

---

# Pasientvolum, resultater og publisering

---

## KOMMENTAR

ASGAUT VISTE

Gastroenterologisk seksjon  
Kirurgisk avdeling  
Haukeland Sykehus  
5021 Bergen

HELGE MYRVOLD

Kirurgisk avdeling  
Regionsykehuset i Trondheim  
7034 Trondheim

---

Bruken av Internett øker stadig, og med enklere tilgang til informasjon bl.a. via nettet forventer man at publikum i stigende grad vil etterspørre kvalitet på de helsetilbud som finnes. Markedstilpasning og konkurransehensyn tilsier også at sykehusene innen kort tid vil måtte dokumentere og publisere sine medisinske resultater. Sammen med et fritt sykehusvalg vil dette i teorien øke pasientstrømmen til sykehus med de dokumentert beste resultater.

Ved Kirurgisk avdeling, Vestfold sentralsykehus har man i en årrekke drevet pionervirksomhet med sin prospektive registrering av avvik, komplikasjoner og resultater etter kirurgiske prosedyrer. Resultatene er jevnlig lagt frem på landsdekkende faglige møter innen kirurgi, og man har i faglige fora hatt god anledning til å kommentere og diskutere metodeendringer for å bedre resultatene (1). Ullevål sykehus og Regionsykehuset i Trondheim har liknende registre.



En rekke avdelinger legger frem sine resultater basert på en retrospektiv analyse. Med kjennskap til en ikke-optimal journalføring må man kunne slå fast at den vitenskapelige verdi av en prospektiv undersøkelse er langt å foretrekke. Det er likevel et tankekors at man ved å legge frem sine resultater også risikerer å vise at man ikke holder de kvalitetsmål som bør settes. Det blir et enda større tankekors når man fremstår som dårligere enn sykehus som ikke legger frem sine resultater, og når en ikke tilfredsstillende kvalitet blir brukt mot en i tabloidpresse og TV (2). Den verste konsekvens kan da bli at sykehus avholder seg fra å publisere dårlige resultater.

Hvordan kan så dette organiseres i fremtiden? Man har lenge arbeidet med å få etablert et nasjonalt sykdoms- og skaderegister, uten at det ennå er blitt en realitet. I de nye helselovene er det vedtatt at alle institusjoner skal foreta lokal registrering av hendelser og komplikasjoner. Men foreløpig mangler det forskrift for denne delen av loven, slik at det er uklart hvordan dette praktisk skal organiseres.

I tillegg til problemene knyttet til registrering av komplikasjoner og resultater, må man også sette søkelyset på hvordan resultatene kan bedres. Man må analysere realitetene bak oppslagene om påstått dårlig kirurgi. Det er innen få felter dokumentert en klar relasjon mellom pasientvolum og kvalitet. Noe av årsaken til dette kan være at de publiserte pasientmaterialer er små, og at det sjelden blir rapportert hvor mange prosedyrer hvert team utfører per år.

Likevel tilsier all fornuft at leger som utfører kompliserte prosedyrer hyppig, vil bli bedre på disse prosedyrene enn de som utfører prosedyrene en til to ganger per år (3).

Større kirurgi dreier seg alltid om teamarbeid, og man må ta i betraktning de totale ressurser sykehuset rår over. I tilknytning til den operative behandling er den preoperative utredning og planlegging samt postoperativ oppfølging krevende. Det blir enklere å forholde seg til kompliserte behandlingsalgoritmer når prosedyrene gjentas hyppig enn når man kun skal gjennom dem en sjelden gang. I tillegg skal man vitenskapelig holde seg oppdatert om den aktuelle sykdom, og dette krever en stadig snevrere spesialisering.

Konklusjonen vedrørende behandling av sjeldne og kompliserte sykdommer må bli en funksjonsdeling mellom sykehus. Dette innebærer ikke nødvendigvis en sentralisering. For gastroenterologisk kirurgi har Norsk kreftplan (4) anbefalt at kreft i spiserør, bukspyttkjertel og lever bør lokaliseres til regionsykehus, mens rectumcancer ikke bør behandles på lavere nivå enn sentralsykehus. Regional kreftplan for Helseregion Vest har i sin utredning lagt opp til å følge de samme retningslinjer (5). Med norsk individualisme kan man likevel gjette seg til at det vil by på problemer å få gjennomslag for slike nye retningslinjer. Behandling av komplekse tilstander antas å gi større prestisje blant kolleger. Noen kirurger har også problemer med å akseptere at de ikke skal fortsette å gjøre de samme prosedyrer som de utførte under utdanning ved et regionsykehus.

I en tid hvor det rettes økende oppmerksomhet mot kvalitet, er det uten tvil pasientens beste som skal settes i høysetet. Dette mål kan for komplekse tilstander nås ved å danne team av dedikerte og velskolerte leger med spesialkompetanse. Leger som sjelden ser slike tilstander, kan gi sitt viktige bidrag til en bedret kvalitet ved å sende pasientene fra seg og dermed hjelpe kolleger til å oppnå tilstrekkelig kompetanse ved at disse får et adekvat volum å arbeide med. Det handler ikke om selv å være dårlig, men om å hjelpe andre til å bli gode.

Asgaut Viste, leder, og Helge Myrvold uttaler seg på vegne av Norsk forening for gastroenterologisk kirurgi.

---

## LITTERATUR

1. Mjåland O, Haarberg G, Holter O. Whipples operasjon ved et sentralsykehus, et 10 års materiale. Oslo: Norsk kirurgisk forenings forhandlinger, høsten 1999: 107.
2. Godal T. Seks av ti måtte opereres på nytt. Dagens Medisin 20.1.2000: 17.
3. Forholdet mellom pasientvolum og behandlingskvalitet. Helsedirektoratets utredningsserie 4 – 93. Oslo: Statens helsetilsyn, 1993.
4. Norges offentlige utredninger. Omsorg og kunnskap. Norsk kreftplan. NOU 1997: 20. Oslo: Statens forvaltningstjeneste, Seksjon statens trykning, 1997.
5. Regional kreftplan for Helseregion Vest. Bergen: Helseregion Vest, Hordaland fylkeskommune, 1999.

---

Publisert: 10. mars 2000. Tidsskr Nor Legeforen.

Opphavsrett: © Tidsskriftet 2026 Lastet ned fra tidsskriftet.no 7. juli 2026.