
Akutt mage- og tarmblødning

REDAKSJONELT

GERNER TI

Er behandlingstilbudet godt nok?

Akutt mage- og tarmblødning er en alvorlig tilstand med mortalitet på vel 10%, med andre ord i samme størrelsesordensom akutt hjerteinfarkt. Tradisjonelt har behandlingen ligget i skjæringspunktet mellom indremedisin og kirurgi. Utviklingen av endoskopisk behandling har medført at de fleste pasientene i dag kan behandles vellykket uten operativt inngrep. Kvaliteten på den endoskopiske undersøkelse og behandling vil derfor være avgjørende for mange pasienter.

Lokale forhold avgjørende

I dette nummer av Tidsskriftet redegjør forfattere fra flere norske sykehus for prinsippene i diagnostikk og behandling (1), og belyser gjennom en spørreundersøkelse den administrative håndtering i Norge i dag (2). Ikke uventet avdekker denne undersøkelsen, som bygger på svar fra 57 av 59 forespurte sykehus, at tilbudet til pasientene er avhengig av lokale forhold ved sykehusene. Bare to av landets sykehus, regionsykehusene iberegnet, har full endoskopisk vaktberedskap på døgnbasis, mens noe over halvparten baserer seg på at kompetent personell kan være tilgjengelig utenom vaktssystemene. Flere små sykehus sender rutinemessig disse pasientene videre til sykehus med større ressurser og kompetanse. Dette tar tid, og kan innebære økt risiko for pasientene.

Vi bør kunne enes om at dette ikke er godt nok, selv om vi erkjenner begrensninger i ressurser og praktisk muligheter. På denne bakgrunn er det med spesiell interesse vi konstaterer at de fleste forespurte avdelinger finner situasjonen "tilfredsstillende" eller "akseptabel ut fra tilgjengelige ressurser". Rett nok må vi leve med begrensede ressurser. Men kan vi akseptere et system som innebærer at pasienter med livstruende mage- og tarmblødning ikke er sikret fagkompetent hjelp om kvelden eller natten? Svaret bør gi seg selv.

Omlegging av sykehusstrukturen

Et nærliggende spørsmål blir derfor: Kan vi, ved å endre organiseringen av sykehusene, forbedre tilbudet på detteområdet? Haffnerutvalgets innstilling (3), som tar for seg organiseringen av spesialisthelsetjenestene i indremedisin og kirurgi, behandler i generelle vendinger problematikken omkring vaktberedskap og kvalitet. Det vektlegges atindremedisinsk og kirurgisk vurdering bør kunne gis umiddelbart (innen 5-10 minutter) ved høy grad av hast, og atpasientene skal sikres kvalifisert vurdering og behandling. For pasientene med livstruende mageblødning innebærer dettekort og godt at kvalifisert endoskopør må være tilgjengelig på svært kort varsel. På de fleste lokalsykehus vil detikke være praktisk mulig å ha slik beredskap. Like innlysende bør det være at regionsykehusene må ha slik beredskap.Hyppigheten av mage- og tarmblødninger, samt graden av hast, tilsier imidlertid at vi ikke kan basere oss påregionalisering av denne pasientgruppen. Fylkene må derfor yte den nødvendige beredskap, som dagens sykehusstrukturikke gir rom for.

Løsningen kan ligge i sentralisering av akutfunksjonene, med samling av ressursene i større enheter, slik at etsentralsykehus i hvert fylke rustes opp til grenspesialisert døgnavtordning, herunder endoskopiberedskap. Denne kaneventuelt skje i samarbeid mellom indremedisinske og kirurgiske avdelinger.

Den faglige målsettingen bør være klar. Begrensninger i ressurser må vi fortsatt leve med. Men vi kan gjøre noe medsykehusstrukturen - hvis vi vil; til pasientenes beste.

Tom Gerner

LITTERATUR

1. Aabakken L, Carlsen E, Nordgård K, Bjerkeset T, Osnes M, Bakka A. Diagnostikk og behandling av gastrointestinale blødningstilstander. Tidsskr Nor Lægeforen 1996; 116: 1683-6.
2. Aabakken L, Carlsen E, Bakka A, Nordgård K, Bjerkeset T, Osnes M. Administrativ håndtering av gastrointestinale blødninger i Norge. Tidsskr Nor Lægeforen 1996; 116: 1688-91.
3. Spesialisttjenester i indremedisin og kirurgi. Del 1 og del 2: Forslag om organisering av oppgavefordeling, undersøkelser, behandling og etterbehandling. Statens helsetilsyns utredningsserie, IK-2467 og IK-2519. Oslo: Statens helsetilsyn, 1995.

Publisert: 30. mai 1996. Tidsskr Nor Legeforen.

© Tidsskrift for Den norske legeforening 2026. Lastet ned fra tidsskriftet.no 7. september 2026.