

Dagkirurgi – toget går nå

Dagkirurgien kommer for fullt i norske sykehus. Tidsskriftet hadde nylig to artikler (1, 2) og en lederartikkel (3) om dette, og dette nummer inneholder tre artikler (4–6):

– Én fra Sentralsykehuset i Østfold som viser at man klarte å redusere ventelistene ved hjelp av en midlertidig ordning for dagkirurgi. Prosjektet kunne gjennomføres uten tilsetning av ekstra kirurger (4).

– Én rapport fra tre seminarer hvor det var deltakere fra 75 sykehus – det vil si så godt som alle sykehus i Norge. Artikkelen gjennomgår erfaringene og gir råd om organiseringen (5).

– Én artikkel om en spørreundersøkelse fra 129 avdelinger for kirurgi, gynekologi og øre-nese-halssykdommer ved 79 sykehus. Den viser at det ennå er store forskjeller mellom sykehusene i bruken av dagkirurgi (6).

Sammen med tidligere norske rapporter (7, 8) og internasjonale erfaringer viser dette materialet at spørsmålet ikke lenger er *om* man skal drive dagkirurgi, men *hvorledes* og *hvor mye*.

Definisjonen er viktig. Dagkirurgi er et tilbud mellom innleggelse og poliklinikk. Pasientene kommer fastende og ferdig undersøkt, opereres tidlig på dagen, får ligge i en seng med betryggende pleie og tilsyn i noen timer og reiser hjem om kvelden.

Vanligvis er det to trinn i utviklingen av dagkirurgi ved et sykehus. I første trinn utfører man bare en del av det vanlige operasjonsprogram som dagkirurgi, uten å øke «produksjonen». Dette medfører ikke nye utgifter og sparer liggedager. I annet trinn øker man produksjonen for å redusere ventelistene. Dette krever økede ressurser til operasjon, anestesi og oppvåkning, men ikke nye senger.

Resultatene av dagkirurgi er dokumentert:

– Medisinsk er resultatene like gode som ved innleggelse, hvis pasienter og inngrep er riktig valgt.

Det er mulig at infeksjonsfrekvensen kan reduseres i forhold til innleggelse.

– Menneskelig er resultatene gode. Over 90 % av pasientene er godt fornøyd med tilbudet.

– Økonomisk sparer dagkirurgi både sykehus- og samfunnsressurser.

– Tilbudet fører i prinsippet til en viss overvelting av omsorgsoppgaver fra sykehus til pårørende og hjemmesykepleien. Erfaringen viser at dette har liten praktisk betydning.

Dagkirurgien kan organiseres på mange måter, både integrert i den øvrige drift og som en utskilt del av virksomheten. Det enkelte sykehus må finne frem til en organisering som passer for sykehuset. Ofte er det tale om en ganske omfattende prosess, ikke minst psykologisk. En slik forandringsprosess skaper ofte konflikter, fordi den bryter med tilvante rutiner. Konflikten kan være så store at prosessen stanser opp. Dagkirurgien kan derfor bli en utfordring til ledelsen – både faglig og menneskelig. Dagkirurgi er bare ett av flere eksempler på at moderne sykehusdrift krever en løpende forandringsprosess. Det er bokstavelig talt livsviktig for det enkelte sykehus å lykkes med denne prosessen.

Spørreundersøkelsen viste at dagkirurgi allerede har nådd et betydelig omfang – knapt 40 000 pasienter i 1987. Regner vi at disse pasientene vanligvis ville krevd tre liggedager, har vi spart 120 000 liggedager. Dagkirurgien frigjør derfor ressurser for andre formål i sykehusene.

Spørreundersøkelsen viste også meget store forskjeller mellom sykehusene. Mange henger ennå igjen i gamle driftsformer, og det er derfor fremdeles et betydelig potensiale for effektivisering. Ved Sandefjord sykehus utgjør dagkirurgien nå ca. tredjeparten av alle inngrep (1). Det er foreløpig et uløst spørsmål hvor langt man bør gå, og det vil antakelig kreves kli-

niske kontrollerte forsøk for å avgjøre det.

Et annet viktig spørsmål er også uløst. Det er god erfaring i helsetjenesten for at et godt tilbud øker etterspørselen. For enkelte inngrep er indikasjonen skjønnsmessig, f.eks.: Når blir store bryster for store? Tannregulering er antakelig et godt eksempel på at selv små avvik er blitt oppfattet som behandlingstrengende. Det er derfor rimelig å regne med at dagkirurgi vil øke etterspørselen etter mindre kirurgiske inngrep. I mange tilfelle vil det være rimelig å etterkomme denne etterspørselen, fordi det dreier seg om enkle og billige inngrep med lite komplikasjoner, og det betyr ofte meget for den enkelte pasient å få inngrepet gjort. Det er imidlertid viktig å avklare indikasjonene for slike små inngrep.

Myndighetene har ønsket å stimulere dagkirurgien ved hjelp av takstsystemet. Det viser seg at små ekstra beløp er viktige selv for sykehus med budsjetter på over 50 millioner kroner. Sykehusene har utnyttet disse økonomiske mulighetene – inklusive egenandelene – på forskjellig måte. Det er rimelig å tro at interessen for disse tilskuddene vil øke raskt. De vil utgjøre et betydelig incentiv for dagkirurgi.

Nettopp derfor bør sykehusene løpende evaluere indikasjoner, resultater, komplikasjoner og pasientenes erfaringer. Dette krever bare enkle registreringer, og sykehusene bør følge opp dette ansvaret.

Dagkirurgi er en ny arbeidsmåte, fordi den krever et nært samarbeid mellom personalgrupper, mellom sykehus og primærhelsetjenesten, og mellom personale, pasienter og pårørende. Det kan derfor tenkes at dagkirurgi får positive ringvirkninger som blir viktige. Det er en god ting at toget nå er kommet i gang.

Peter F. Hjort

Avdeling for helsetjenesteforskning
Statens institutt for folkehelse
Geitmyrsveien 75
0462 Oslo 4

Litteratur →

Behov for karkirurgi i Norge

På linje med utviklingen i andre land ble karkirurgi grenspesialitet i Norge fra 1. januar 1986. Begrunnelsen var blant annet at denne form for kirurgi, i likhet med andre grenspesialiteter, har sin spesielle operasjonsteknikk og utredningsmetoder som skiller seg klart fra andre kirurgiske spesialiteter.

I 1987 samlet europeiske karkirurger seg i European Society for Vascular Surgery og valgte som første president en nordmann, professor Hans O. Myhre.

Kirurgenes interesse har tidligere vært lite fokusert på sosio-økonomiske aspekter ved faget, og planlegging av behov for tjenester har vært mer basert på antakelser enn fakta. Stramme ressurser tvinger imidlertid fagfolk til å gjøre behovsanalyser. I dette nummer av Tidsskriftet presenteres Sæther, Myhre og Geirans resultater av en spørreskjemaundersøkelse (1). Opplysningene blir sammenlignet med dem fra en lignende enquete i 1981. I 1975 ble det utført 1 200 karkirurgiske inngrep, i 1981 2 500 og i 1986 3 500, nesten en tredobling på ti år.

I Sverige og USA har man påvist en større økning av karkirurgisk virksomhet sammenlignet med annen type kirurgi. Men hvor stort blir behovet i fremtiden? Tallene fra forannevnte undersøkelse er verdifulle i denne sammenheng. De sier noe om en tendens. Noen usik-

kerhetsfaktorer til tross har forfatterne sikkert rett i at behovet for karkirurgi i Norge fortsatt vil øke, på grunn av økende levealder og større forekomst av aterosklerose, også hos kvinner. Bedre operasjonsteknikk og perioperativ behandling gjør at karkirurgi sjelden er kontraindisert pga. alderen. Et større antall gamle pasienter kommer til å trenge karkirurgisk behandling for å være selvhjulpne lengst mulig. Amerikanske undersøkelser viser at forekomsten av koronarsykdom har vært synkende de siste årene (2). Lignende opplysninger om symptomgivende perifer aterosklerose foreligger ikke. Effekten av antirøykelovgivning og kampanjer vil ikke være merkbar med det første. Som forfatterne påpeker, øker hyppigheten av aortaaneurismer.

Hvem trenger karkirurgisk behandling? I mange tilfelle er det ingen tvil: abdominal aneurisme, hvilesmerter, truende gangren, dersom pasientens tilstand for øvrig ikke er noen kontraindikasjon. Økede kunnskaper om grunnsykdommens karakter og spontane forløp har påvirket indikasjonsstillingen for operasjon. Mange pasienter med klaudikasjon har initialt god effekt av gangtrening, røykeforbud og andre konservative tiltak. Selv om pasienter med claudicatio intermittens utgjør flertallet av pasienter med symptomgivende

aterosklerose, blir 70 % av operasjonene foretatt på indikasjon hvilesmerter/truende gangren, for å unngå amputasjon. Claudicatio intermittens vil også i fremtiden være en «gråson», hvor det kan diskuteres om operasjon bør tilbys etter at konservativ behandling har sviktet, spesielt når resultatene av kirurgi blir enda bedre. Etterspørselen øker med tilbudet. Når en karkirurgisk service blir etablert, avslører den ofte et tidligere udekket behov.

Når det gjelder behov for arteria renalis kirurgi og profylaktisk kirurgisk behandling av carotisstenose, er det ikke enighet. Endarterektomi av arteria carotis interna er blitt den hyppigste karoperasjon i USA med en økning fra 40 000 i 1978 til over 100 000 i 1987, 400 pr. million innbyggere, et høyt tall. Antallet i Norge var 280 i 1986, og behovet er anslått til 400, ca. 100 pr. million innbyggere årlig. På landsbasis får ca. 13 000 mennesker apoplexia cerebri hvert år; ca. 5 500 dør, og mange blir varig invalidisert. Endarterektomi av en symptomgivende carotisstenose (transitorisk ischemisk attack, TIA) er god profylakse mot apoplexi, hvis den kombinerte morbiditet (apopleksi)/mortalitet av angiografi og operasjon ligger lavt (5 %). Dersom man opererer asymptomatisk carotisstenose, må kravene være strengere. Andre behandlingsformer er blitt aktuelle de siste årene: perkutan transluminal (ballong) angioplastikk (PTA), laserbehandling og trombolysse med nye stoffer som vevsplasminogenaktivator (tPA). Disse er ikke noen erstatning, de er en integrert del av den karkirurgiske behandlingen. Det er uenighet om hvor mange pasienter med klaudikasjon kan behandles med perkutam transluminal angioplastikk PTA, sannsynligvis ca. 15 %. Behandlingen er forholdsvis enkel og ressurssparende. Slike prosedyrer bør imidlertid

Litteratur

1. Gran L, Johansen TE Bjerklund, Weber-Laumann A. Kirurgiske dagpasienter. Opplegg og erfaringer gjennom fem år. Tidsskr Nor Lægeforen 1988; 108: 1801-3.
2. Gran L, Johansen TE Bjerklund, Weber-Laumann A, Hansen CC. Kirurgiske dagpasienter og innlagte pasienter. Økonomiske aspekter. Tidsskr Nor Lægeforen 1988; 108: 1804-6.
3. Steinfeldt-Foss OW, Solheim K. Dagbehandling - ressurssparende alternativ? Tidsskr Nor Lægeforen 1988; 108: 1757-8.
4. Gulbrandsen P, Iversen T. Er korttidsbehandling lønnsomt? Tidsskr Nor Lægeforen 1989; 109: 63-5.

5. Høsteng TØ, Henriksen R. Dagbehandling. Tidsskr Nor Lægeforen 1989; 109: 74-6.
6. Høsteng TØ, Henriksen R. En spørreundersøkelse om dagbehandling. Tidsskr Nor Lægeforen 1989; 109: 69-73.
7. Gran L, Aarstrand T, Weber-Laumann A, Ruistuen O, Hannestad R. Kirurgiske dagpasienter ved Sandefjord sykehus. Tidsskr Nor Lægeforen 1985; 105: 1170-2.
8. Henriksen R, Høsteng TØ, Korvald E. Effektivisering av kirurgi. Rapport nr. 2/1987. Oslo: SIFF Gruppe for helsetjenesteforskning, 1987.