
Global kirurgi

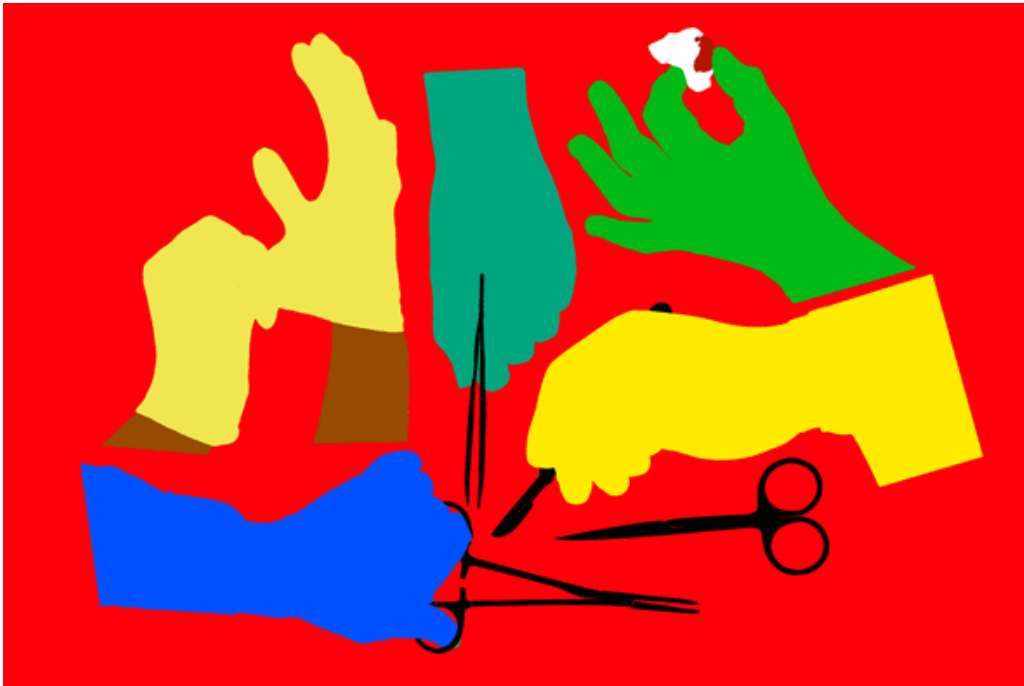
LEDER

HÅKON A. BOLKAN

hakon.a.bolkan@ntnu.no

Håkon A. Bolkan er spesialist i generell kirurgi og i gastroenterologisk kirurgi ved St. Olavs hospital og førsteamanuensis i global helse ved NTNU. Han er grunnlegger og styreleder i CapaCare – en organisasjon som driver kirurgisk opplæring i Sierra Leone og Liberia. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Kirurgi er fortsatt forbeholdt innbyggere i de rikeste landene. Først når de kirurgiske fagmiljøene i vår del av verden bidrar, vil milliarder av mennesker få tilgang til nødvendige operasjoner.



Illustrasjon: Tidsskriftet / Peder Bernhardt

For 15 år siden ble global kirurgi satt på dagsorden med artikkelen «Kirurgi og global helse, utsikten bortenfor operasjonssalen» (1). Bak utgivelsen sto legene Jim Yong Kim, daværende president i Verdensbanken, og nylig avdøde Paul Farmer, grunnleggeren av Partners in Health. Forfatterne beskrev kirurgien som det forsømte stebarnet i global helse, fullstendig utilgjengelig for den fattigste milliarden. Kim og Farmer pekte på flere årsaker til manglende kirurgisk behandling i lavinntektsland, som store personlige kostnader for pasientene og manglende prioritering av sykehusinfrastruktur og kirurgisk opplæring. En like åpenbar mangel på engasjement fra kirurgiske fagmiljøer i vår egen del av verden, med sin kapasitetsoverflod, har bidratt til fraværet av kirurgi på arenaer for global helse.

Global kirurgi kan defineres som praksis, utdanning, forskning og politisk påvirkning som søker å oppnå bedre og likeverdig helse for mennesker med behov for kirurgisk behandling verden over (2). Dette omfatter de kirurgiske spesialitetene, anestesi, perioperativ håndtering og overvåkning samt tilgrensende fag som akuttmedisin, rehabilitering og lindrende behandling. Definisjonen inkluderer alle profesjoner som er nødvendige for å ivareta den kirurgiske pasienten, både operasjonssykepleiere, operatører, anestesipersonell, fysioterapeuter, jordmødre, helseøkonomer og de som planlegger helsetjenester.

Utfordringene er betydelige. En tredjedel av verdens sykdomsbyrde skyldes behov for kirurgisk behandling, medregnet ortopedi, gynekologi og øvrige kirurgiske og anesthesiologiske spesialiteter (3). Årlig utføres 313 millioner kirurgiske inngrep verden over (4). 60 % av operasjonene gjøres i de rikeste landene, der bare 15 % av klodens befolkning holder til (3, 5). Ytterligere 143 millioner operasjoner årlig, i hovedsak i verdens fattigste områder, kreves for å dekke de mest nødvendige helsetjenestene (6). Mangelen på tilgang til nødvendig kirurgi medfører alene 1,5 millioner dødsfall i året. Dette tilsvarer den samlede mortaliteten fra hiv, malaria, multiresistent tuberkulose og svangerskapsrelaterte komplikasjoner (7). Videre er det estimert at 4,2 millioner mennesker dør innen 30 dager etter operasjon, tilsvarende 7,7 % av verdens årlige dødsfall (8). I tillegg dyttes 80 millioner mennesker årlig ut i fattigdom som følge av sine utgifter til nødvendig kirurgi (3).

«60 % av operasjonene gjøres i de rikeste landene, der bare 15 % av klodens befolkning holder til»

I land med de svakeste helsesystemene i Asia og Afrika må antallet helsearbeidere som kan utføre kirurgi, multipliseres med nesten 100 for å dekke de mest basale behovene (5). Å forvente at den som utfører operasjonen skal være utdannet lege, er en luksus flere av de fattigste landene ikke kan unne seg. At annet helsepersonell enn leger trenes opp til å gjøre kirurgi, er svært omstridt, men får økende støtte fra helsemyndigheter og helsepolitikere (3). Å bedre tilgangen til kirurgi for en større andel av verdens befolkning er ikke enkelt. I Sierra Leone økte antallet operasjoner med 15 % over en femårsperiode som følge av flere tiltak fra myndighetene, deriblant et jobbglidningsprosjekt hvor legeassistenter og sykepleiere fikk kirurgisk

opplæring (9). I samme periode økte imidlertid befolkningsveksten med nesten 20 %, slik at kirurgisk kapasitet i forhold til innbyggertall likevel falt. Det er forventet at Afrikas befolkning vil dobles i perioden 2020–50, fra én til to milliarder. Behovet for kirurgi vil også øke betydelig på grunn av en eldre befolkning og et skifte i sykdomspanorama med en økning av ikke-smittsomme sykdommer.

Å bygge opp kirurgiske tjenester er en tidkrevende og kompleks oppgave. I 2020 ga FNs institutt for opplæring og forskning (UNITAR) ut en manual med en generisk oppskrift på hvordan man kan bygge opp kirurgiske tjenester innenfor et eksisterende helsevesen på nasjonalt nivå (10). Manualen understreker viktigheten av å engasjere og inkludere de nødvendige aktørene, fra utøvende helsepersonell til politikere på ministernivå.

For å nå FNs bærekraftsmål om universell tilgang til helsetjenester må global kirurgi videreutvikles. Skal vi lykkes, må de kirurgiske fagmiljøene i vår del av verden engasjere seg klinisk og akademisk. Vi må ha gode samarbeidsprosjekter som involverer kolleger i ressursfattige land som ber om og som er avhengig av hjelp for å bygge opp kirurgiske helsetjenester. Land som Norge har kunnskapen som trengs og muligheten til å bidra. Det er flere eksempler på gode samarbeidsprosjekter med involvering av akademiske og kirurgifaglige organisasjoner som har gitt varige og imponerende resultater (11).

For størsteparten av jordas innbyggere handler det ikke om sofistisert utstyr og teknikk, men om tilgang til skalpell og pinsett i kyndige hender under trygg perioperativ overvåking.

REFERENCES

1. Farmer PE, Kim JY. Surgery and global health: a view from beyond the OR. *World J Surg* 2008; 32: 533–6. [PubMed][CrossRef]
2. Dare AJ, Grimes CE, Gillies R et al. Global surgery: defining an emerging global health field. *Lancet* 2014; 384: 2245–7. [PubMed][CrossRef]
3. Meara JG, Leather AJ, Hagander L et al. Global Surgery 2030: evidence and solutions for achieving health, welfare, and economic development. *Lancet* 2015; 386: 569–624. [PubMed][CrossRef]
4. Weiser TG, Haynes AB, Molina G et al. Size and distribution of the global volume of surgery in 2012. *Bull World Health Organ* 2016; 94: 201–209F. [PubMed][CrossRef]
5. Holmer H, Lantz A, Kunjumen T et al. Global distribution of surgeons, anaesthesiologists, and obstetricians. *Lancet Glob Health* 2015; 3 (Suppl 2): S9–11. [PubMed][CrossRef]
6. Rose J, Weiser TG, Hider P et al. Estimated need for surgery worldwide based on prevalence of diseases: a modelling strategy for the WHO Global Health Estimate. *Lancet Glob Health* 2015; 3 (Suppl 2): S13–20. [PubMed][CrossRef]

7. Mock CN, Donkor P, Gawande A et al. Essential surgery: key messages from Disease Control Priorities, 3rd edition. *Lancet* 2015; 385: 2209–19. [PubMed][CrossRef]
 8. Nepogodiev D, Martin J, Biccard B et al. Global burden of postoperative death. *Lancet* 2019; 393: 401. [PubMed][CrossRef]
 9. Lindheim-Minde B, Gjøra A, Bakker JM et al. Changes in surgical volume, workforce, and productivity in Sierra Leone between 2012 and 2017. *Surgery* 2021; 170: 126–33. [PubMed][CrossRef]
 10. United Nations Institute for Training and Research (UNITAR). National Surgical, Obstetric and Anesthesia Planning Manual. Genève: UNITAR, 2020.
 11. O’Flynn E, Erzingatsian K, Magee D. Operating Together: 12 Years of Collaboration Between RCSI and COSECSA. 2020.
https://www.researchgate.net/publication/349552794_Operating_Together_12_Years_of_Collaboration_Between_RCSI_and_COSECSA Lest
12.10.2022.
-

Publisert: 7. november 2022. Tidsskr Nor Legeforen. DOI: 10.4045/tidsskr.22.0648
Opphavsrett: © Tidsskriftet 2026 Lastet ned fra tidsskriftet.no 3. juli 2026.