

## Ulik behandling av vanlig sykdom

INVITERT KOMMENTAR

TORUNN K. NESTVOLD

torunn.nestvold@gmail.com

Torunn K. Nestvold er ph.d., spesialist i generell kirurgi og i gastroenterologisk kirurgi og overlege ved Kirurgisk klinikk, Nordlandssykehuset Bodø.

Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

**Vi liker å tro at vi alltid følger «nasjonale retningslinjer» i pasientbehandlingen. Uansett hvor man bor i landet, skal alle få tilbud om lik diagnostikk og behandling. Men ved gallesteinsykdom finnes det ingen nasjonal retningslinje.**

Gallesteinsykdom er en av de hyppigst forekommende diagnosene som forårsaker akutt innleggelse ved kirurgisk avdeling og er definert som kolecystitt, gallesteinsutløst pankreatitt, gallegangskonkrementer og/eller galleblærekolikk. I 2024 ble det utført ca. 7 500 kolecystektomier i Norge (1). Likevel mangler nasjonale retningslinjer for utredning og behandling av gallesteinsutløste tilstander. Internasjonalt ser man til de såkalte Tokyo-retningslinjene (2).

Kazaryan og medarbeidere ønsket å kartlegge rutine for behandling av gallesteinsykdom i Norge og utformet og sendte et spørreskjema til 41 sykehus som utfører kolecystektomier. De fikk svar fra 40 av dem, og resultatene publiseres nå i Tidsskriftet (3).

Forfatterne delte sykehusene inn etter antall kolecystektomier (akutte og elektive) i lavvolum (< 50 operasjoner), mellomvolum (50–200) og høyvolum (> 200). 31 av 40 sykehus utførte akutt kolecystektomi. Sykehus som ikke tilbyr akutt kolecystektomi, begrunnet dette med manglende kapasitet for øyeblikkelig hjelp-operasjoner.

Innenfor alle kirurgiske fagområder er volum et stadig tilbakevendende tema (4–6). I Kazaryan og medarbeideres spørreundersøkelse fant man ikke at et lavt operasjonsvolum kunne forklare forskjeller i pasientbehandlingen. Postoperative komplikasjoner eller andre kvalitetsmål ble ikke etterspurt, og studien kan således ikke si noe om kvaliteten på de utførte inngrepene.

Laparoskopisk kolecystektomi i en elektiv setting er et vanlig kirurgisk inngrep å starte med tidlig i spesialistløpet for å få laparoskopisk erfaring i en mester–svennlærings situasjon. Alle leger i spesialisering må gjennom obligatoriske kurs i laparoskopi der kolecystektomi gjennomgås i detalj. Man skulle derfor tro at prosedyren blir gjennomført på samme måte på de fleste sykehus, noe Kazaryan og medarbeidere ikke fant. Det tyder på at klinisk hverdag er erfaringsbasert, og at den enkelte kirurg praktiserer det hen behersker best.

**«Det tyder på at klinisk hverdag er erfaringsbasert, og at den enkelte kirurg praktiserer det hen behersker best»**

Akutt kolecystektomi kan være teknisk krevende, og i undersøkelsen fant man variasjon i valg av metode ved kirurgisk utfordrende inngrep. Dette var uavhengig av volum. Ved lavvolumsykehus har man ikke alltid erfarne kollegaer tilgjengelig. Da er det viktig at man har kirurgiske løsninger som man kan benytte seg av for å komme seg ut av en vanskelig situasjon, spesielt hvis man har kommet så langt at man ikke kan avbryte inngrepet. Man bør derfor tilstrebe å gjøre akutt kolecystektomi på dagtid for å ha tilgang til bistand fra kollegaer og ulike støttefunksjoner om det blir nødvendig.

Kazaryan og medarbeidere beskriver flere forskjeller mellom sykehusene, herunder indikasjon for kolecystektomi, disseksjonsmetode samt bruk av intraoperativ kolangiografi og postoperativ antibiotikabehandling. De fant også forskjeller i behandlingen av gallegangsstein. Her må det bemerkes at sykehus som selv ikke utfører endoskopisk retrograd kolangiopankreatografi (ERCP), henviser for dette til sykehus som har gastrokirurger og/eller gastromedisinere med denne kompetansen.

I Norge har vi mange nasjonale kvalitetsregistre som kan bidra til harmonisering av indikasjonsstillinger og gjennomføring av prosedyrer samt registrering av komplikasjoner, slik at hvert enkelt sykehus kan sammenligne og kvalitetssikre egne resultater med landsgjennomsnittet. Behandling av gallegangsstein kan registreres i Gastronet, som i 2024 hadde en dekningsgrad for ERCP-prosedyrer på 65 % (3 663 av 5 615 prosedyrer) (7). For kolecystektomi har vi ikke et eget kvalitetsregister, men en del sykehus registrerer operasjonene i NORGAST (Nasjonalt kvalitetsregister for gastrokirurgi) under «ikke obligatoriske inngrep» (8). NORGAST kan brukes for kvalitetsarbeid i egen virksomhet for både elektive og akutte operasjoner. Basert på resultatene i undersøkelsen som er gjort, bør sykehusene oppfordres til å gjennomgå egne prosedyrer og rutiner og bruke de tilgjengelige kvalitetsregistrene til å se på egne resultater og sammenligne med landet for øvrig.

**«Basert på resultatene i undersøkelsen som er gjort, bør sykehusene oppfordres til å gjennomgå egne prosedyrer og rutiner og bruke de tilgjengelige kvalitetsregistrene»**

Kazaryan og medarbeideres artikkel gir ny og nyttig informasjon om hvordan pasienter med gallesteinsykdom blir behandlet ved norske sykehus. Den bør kunne gi kollegaer i hele landet inspirasjon til å følge de retningslinjene som er tilgjengelig og ut fra dem lage nasjonale retningslinjer.

---

## LITTERATUR

1. Helsedirektoratet. Infeksjon - postoperative infeksjoner etter fjerning av galleblære (kolecystektomi). [https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/kvalitetsindikatorer/infeksjoner/postoperative-infeksjoner-etter-fjerning-av-galleblære-\(kolecystektomi\)](https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/kvalitetsindikatorer/infeksjoner/postoperative-infeksjoner-etter-fjerning-av-galleblære-(kolecystektomi)) Lest 19.1.2026.
2. Japanese Society of Hepato-Biliary-Pancreatic Surgery. Tokyo Guidelines 2018. [https://www.jshbps.jp/modules/en/index.php?content\\_id=47](https://www.jshbps.jp/modules/en/index.php?content_id=47) Lest 19.1.2026.
3. Kazaryan A, Fasting M, Glomsaker T et al. Behandling av gallesteinsykdom ved sykehus med akuttkirurgisk funksjon. Tidsskr Nor Legeforen 2026; 146. doi: 10.4045/tidsskr.25.0015. [CrossRef]
4. Feliberti EC, Perry RR. Volume as a marker of surgical quality. J Surg Oncol 2007; 96: 539–40. [PubMed][CrossRef]
5. Harrison A. Assessing the relationship between volume and outcome in hospital services: implications for service centralization. Health Serv Manage Res 2012; 25: 1–6. [PubMed][CrossRef]
6. Blohm M, Sandblom G, Enochsson L et al. Relationship between surgical volume and outcomes in elective and acute cholecystectomy: nationwide, observational study. Br J Surg 2023; 110: 353–61. [PubMed][CrossRef]
7. Nasjonalt servicemiljø for medisinske kvalitetsregistre. Gastronet. <https://www.kvalitetsregistre.no/registeroversikt/gastronet/> Lest 19.1.2026.
8. Lassen K, Nymo LS, Havnes K. NORGAST. Norsk register for gastrokirurgi. <https://www.unn.no/498a80/siteassets/documents/kvalitetsregistre/norsk-register-for-gastrokirurgi/registerbeskrivelse-og-brukermanual-norgast-2023.pdf> Lest 19.01.2026.

---

Publisert: 3. februar 2026. Tidsskr Nor Legeforen. DOI: 10.4045/tidsskr.26.0046

Opphavsrett: © Tidsskriftet 2026 Lastet ned fra tidsskriftet.no 11. juli 2026.