

Den kirurgiske service i Danmark – er det tid til reorganisering?

Henrik Kehlet, Bent S. Ottesen & Torben V. Schroeder

Der udføres i Danmark årligt ca. 500.000 kirurgiske indgreb af i alt ca. 200 opererende afdelinger i det offentlige system og et mindre antal i privat hospitalsregi eller specialitetspraksis. Landet er bl.a. karakteriseret ved en geografisk stabil befolkning og med en i global sammenhæng unik befolkningsregistrering, som muliggør et relativt detaljeret overblik over de kirurgiske ydelser (Landspatientregistret [LPR], Det Centrale Personregister [CPR], Dødsårsagsregistret etc.). Den kirurgiske indsats er ofte i offentlighedens søgelys, men der fokuseres ret ensidigt på ventelister og på fejl. Der har kun været ringe opmærksomhed på den egentlige kirurgiske kerneydelse, dvs. det tidlige og sene operationsresultat. Relevante spørgsmål som: »Er den kirurgiske behandlingskvalitet tilfredsstillende?» og »Er den kirurgiske behandlingsindsats omkostningseffektiv?» er ofte ubesvarede. Når disse forhold kobles sammen med en stigende international opmærksomhed på sammenhængen mellem kirurgisk erfaring, hospitalsvolumen og postoperativ morbiditet og mortalitet [1] samt tiltagende problemer med rekruttering og opnåelse af tilstrækkeligt erfaringsgrundlag i kirurgien, er spørgsmålet, om en reorganisering af den kirurgiske service i Danmark er påkrævet?

Hvorfor reorganisering?

Kvalitetsmonitorering

En forudsætning for rationel tilrettelæggelse og prioritering inden for landets kirurgiske ydelser er dels et overblik over resultatet af behandlingsindsatsen, dels økonomiske overvejelser. Det er derfor overraskende, at man i et så lille og velorganiseret land med den eksisterende nationale registrering i LPR og CPR ikke har etableret et system til løbende registrering af resultatet af den kirurgiske behandlingsindsats. Sporadiske tiltag i form af landsdækkende kliniske databaser har været iværksat af få »ildsjæle«, men der findes kun få velfungerende landsdækkende kirurgiske databaser. Desuden er kun enkelte af dem designet, så de både kan benyttes til monitorering og til kvalitetsudvikling. Som et positivt initiativ er den fremtidige finansiering af de kliniske databaser fra 2002 samlet i en institution under amterne og H:S. Dog er der for 2003 kun afsat ca. 15 mio. kr. til at dække databaser inden for både de kirurgiske og de medicinske fag, et beløb, der udgør mindre end en promille af det kirurgirelaterede hospitalsbudget. Det vil være vanskeligt at finde private erhvervsvirksomheder, som har afsat så få resurser til produktionskontrol.

Regionalisering af kirurgien

Diskussionen om regionalisering af den kirurgiske indsats er ofte inkonklusiv pga. for små patientmaterialer, manglende karakteristik af patientpopulationerne og det forhold, at gode kirurger jo principielt kan være ansat på både små og store enheder. I meget store undersøgelser, specielt fra USA, har man imidlertid klart vist en sammenhæng mellem kirurgvolumen og kvalitet [2-4]. Disse resultater er set klart inden for den større risikofyldte cancerkirurgi [2-4].

I Sundhedsstyrelsens vejledning om lands- og landsdelsfunktioner og specialeplanlægning angives, hvorledes den mere specielle kirurgi skal regionaliseres. Det er derfor overraskende, at man i en række undersøgelser fra Kirurgiprojektet har kunnet påvise, at disse rekommandationer ikke overholdes [5, 6]. Er det rimeligt, at der i et offentligt finansieret sundhedssystem øjensynligt er fri adgang til at foretage de operationer, man har lyst til, på et givet hospital?

Optimering af operationsforløb

Udviklingen af minimalt invasiv kirurgi, en dybere forståelse af den kirurgiske patofysiologi, en forbedret smertebehandling og udvikling af optimerede, standardiserede operationsforløb til sikring af tidlig rehabilitering har givet store muligheder for et kvalitetsløft af den kirurgiske behandlingsindsats med reduceret morbiditet, behov for hospitalisering og rekonvalescens [7]. Indsatsen har imidlertid været sporadisk, og trods de positive resultater [7] har der overordnet administrativt set ikke været fokus på denne udvikling, bl.a. pga. manglende overblik af behandlingsindsatsen lokalt og på landsplan.

Om end man i Danmark er relativt langt fremme i udviklingen af ambulante kirurgi, er der fortsat behov for en betydelig indsats. Således foretages kun ca. 60% af elektive lyskebrokoperationer ambulant, hvilket let kunne øges til ca. 90%. Ligeledes efterfølges simple hysterektomier af en hospitaliseringstid på landsplan på ca. fire dage, hvilket kan nedsættes til ca. to dage ved en fælles anæstesiologisk/kirurgisk indsats i regi af accelererede operationsforløb. Mange tilsvarende eksempler forefindes inden for andre operationsforløb, der er beskrevet i litteraturen [7].

Økonomiske overvejelser

Gennem de senere år er fokus flyttet fra den kirurgiske kerneydelse til rent økonomiske betragtninger over hospitalsdrif-

VIDENSKAB OG PRAKSIS | STATUSARTIKEL

ten. Således lægges afdelingsbudgetter sjældent efter indsats og slet ikke efter resultater. Introduktion af DRG-systemet giver en både teoretisk og praktisk mulighed for at modveje denne tendens, idet systemet indebærer »aflønning efter indsats«. Om end systemet bør udbygges og valideres, giver det et godt incitament til den videre reorganisering og optimering af operationsforløb i form af omkostningseffektive accelererede operationsforløb.

Forslag til reorganisering

Behandlingsmonitorering

Kendskab til behandlingsresultatet er en forudsætning for rationel organisering af kirurgien. Det er derfor nødvendigt, at der snarest etableres landsdækkende kliniske databaser eller en central monitoreringsfunktion. De eksisterende registre, LPR og CPR, udgør en enkel og billig mulighed for dette, som allerede vist i Sundhedsstyrelsens Kirurgiprojekt [5, 6]. Det bør dog overvejes at etablere et andet og mere udbygget system, som det, der allerede fungerer i National Surgical Quality Improvement Programme i USA [8-10]. I dette system, primært etableret i Veterans Hospitals [8], men også afprøvet i større akademiske centre [9], registreres patienters komorbiditet og det postoperative resultat af en projektsygeplejerske på hvert hospital med central databearbejdelse i et sekretariat. Man har i en lang række publikationer dokumenteret systemets værdi, og det har givet anledning til et kvalitetsløft [8-10].

For at få et samlet billede af den kirurgiske kvalitet er det nødvendigt også at registrere data fra speciallægepraksis. Disse ydelser er i øjeblikket ikke registreret i LPR, men bør være det, da de også er finansieret af det offentlige.

Regionalisering

Den kirurgiske behandlingsindsats bør reorganiseres i færre enheder bl.a. i overensstemmelse med de af Sundhedsstyrelsen rekommanderede lands-landsdels-funktioner. Etablering af større kirurgiske enheder er ligeledes ønskværdig, da dette giver bedre mulighed for statistisk valid monitorering af behandlingsindsatsen. Selv om store afdelinger ikke nødvendigvis har de bedste resultater, vil etablering af større enheder give mulighed for at opprioritere faglig kompetent ledelse og dermed at opnå ekspertise, valide data og forbedrede resultater. Som eksempel på uhensigtsmæssig organisation kan nævnes forekomsten af syv afdelinger i kirurgisk gastroenterologi inden for det geografisk lille Københavnsområde, hvilket skønnes at være 1-2 afdelinger for mange. Ydermere burde specielle indgreb som f.eks. lever-pancreas-kirurgi og anden stor cancerkirurgi foregå på færre afdelinger i så lille et land som Danmark. Samlet er det således påkrævet, at regionaliseringsdiskussionen snarest bliver ført på baggrund af resultaterne af den kirurgiske kerneydelse og ikke på baggrund af amtsfunktioner, betalingsrefusionsproblematik, lokalpolitiske forhold etc.

En regionalisering/sammenlægning af kirurgiske afdelin-

ger vil ydermere lede til en centralisering af det akutte vagtberedskab, hvorved der kan frigøres lægetid til dagarbejde og dermed bedre mulighed for oplæring og supervision, en indsats, der kan medvirke til forbedrede arbejdsforhold og nødvendig rekruttering til de kirurgiske fag.

Konklusion

Vi mangler i Danmark et apparat til produktionskontrol af den kirurgiske behandlingsindsats med fokus på den kirurgiske kerneydelse. Der er behov for en reorganisering for at sikre et rationelt grundlag for en faglig og økonomisk prioritering af kirurgien. Den kirurgiske behandlingsindsats bør derfor koncentreres i færre enheder. Der skal skabes et grundlag for valid kvalitetsmonitorering, bl.a. byggende på de eksisterende registreringssystemer (LPR og CPR) kombineret med etablering af et nationalt kirurgisk kvalitetsmonitoreringsprogram og suppleret med landsdækkende kliniske databaser, hvor disse er relevante.

Summary

Henrik Kehlet, Bent S. Ottesen & Torben V. Schroeder:

Surgical services in Denmark – time for reorganisation?

Ugeskr Læger 2003;165: 2813-5.

Denmark is a small country (about 5 million inhabitants) and has a unique registration of hospital admissions, surgical procedures and specific person-numbers in national registers. However, there is currently no system to monitor the overall quality of surgical care. Also, surgical services are provided in a large number of hospitals. In order to provide a rational basis of professional and administrative strategies to monitor and improve the quality of surgical care, establishment of a nation-wide monitoring system and quality improvement programme is required as well as regionalisation of major procedures.

Reprints: *Henrik Kehlet*, Gastroenheden, Kirurgisk Sektion 435, H:S Hvidovre Hospital, DK-2650 Hvidovre. E-mail: henrik.kehlet@hh.hosp.dk

Antaget den 21. maj 2003.

H:S Hvidovre Hospital, Gastroenheden, Kirurgisk Sektion 435, og H:S Rigshospitalet, Juliane Marie Centret, og Karkirurgisk Afdeling.

Litteratur

1. Epstein AM. Volume and outcome – is it time to move ahead? *N Engl J Med* 2002;346:1161-3.
2. Birkmeyer JD, Siewers A, Finlayson EVA et al. Hospital volume and surgical mortality in the United States. *N Engl J Med* 2002;346:1128-37.
3. Birkmeyer JD. Should we regionalise major surgery? Potential benefits and policy considerations. *J Am Coll Surg* 2000;190:341-9.
4. Hannan EL, Radzyner M, Rubin D et al. The influence of hospital and surgeon volume on in-hospital mortality for colectomy, gastrectomy, and lungectomy in patients with cancer. *Surgery* 2002;131:6-15.
5. Holte K, Bay-Nielsen M, Utzon J et al. Operation for gastrooesofagal reflux i Danmark 1997-1999. *Ugeskr Læger* 2001;163:5658-61.
6. Jensen LS, Parvaiz I, Utzon J et al. Esophagusresektioner i Danmark 1997-2000. *Ugeskr Læger* 2002;164:4423-7.
7. Kehlet H, Wilmore DW. Multimodal strategies to improve surgical outcome. *Am J Surg* 2002;183:630-44.

8. Khuri SF, Daley J, Henderson W et al. Risk adjustment of the postoperative mortality rate for the comparative assessment of the quality of surgical care: results of the National Veterans Affairs Surgical Risk Study. *J Am Coll Surg* 1997;185:315-27.

9. Fink AS, Campbell DA Jr, Mentzer RM Jr et al. The National Surgical Quality

Improvement Programme in Non-Veterans Administration Hospitals. *Ann Surg* 2002;236:344-54.

10. Khuri SF. Quality, advocacy, healthcare policy and the surgeon. *Ann Thorac Surg* 2002;74:641-94.

Revalidering, en deskriptiv forløbsundersøgelse

Janus Kvamm & Claus Vinther Nielsen

Resumé

Introduktion: Der er kun offentliggjort få studier, hvor man registrerer langtidseffekten af ophold på en revalideringsklinik. Formålet med dette studie er at beskrive klientellet på et revalideringscenter, at undersøge klienternes forsørgelsesmæssige situation 6-10 mdr. efter ophold på revalideringscenteret og at undersøge, om man med en sociallægelig vurdering er i stand til at udpege, hvilke klienter der senere vender tilbage til beskæftigelse, og hvilke der ikke gør.

Materiale og metoder: Samtlige 254 klienter, der påbegyndte et forløb på revalideringscenteret i perioden fra maj 1996 til april 1998 indgår i undersøgelsen. Efter et lægeligt skøn blev det vurderet, om klienten ville kunne komme i arbejde eller ej. Efter 6-10 mdr. fik klienten tilsendt et spørgeskema. I alt 210 klienter (82,7%) besvarede spørgeskemaet.

Resultater: 80% af klienterne var kvinder. Omkring to tredjedele var ufaglærte. Muskuloskeletale lidelser var baggrunden for den revalideringsmæssige indsats hos 63%. Ved opfølgningen efter 6-10 mdr. var 50% blevet tilkendt førtidspension, 20% var enten i beskæftigelse eller i gang med en revalidering, mens 30% stadig modtog passiv forsørgelse. Skønnede lægen, at en person ikke kunne arbejde, var den positive prædiktive værdi 94,1-98,8%, skønnede lægen, at personen kunne arbejde, var den positive prædiktive værdi 36,1-63,9%.

Diskussion: Mange af de klienter, der senere blev tilkendt førtidspension, kunne på et tidligt tidspunkt udpeges af en sociallæge; af disse klienter kunne man undlade at forlange et forløb på revalideringscenter. De metoder, der arbejdes med på revalideringsområdet, foreslås evalueret og udviklet, så flere klienter efterfølgende bliver i stand til at forsøge sig selv.

Der foreligger ikke publicerede opgørelser over effekten af den amtslige revalidering fra de seneste 15-20 år. I en opgørelse fra 1985 [3] fandt man, at 24% af revaliderende var i arbejde et halvt år efter et ophold på en revalideringsinstitution i Århus Amt. Antallet af revaliderende med aktiv plan (arbejde eller fortsat revalidering) ved udskrivningen fra en revalideringsklinik faldt i årene 1977-1983 fra 52% til 34% [4]. I 1995 oprettedes i et vestjysk amt en ny amtslig revalideringsinstitution, RevalideringsCenteret (RC), hvor klienter henvist af kommunerne gennemgik et 8-12 uger varende ophold, under hvilket deres revalideringsmuligheder skulle afklares. Klienterne var tilknyttet team, der bestod af en socialrådgiver, en psykolog, en fysioterapeut, en læge og en projektmedarbejder.

Det er formålet med denne undersøgelse at beskrive klientellet på denne revalideringsinstitution socialt og helbreds-mæssigt, at undersøge klienternes forsørgelsessituation 6-10 mdr. efter opholdet og at undersøge, hvorvidt man med en sociallægelig vurdering af klienternes revalideringspotentiale allerede ved starten af opholdet på revalideringsinstitutionen kan forudsige, om de ender som førtidspensionister, og hvorvidt man med en sociallægelig vurdering ved afslutningen af opholdet på revalideringsinstitutionen kan udpege klienter med revalideringspotentiale.

Materiale og metoder

Personer, der har begrænsninger i arbejdsevnen og ikke kan revalideres ved hjælp af kommunale tilbud, henvises i pågældende amt til afklaring af revalideringsmuligheder på RC. Visitationen af alle klienter, der er henvist fra kommunerne til amtet, foregår på RC. Enkelte klienter visiteres herfra direkte til et af de to amtslige revalideringsværksteder, når det vurderes, at der »kun« er behov for arbejdsprøvning eller optræning, men de fleste klienter visiteres til et ophold på RC.

Samtlige 254 klienter, der påbegyndte et ophold på RC i perioden fra den 1. maj 1996 til den 30. april 1998 indgik i undersøgelsen. Alle klienter gennemgik ved starten af opholdet på RC en klinisk lægeundersøgelse, omfattende anamnese-

Revalidering består i, at en person, hvis arbejdsevne er nedsat af fysiske, psykiske eller sociale årsager, støttes i at kunne opnå et arbejde, han eller hun vil kunne passe, og derved får en acceptabel erhvervmæssig tilværelse [1]. Amtskommunerne bistår kommunerne i deres revalideringsindsats ved at tilvejebringe tilbud til personer, der pga. begrænsninger i arbejdsevnen ikke kan revalideres ved hjælp af kommunale tilbud [2].