved bruk av kontaminerte nåler et alvorlig problem i en travel virksomhet. Pasientens konfidensialitet og det amerikanske system med informert samtykke fra pasienten, de ansattes beskyttelse og arbeidsgiveransvaret er annerledes i dagkirurgien enn ved ordinær innleggelse for operasjon. Samtidig varierer regelverk og tiltak fra land til land.

Produktiviteten ved dagkirurgi synes god når den sammenliknes med en sentral operasjonsavdeling ved samme sykehus og med amerikansk standard (8). Både hensyn til pasientene, økonomi og administrative forhold tilsier et økt omfang av dagkirurgi. Etablering av dagkirurgi kan føre til en klar reduksjon i bruk av preoperative laboratorieprøver og spesialundersøkelser, men dette fordrer en radikal nyvurdering. Det samme synes å gjelde bruken av postoperativ antikoagulasjonsbehandling. Hyppigheten av tromboemboli etter dagkirurgi var i en stor norsk retrospektiv undersøkelse 0,05% av dyp venetrombose og av lungeemboli 0,0006% (9). Risikogruppen var pasienter operert for åreknuter og hallux valgus samt etter kneartroskopi. Her er imidlertid prospektive undersøkelser nødvendig for å vurdere et eventuelt behov for tromboseprofylakse. Ikke minst er det postoperative forløp og samarbeid med primærhelsetjenesten sentral.

Kaare Solheim

LITTERATUR:

1. Steinfeldt-Foss OW, Solheim K. Dagbehandling - ressurs sparende alternativ? Tidsskr Nor Lægeforen 1988; 108:1757-8.
2. Marin J, Gallardo A, Marrero S, Zulueta A. Laparoscopic cholecystectomy in a surgical day unit setting: short term results. Amb Surg 1995; 3: 27-9.
3. Ræder JC. Omfang av dagkirurgi. Tidsskr Nor Lægeforen 1996; 116: 372-6.
4. Davis JE. Ambulatory surgery - how far can we go? Med Clin North Am 1993; 77: 365-75.
5. Mjåland O, Buanes T, Ræder JC, Aasbø V, Grøgaard B. Laparoskopisk kolecystektomi som dagkirurgi. Sikkerhetskrav, gevinstpotensial og pasienttilfredshet. Tidsskr Nor Lægeforen 1995; 115: 2240-3.
6. Hardman DTA, Patel MI, Fisher CM, Appleberg M. Experience with varicose vein surgery in a day surgical centre. AmbSurg 1995; 3: 7-11.
7. Turley WA, Dechesser L. Formulating an effective exposure control plan to deal with needlestick injuries in a freestanding surgical centre. Amb Surg 1995; 3: 23-6.
8. Hoel TM, Steen PA. Utnyttelse av en dagkirurgisk operasjonsenhet. Tidsskr Nor Lægeforen 1996; 116:

376-8.

9. Wessel N, Gerner T. Tromboemboliske komplikasjoner ved dagkirurgi. Retrospektiv undersøkelse blant 1691 dagkirurgiske pasienter. Tidsskr Nor Lægeforen 1996; 116: nr. 5.

Publisert: 17. oktober 2018. Tidsskr Nor Legeforen. DOI:

© Tidsskrift for Den norske legeforening 2020. Lastet ned fra tidsskriftet.no