

Effektiv kirurgi



Redaksjonelt

Kan funksjonsdeling effektivisere kirurgisk virksomhet ved norske sykehus?

Mennesket lærer av erfaring. Inntil en viss grense er det grunn til å anta at resultater bedres ved at samme person utfører samme prosedyre mange ganger. Ikke bare enkeltpersoner, men også organisasjoner lærer av erfaring. Gjentatte handlinger kan derfor gi bedre kvalitet og effektivitet. Et eksempel på etablering av en effektiv organisasjon for kirurgisk behandling er beskrevet av Erik Trondsen og medarbeidere i dette nummer av Tidsskriftet (1). Ved et lokalsykehus der man tidligere ikke hadde erfaring med laparoskopisk kolecystektomi, har man i løpet av en kort periode operert vel 100 pasienter for galleblærestein og dermed redusert ventelisten for slik behandling i Østfold til det halve. Ved å integrere poliklinisk og operativ virksomhet er det mulig å forkorte ventetiden, og dermed lidelser og sykkelingsperioder.

Både i denne og i andre nordiske studier er det vist at laparoskopisk gallekirurgi er velegnet som dagkirurgisk prosedyre (2, 3). Selv om andelen pasienter som reiste hjem samme dag i dette materialet var relativt liten (24%), har andre vist at opplegget lar seg gjennomføre uten at noen pasienter har behov for innleggelse (4). Det er da en forutsetning at man har mulighet for rask oppfølging og at pasienttilfredsheten fortsatt er høy (5). Innføring av minimal invasiv kirurgi har ført til mer oppmerksomhet omkring det som av noen kalles akselerert operasjonsforløp (6), som man har vært spesielt opptatt av ved Hvidovre sykehus i København. Akselerert operasjonsforløp innebærer et multifaktorielt og multidisiplinært behandlingsopplegg hvor man tar sikte på å redusere operasjonsmorbidity, hospitaliseringsbehov og rekonvalesens til et minimum. Det er nødvendig med optimal smertelindring og tidlig mobilisering for å forvente en ressursbesparelse på 15–20%. Hittil er imidlertid prinsippet ikke dokumentert gjennom kontrollerte studier.

I undersøkelsen fra Askim sykehus har man, som ved annen dagkirurgi, satt søkelys på betydningen av riktig anestesi. I tillegg til spesielt tilpasset narkose gis lokalbedøvelse i sårene samt profylaktisk kvalmestillende og annen smertelindring. I den aktuelle studien fant man at langt de fleste pasientene beskrev sin postoperative situasjon som uten smerte eller kvalme (1).

Slike endringer leder lett over i debatten om det ville være riktig med en tilsvarende funksjonsfordeling innen andre og større områder av kirurgien. Det vises gjerne til spesialklinikker som er etablert innen elektiv hjertekirurgi (7). Det typiske ved slike spesialklinikker er at de i tillegg til kun å behandle en enkelt pasientkategori i liten ut-

strekning driver opplæring av personell, så vel leger som sykepleiere. Argumentet mot en utstrakt funksjonsdeling finner man i vår geografisk spredte bosetning, med behov for generell kompetanse fordelt på flere steder. Det kan også være et tankekors at man ved etablering av smale behandlingssenheter lett konsentrerer seg om pasientens enkelte organer og ikke om hele mennesket. Dilemmaet er generalisten versus superspesialisten. Et annet trekk ved det effektive elektive sykehus som kun behandler et fåtall lidelser, er dets plass i spesialistutdanningen. Kortsiktig effektiv drift innebærer gjerne en organisasjon uten altfor stort innslag av utdanningskandidater, samt at det på slike steder også kun kan gis en nokså begrenset utdanning. Løsningen på dette problemet må være strukturerte ordninger hvor underordnede leger innen en geografisk enhet tilpliktes deltakelse i et planlagt rotasjonssystem. For noen er det en vederstyggelighet at man dermed nærmer seg det svenske blokksystemet, men med dagens sykehusorganisasjon hvor f.eks. verken Ullevål eller Aker sykehus er i stand til å gi en fullverdig utdanning i generell kirurgi er vi nødt til å tenke i nye baner. Hvordan dette i så fall skal reguleres i tariffavtale og tilsetningsvilkår, vil være gjenstand for forhandlinger mellom de berørte parter.

Asgaut Viste
avis@haukeland.no
Kirurgisk avdeling
Haukeland Sykehus
5021 Bergen

Asgaut Viste (f. 1947) er professor og seksjonsoverlege ved gastroenterologisk seksjon, kirurgisk avdeling, Haukeland Sykehus. Han er leder av Norsk Forening for Gastroenterologisk Kirurgi.

Litteratur

1. Trondsen E, Stordahl A, Frøberg L-G, Kylebäck A, Rzadkowski H, Nazir M, Løes Ø. Etablering av rutiner for elektiv laparoskopisk kirurgi. Tidsskr Nor Lægeforen 2001; 121: 1333–5.
2. Mjåland O, Ræder J, Aasboe V, Trondsen E, Buanes T. Outpatient laparoscopic cholecystectomy. Br J Surg 1997; 84: 958–61.
3. Jensen BN, Larsen JF, Nielsen FB. Laparoscopic cholecystectomy as a same-day surgical procedure. Ugeskr Læger 2000; 161: 5911–4.
4. Baschnagel B, Hansen M, Aanning HL. Outpatient laparoscopic cholecystectomy: experience of a nonovernight surgicenter. Laparosc Adv Surg Tech A 2000; 10: 305–7.
5. Fallis WM, Scurrah D. Outpatient laparoscopic cholecystectomy: home visit versus telephone follow-up. Can J Surg 2001; 44: 39–44.
6. Kehlet H. Akselererte operationsforløb – en faglig og administrativ utfordring. Tidsskr Nor Lægeforen 2001; 121: 812–5.
7. Sørli D. Gode nyheter om koronarkirurgi. Tidsskr Nor Lægeforen 2000; 120: 657.