

Dagkirurgi - å gjøre det enkle enkelt

REDAKSJONELT

ELVERLAND HH

Organisering av kirurgisk virksomhet har vært under forandring gjennom en rekke år. Bedre metoder for anestesi og mindre invasive kirurgiske teknikker har gjort at den postoperative sykkelighet har gått ned. I stigende grad er det blitt mulig å gjennomføre såkalt dagkirurgi. Behovet for pleie og innleggelse er blitt redusert. Kravet til pasientsegenomsorg og mestring er økt. Behovet for informasjon og veiledning er blitt større.

Dagkirurgisk virksomhet har som mål å gi en behandling som er sikker og kostnadseffektiv. Ressursknappheten i helsesektoren gjør at politikerne ønsker å stimulere til høy effektivitet med lite forbruk av ressurser. Derfor har man innført bedre takster for dagkirurgisk virksomhet. Dette gjelder særlig enkle, standardiserte inngrep som det er et jevnt og stort behov for i befolkningen. Kravet om forsvarlig medisinsk virksomhet må selvsagt alltid gå foran ønsket om å spare penger.

Utvikling i retning av mer dagkirurgi, vurdert mot krav om forsvarlig behandling, belyses i dette nummer av Tidsskriftet av Søren Kristensen (1) i en gjennomgang av 1632 tonsillektomier utført ved innleggelse ved Harstad sykehus. Kristensen konkluderer med at fem postoperative blødninger (3%) i tidsrommet fra disse pasientene ville ha forlatt en dagkirurgisk enhet til normal utskrivning etter én overnatting, gjør at det ikke er tilrådelig med dagkirurgiske tonsillektomier. Tewary & Curry (2) fant i en metaanalyse som omfattet 8 889 tonsillektomerte pasienter at 0,3% fikk etterblødning i perioden 7-24 timer postoperativt. Sagt på en annen måte mener Kristensen (1) at man skal forbruke over 300 liggedøgn for hver etterblødning man ønsker å fange opp hos innlagt pasient i sykehus. Med dagens kommunikasjoner og i vesentlig grad sentralisert bosetting er dette neppe et avgjørende argument mot dagkirurgiske tonsillektomier. Etterblødning etter tonsillektomi er ikke uten videre en livstruende tilstand. Derfor må vi akseptere at noen av etterblødningene starter utenfor sykehus, slik som vi gjør når det gjelder sekundære etterblødninger. Pasient og pårørende må ha nøye instruksjon om hvordan de skal forholde seg i slike situasjoner. Tonsillektomi kan brukes som modell på et standardisert inngrep som må utføres i et relativt stort antall. Tall fra Norsk institutt for sykehusforskning viser at det gjøres 6000-7000 tonsillektomier per år i Norge (3), de fleste i barneårene. I Norge har vi relativt strenge indikasjoner for tonsillektomi. Nyten av operasjon ved hyppig residiverende

akutte tonsillitter er dokumentert ved randomiserte forsøk (4), liksom obstruerende effekt av hypertrofiav tonsiller og adenoid vev er anerkjent operasjonsindikasjon (5). Lang ventetid før tonsillektomi kan være til hinder for normal vekst og utvikling hos barn. Livskvaliteten for pasient og pårørende blir ofte bedre etter operasjon med redusert sykefravær og mindre behov for helsetjenester (6). Mange familier beklager at man må vente så lenge på å få inngrepet utført.

Dagkirurgi innebærer en rekke organisatoriske utfordringer. Pasient og pårørende må ansvarliggjøres. Tiden som ertil disposisjon, må brukes effektivt for nødvendig informasjon. Man må vurdere om evnen til egenomsorg er tilstrekkelig få timer etter inngrepet, slik at behovet for ikke planlagt kontakt med opererende enhet eller primærlege kan bli minstmulig i den postoperative perioden. Pasienter som har gjennomgått dagkirurgiske inngrep, har liten tendens til postoperative infeksjoner, de blir raskt mobile og gjenopptar normale daglige aktiviteter. Ved etterundersøkelser finner man regelmessig en meget høy grad av pasienttilfredshet ved dagkirurgi.

Det er derfor et paradoks at 10,8% av pasientene ved dagkirurgi ikke kunne forlate sykehuset operasjonsdagen, men måtte innlegges (7). Andre opplever at ca. 30% av pasientene må kontakte opererende avdeling på ny i løpet av første døgn etter dagkirurgisk tonsillektomi for hjelp og veiledning.

Det er unødvendig med overnatting i sykehus natten før operasjonsdagen, sammedagskirurgi bør benyttes (2). Tewary & Curry (2) anbefalte en fleksibel utskrivningspolitikk, hvor pasienter etter seks til åtte timers observasjon ble vurdert og skrevet ut når forholdene lå til rette for det. Det må legges vekt på at pasienten må være fullstendig våken og selv ønske å bli skrevet ut. Videre må pasienten kunne drikke og ikke være kvalm. Undervektige barn med en betydelig grad av søvn apné preoperativt har økt behov for postoperativ overvåking. Det anbefales at barn under tre år og barn med ledsagende medisinske problemer alltid overnatter etter tonsillektomi. Brodsky og medarbeidere (8) viste at det ikke er grunn til å anbefale endret diett eller restriksjoner i fysisk aktivitet etter tonsillektomi.

Det har vist seg mulig de senere år å gjøre tonsillektomier i prosjekter, enten organisert av privatpraktiserende spesialister (G. Aasand, Kongsberg sykehus, personlig meddelelse) eller av offentlig sykehus, til en total kostnad av ca. 6000 kroner per operasjon i 1996. Pasientene overnattet da til neste dag fordi de ble operert på kveldstid. I løpet av alle personalkostnader, forbruksmateriell og husleie tatt med. Martinsen og medarbeidere (9) beregnet at kostnadene per tonsillektomi ved ordinær innleggelse i 1980-81 var 7300 kroner.

Det er ikke ny kunnskap at kostnadene ved kirurgisk virksomhet er avhengig av type organisering. Grupper av fagpersoner som arbeider uforstyrret tett sammen med å løse konkrete oppgaver, er svært kostnadseffektive. Slike "minibedrifter" kan organiseres av de offentlige sykehus som en del av den normale virksomhet, på samme måte som private spesialister gjør det. Dersom operasjonene skjer på dagtid, vil mange pasienter unngå overnatting i sykehus og utgiftene vil gå ytterligere ned. Helsepolitikere og administratorer bør derfor ta konsekvensen av disse erfaringene. Organisering av tonsillektomi er et eksempel på at løsning av problemer ikke alltid er et spørsmål om tilførsel av mer penger.

Hans H. Elverland

LITTERATUR

1. Kristensen S. Dagkirurgisk tonsillektomi. Tidsskr Nor Lægeforen 1998; 118: 1033-5.
2. Tewary AK, Curry AR. Same-day tonsillectomy. J Laryngol Otol 1993; 107: 706-8.
3. Elverland HH. (Adeno)tonsillektomi? Mange indikasjoner, vanskelig pasientutvelgelse. Tidsskr Nor Lægeforen 1995; 115: 345-6.
4. Paradise JL, Bluestone CD, Bachman RZ, Colborn DK, Bernard BS, Taylor FH et al. Efficacy of tonsillectomy for recurrent throat infection in severely affected children. Results of parallel randomized and nonrandomized clinical trials. N Engl J Med 1984; 310: 674-83.
5. Lind M, Lundell B, Zetterkvist P. Andningshinder hos sovande barn på grunn av tonsillhyperplasi. Läkartidningen 1981; 78: 2947-50.
6. Søreide AK, Olofsson J. (Adeno)tonsillektomi hos barn. En etterundersøkelse. Tidsskr Nor Lægeforen 1995; 115: 352-4.
7. Truy E, Merad F, Robin P, Fantino B, Morgon A. Failures in outpatient tonsillectomy policy in children: a retrospective study in 311 children. Int J Pediatr Otorhinolaryngol 1994; 29: 33-42.
8. Brodsky L, Radomski K, Gendler J. The effect of post-operative instructions on recovery after tonsillectomy and adenoidectomy. Int J Pediatr Otorhinolaryngol 1993; 25: 133-40.
9. Martinsen E, Hørthe K, Bjertnes LJ. Øre-nese-halsoperasjoner i et legesenter. Er det farlig - og hva koster det? Tidsskr Nor Lægeforen 1986; 106: 1048-53.

Publisert: 10. mars 1998. Tidsskr Nor Lægeforen.

© Tidsskrift for Den norske legeforening 2026. Lastet ned fra tidsskriftet.no 15. juli 2026.