

Ingvinal herniotomi i speciallægepraksis og i hospitalsregi

Finn Heidemann Andersen, Morten Bay-Nielsen,
Anders Bak-Christensen, Kaare Nielsen,
Jan Reinhold Struckmann & Henrik Kehlet

Resumé

Introduktion: Formålet med undersøgelsen var at sammenligne operationsmønstret, recidivraten (reoperationsraten) og afregningstakster efter ingvinal herniotomi udført i speciallægepraksis og i hospitalsregi.

Materiale og metoder: Antallet af operationer, valget af anæstesi og operationstypen samt reoperationsrate i speciallægepraksis og i hospitalsregi blev udtrukket fra Dansk Hernie Database i perioden 1. januar 1998-30. juni 2001, og afregningstaksterne blev oplyst fra Foreningen af Speciallæger, Sygesikringen og Sundhedsministeriets diagnoserelaterede grupper (DRG)-oplysninger.

Resultater: 7,4% af lyskebrokoperationerne i Danmark blev udført i speciallægepraksis, og der fandt udbredt anvendelse af lokal anæstesi (99%) og ambulante regi (99%) sted sammenlignet med henholdsvis 12% og 57% i hospitalsregi. Betalingsrefusion pr. operation udgjorde ca. 3.700 kr. i speciallægepraksis vs. ca. 11.000 kroner i hospitalsregi.

Diskussion: Undersøgelsens resultater viser, at lyskebrokoperationer udføres med samme reoperationsrate i speciallægepraksis som i hospitalsregi, men med færre omkostninger (DRG-betalingsstakst) i speciallægepraksis.

Kvalitetsopgørelser fra kirurgisk speciallægepraksis (SP) på landsplan er sjældne, bl.a. på grund af manglende tradition og koordination, stort dagligt arbejdspress og vanskeligheder med indsamling af større patientmaterialer i et praksisunivers, der består af mange enkeltmandsvirksomheder.

Dansk Herniedatabase (DHDB) blev oprettet i 1998 [1] og inkluderer årligt ca. 10.000 ingvinale herniotomier. Flertallet opereres i sygehusregi [2], men SP deltager i indberetningen.

Formålet med dette arbejde var at kortlægge operationsmønstret, herunder valget af operationsmetode og regi (ambulant vs. indlagt), samt reoperationsraten i SP sammenlignet med operation i hospitalsregi (H).

Materiale og metoder

Ved udtræk fra DHDB i perioden fra den 1. januar 1998 til den 30. juni 2001 blev samtlige elektive lyskebrokoperationer (både operationer for primærhernier og recidivhernier) analyseret, hvad angår operationsmetode, ambulant vs. indlagt regi, anæstesiform samt reoperations-(recidiv)-rate. Operationsaktiviteten i SP blev sammenholdt med oplysninger fra Sygesikringen, og operationsaktiviteten i H blev sammenholdt med oplysninger fra Landspatientregistret (LPR). Der

indrapporteres >98% lyskebrokoperationer i hospitalsregi til DHDB [2].

Økonomiske nøgletal fra SP blev oplyst af Sygesikringen og Foreningen af Praktiserende Speciallæger, og fra H anvendtes Sundhedsministeriets DRG-oplysninger.

Resultater

I perioden fra den 1. januar 1998 til den 30. juni 2001 blev der udført i alt 35.527 elektive lyskebrokoperationer, heraf 2.608 (7,4%) i SP. Patienternes medianalder var 55 år (44-66 år, kvartiler) i SP og 58 år (46-70 år, kvartiler) i H. Fordelingen på opererede hernietyper viste ud over lidt flere femoralhernier og operation for recidivhernie i H ingen betydende forskelle (**Tabel 1**). Andelen af patienter, der blev opereret i lokalbedøvelse og i ambulant regi, er derimod betydeligt større i SP (**Tabel 1**).

De anvendte operationsteknikker i SP og H er anført i **Tabel 2**. Det fremgår heraf, at der i SP fortrinsvis blev anvendt Lichtensteins *mesb*-teknik (68%) sammenlignet med 53% i hospitalsregi. Anvendelse af andre *mesb*-teknikker var ens i de to regier, mens andelen af suturerede bagvægsplastikker (annulorafi, Bassini, Shouldice, McVay etc.) var større i H- (ca. 24%) end i SP-regi (ca. 12%). Der anvendtes ikke laparoskopisk kirurgi i SP, og kun 5% fik udført operationen laparoskopisk i H.

I registreringsperioden fandtes en stigende udførelse af herniotomi i SP fra 546 i 1998 til 838 i 2000. Opståen af recidiv (reoperation) efter operation udført i registreringsperioden, dvs. efter 1. januar 1998, er vist i **Fig. 1**. Hvad angår reoperationsraterne efter operation for primært recidivbrok (både førstegangs- og flergangsrecidiv), findes disse ikke forskellige i SP og H ($p>0,05$).

Taksten (refusionsbetaling) i forbindelse med lyskebrok-kirurgi i SP og H er anført i **Tabel 3**, hvoraf det fremgår, at betaling fra Sygesikringen til SP er betydelig mindre end DRG-betalingen til H (for en Lichtensteinoperation ca. 3.700 kroner i SP vs. ca. 11.000 i H).

Diskussion

Opgørelsens resultater viser, at 7,4% af de i Dansk Hernie-database (DHDB)-registrerede elektive ingvinale herniotomier siden den 1. januar 1998 med stigende tendens udføres i SP. Det fremgår ligeledes, at der procentvis udføres betydeligt flere operationer i ambulant regi og i lokal anæstesi i SP, trods det forhold, at der kun er ringe forskel i medianalderen

VIDENSKAB OG PRAKSIS | ORIGINAL MEDDELELSE

Tabel 1. Fordeling af hernietyper samt valg af anæsthesimetode og ambulantly vs. indlagt regi ved lyskebrok i Danmark i perioden 1. januar 1998-30. juni 2001.

	Speciallægepraksis		Hospital		I alt
	n	(%)	n	(%)	
Ingvinalhernier	2.503	(96)	30.884	(93,8)	33.387
Femoralehernier	37	(1,4)	936	(2,8)	973
Andet (glidhernie, intet hernie påvist)	68	(2,3)	1.099	(3,4)	1.167
I alt	2.608	(100)	32.919	(100)	35.527
Heraf operation for recidivhernie (% af udførte operationer)	248	(9,5)	5.657	(17,2)	5.905
Operationer udført i:					
Lokalanæstesi	2.577	(99)	3.910	(12)	
Regional anæstesi	25	(1)	7.336	(22)	
Generel anæstesi	6	(<1)	21.673	(66)	
Ambulant/indlagt	99% vs. 1%		57% vs. 43%		

Tabel 2. Anvendelse af operationsmetode ved lyskebrokkirurgi i speciallægepraksis og i hospitalsregi i Danmark i perioden 1. januar 1998-30. juni 2001.

	Speciallægepraksis		Hospital		I alt
	n	(%)	n	(%)	
Lichtenstein	1.765	(68)	17.300	(53)	19.065
Plug/plug-patch/anden mesh-operation	517	(20)	6.027	(18)	6.544
Sutureret bagvægsplastik (annulorafi/McVay/Bassini/Shouldice etc.)	326	(12)	7.800	(24)	8.126
Laparoskopisk	0		1.792	(5)	1.792
Total	2.608	(100)	32.919	(100)	35.527

Tabel 3. Taksterne (refusionsbetalingen) per udført lyskebrokoperation i speciallægepraksis og i hospitalsregi. Prisangivelsen er pr. 1. januar 2002 og gælder for speciallægepraksis og for hospitalsregi (DRG).

Afrekningstakst per hernie (kr.)	
Speciallægepraksis (præoperativ konsultation/operation/ postoperativ konsultation)	3.727
Hospitalsregi (DRG)	
DRG (PG05D) ambulantly regi	10.634 (9.295 + 1.339 [ambulante besøg])
DRG (O620) indlagt regi, ukompliceret	11.236
DRG (O619) indlagt regi + komplikationsbidrag	17.956

i henholdsvis SP og H, og at fordelingen af broktyper ej heller er forskellig, bortset fra færre udførte operationer for recidivhernier i SP. Sidstnævnte er formentlig udtryk for en vis tilbageholdenhed over for de potentielt vanskeligere operationer for recidivbrok, men en undersøgelse i hospitalsregi har vist tilfredsstillende gennemførlighed af ambulantly operation for recidivhernie i lokalanæstesi [3]. Undersøgelsen viser også, at SP har taget de nyere og mere effektive mesh-operationer til sig, specielt Lichtensteins mesh-operation, som udføres hyppigere end i hospitalsregi. Selv om Lichtensteins mesh-operation efterfølges af de laveste reoperationsrater på landsplan [2], fandtes der ingen forskel i reoperationsraten i henholdsvis SP og H, hverken hvad angår primærhernier eller recidivhernier.

Afrekningstaksten er trods den øjensynlig ens behandlingskvalitet væsentlig forskellig i henholdsvis SP og H, idet betalingen per udført operation er ca. 7.000 kroner mindre i

SP (3.727 kr.) end i H (ca. 11.000 kr.). Den mindre takst i SP svarer til, at næsten alle operationer udføres i den mindre omkostningsfyldte lokalanæstesi, som er den billigste og formentlig også den sikreste anæsthesiform [4], men som af uforklarlige årsager anvendes mindre hyppigt i H [2], bortset fra på afdelinger med speciel interesse for herniekirurgi [5]. Anvendelse af DRG »komplikationsbidragstakst« kan til dels henføres til præeksisterende lidelser eller komplikationer, men forekomsten af disse fremgår ikke af undersøgelsen.

Resultaterne kunne derfor umiddelbart tale for en organisatorisk omlægning af lyskebrokkirurgien til SP, en ændret organisation af operationen i H eller alternativt en mindre betaling til H. For en sådan organisatorisk og økonomisk revision overvejes, bør det imidlertid erindres, at der er øgede omkostninger i H forbundet med oplæring af yngre kirurger, ligesom man i undersøgelsen ikke tager højde for eventuelle demografiske forskelle i patientmaterialet, hvad angår flere

VIDENSKAB OG PRAKSIS | ORIGINAL MEDDELELSE

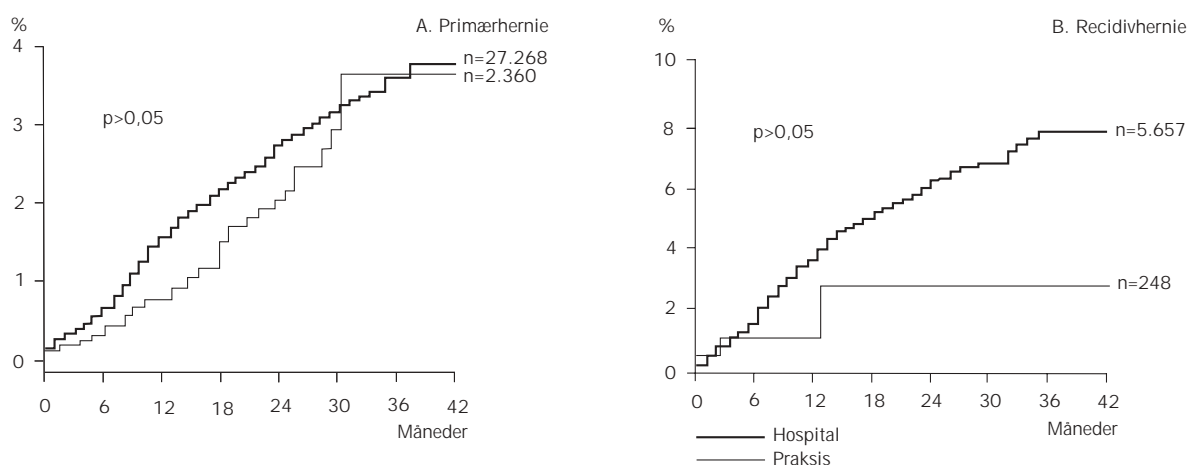


Fig. 1. Reoperationsrater (Kaplan-Meier-Plot) ved operation for primær-lyskbrok (A) og recidivlyskbrok (B) i hospitalsregi og i speciallægepraksis i Danmark i perioden fra den 1. januar 1998 til den 30. juni 2001. Der er ingen signifikant forskel på reoperationsraterne mellem operationer udført i hospitalsregi og i speciallægepraksis ($p < 0,05$).

højrisikopatienter i H (f.eks. svær adipositas, ledsagende or-gandysfunktion etc.). Endelig påhviler der i højere grad vagtforpligtelse i H sammenlignet med i SP, men betydningen af denne inden for herniekirurgien er ukendt; det er sandsynligt, at den er ringe. Til denne diskussion hører endvidere, at man i store konsekutive serier fra H har vist, at samme enkle regi som anvendes i SP, dvs. >95% anvendelse af lokalanæstesi og >95% organisation til ambulant regi kan gennemføres, trods inklusion af højrisikopatienter og patienter med recidivhernier [3, 5].

Oplysningerne om hernieoperationsaktiviteten i DHDB er fundet at svare til >98% af de udførte operationer, sammenholdt med oplysningerne i Landspatientregistret [2]. Oplysninger fra SP angives ikke til Landspatientregistret, men fra Sygesikringen angives det, at >96% af herniotomierne er udført af de 38 speciallæger med fuldtidspraksis. Det eksakte antal udførte ingvinale herniotomier i SP kan ikke oplyses, da valid central operationsregistrering ikke forefindes, idet indberetningen til Sygesikringen også indbefatter analogiseringer. En forespørgsel blandt de fuldtidspraktiserende kirurger estimerer den reelle operationsaktivitet for 2000 til 852 operationer sammenholdt med de registrerede 705 operationer i DHDB fra SP i 2000. Det må således formodes, at ca. 83% af SP opgiver registreringerne til DHDB i modsætning til >98% af operationerne i H-regi. Trods den procentuelle lidt mindre deltagelse i DHDB fra SP, er der i DHDB etableret et tæt samarbejde med SP, blandt andet i flere videnskabelige samarbejdsprojekter, et samarbejde der nu forsøges intensivert til de få kirurger, der ikke indberetter til DHDB. En efterfølgende rundspørge på baggrund af denne opgørelse har medført, at yderligere ca. 100 herniotomier pr. år vil blive rapporteret til DHDB fra SP.

Sammenfattende konkluderes det ud fra denne undersøgelse, at 7,4% af de danske lyskebrokoperationer udføres i SP, med større anvendelse af den billigere og formentlig sikrere

lokalanæstesi, med en større anvendelse af ambulant regi og med samme reoperations (recidiv)-rate som i H-regi. Beta-lingsstaksten er ca. 7.000 mindre per operation i SP sammenlignet med i H-regi.

Summary

Finn Heidemann Andersen, Morten Bay-Nielsen, Anders Bak-Christensen, Kaare Nielsen, Jan Reinhold Struckmann & Henrik Kehlet:

Inguinal herniotomy in outpatients clinics and in hospital departments.

Ugeskr Læger 2003;165:2373-6.

Introduction: The purpose of the investigation was to examine the use of ambulatory surgery, anesthetic technique, reoperation rates, and reimbursement fees after inguinal herniotomy in private outpatients clinics compared to herniotomy in hospital departments.

Material and methods: Information on number of operations performed, choice of anesthetic and surgical technique in private outpatients clinics and hospital departments was extracted from the Danish Hernia Data Base. Information on reimbursement fees was obtained from the relevant health authorities and the Danish Medical Association.

Results: 7.4% of the inguinal herniotomies in Denmark were performed in private outpatients clinics. There was an extended use of local infiltration anesthesia (99%) and ambulatory procedures (99%) compared with 12% and 57% in the hospital departments. The reimbursement fee for a herniotomy is approximately 3700 DKK in private outpatients clinics vs. 11,000 DKK in hospital departments.

Discussion: The results of the study showed that the quality of inguinal herniotomy in private outpatients clinics is comparable to herniotomy in hospital departments, but the reimbursement fees are lower in private outpatients clinics.

Reprints: Finn Heidemann Andersen, Ermelundsvej 114 E, DK-2820 Gentofte.

Antaget den 20. januar 2003.
Speciallægepraksis, Gentofte, speciallægepraksis, Hvidovre, og Dansk Herniedatabase, H:S Hvidovre Hospital.

Undersøgelsen er udført med støtte fra MTV-Instituttet, Sundhedsstyrelsen, Helsefonden, H:S, Sundhedsministeriet og Statens Sundhedsvidenskabelige Forskningsråd (9902757).

Litteratur

1. Dansk Kirurgisk Selskabs styregruppe for Dansk Herniedatabase. Dansk Herniedatabase – det første år. Ugeskr Læger 2000;162:1552-5.
2. Bay-Nielsen M, Kehlet H, Strand L et al, for the Danish Hernia Database Collaboration. Quality assessment of 26,304 herniorrhaphies in Denmark: a prospective nationwide study. Lancet 2001;358:1124-8.
3. Callesen T, Bech K, Kehlet H. Feasibility of inguinal herniorrhaphy for a recurrent hernia in unmonitored local anaesthesia. Eur J Surg 2001;167:851-4.
4. Kehlet H, White P. Optimising anesthesia for inguinal herniorrhaphy – general, regional or local anesthesia? Anesth Analg 2001;93:1367-9.
5. Callesen T, Bech K, Kehlet H. One thousand consecutive inguinal hernia repairs under unmonitored local anesthesia. Anesth Analg 2001;93:1373-6.

Organisationen af det præoperative patientforløb ved ambulans laparoskopisk kolecystektomi

Viggo B. Kristiansen, Rete Trap, Peter Bechsgaard & Svend Schulze

Resumé

Formål: Studiets formål var at beskrive organisationen af et ambulatorium for galdestenssygdom i dagkirurgisk regi samt at vurdere, om samarbejdet mellem den henvisende læge og hospitalsafdelingen resulterer i et hensigtsmæssigt præoperativt forløb.

Materiale og metoder: I alt 101 konsekutivt valgte patienter, der var henvist til forundersøgelse for galdestenssygdom i dagkirurgisk afdeling, indgik i studiet. Henvisningsdata blev prospektivt registreret, og oplysningerne om, hvilken behandling de henviste patienter havde modtaget, blev senere indhentet fra journalerne.

Resultater: På 15% af henvisningerne var der anført symptomer, i 28% af tilfældene var der foretaget leverfunktionstest, og i 56% af tilfældene var der foretaget UL-scanning af lever og galdeveje og pancreas. Ved den første konsultation i ambulatoriet blev 46 patienter skrevet op til operation, og otte blev afsluttet uden yderligere behandling. De øvrige patienter blev yderligere udredt. I alt blev 65 patienter kolecystektomeret, 23 blev afsluttet uden behandling, fem blev udredt for anden sygdom, og otte var uafklaret ved afslutningen af studiet.

Konklusion: Det tilsligtede koncept for det optimale patientforløb var ikke fuldt realiseret, da kun ca. halvdelen af patienterne fik afklaret behandlingen ved den første konsultation. Årsagen hertil var ofte manglende oplysninger om eller ikke udførte parakliniske undersøgelser ved forundersøgelsen. Et tæt samarbejde mellem primær- og sekundærsektoren er en forudsætning for at opnå et rationelt præoperativt patientforløb ved galdestenssygdom i dagkirurgisk regi.

litteratur har man i fire studier beskrevet ambulans laparoskopisk kolecystektomi [1-4], men ingen omhandlede det præoperative ambulante forløb i en dagkirurgisk afdeling. Det er uafklaret, om dette forløb og samarbejdet mellem den henvisende læge og den behandlende afdeling har gennemgået samme rationelle strukturændring som selve det ambulante operative forløb.

Formålet med dette studie er at beskrive organisationen af et ambulatorium for galdestenssygdom i dagkirurgisk regi og at diskutere denne organisation, og om det nuværende samarbejde mellem den henvisende læge og hospitalsafdelingen resulterer i et hensigtsmæssigt præoperativt forløb.

Materiale og metoder

I perioden fra oktober 2001 til januar 2002 blev 101 patienter, 28 mænd og 73 kvinder, med en medianalder på 51 år (spændvidde 23-76), henvist til forundersøgelse for galdestenssygdom på Dagkirurgisk Afdeling T, Amtssygehuset i Glostrup. Oplysningerne om, hvilken behandling de henviste patienter havde modtaget, blev indhentet fra journalerne i juni 2002.

Organisation

Dagkirurgisk Afdeling T er en selvstændig enhed med en afdelingsledelse, sygeplejersker og sekretærer, der betjener flere specialer. Kirurgisk Afdeling D indførte i efteråret 1998 ambulans laparoskopisk kolecystektomi og har på Dagkirurgisk Afdeling T ugentligt to ambulatoriedage og tre operationsdage til patienter med galdestenssygdom og hernier. Funktionen bliver betjent af et fast team af fem speciallæger fra Kirurgisk Afdeling D sammen med sygeplejersker og sekretærer

Minimalt invasiv kirurgi, forbedret anæstesiologisk teknik og smertebehandling har været medvirkende til, at mange operationer med stor sikkerhed kan udføres ambulans. I dansk