

Kirurgi i blinde —kvalitet vi ikke måler og kompetanse vi ikke sikrer

Et strategisk innspill fra kirurg og internasjonal utdanningsleder

Jeg er kirurg ved Universitetssykehuset Nord-Norge i Harstad og Sekretær for utdanning i European Hernia Society (EHS)— en forening som de siste tre årene har utdannet over 250 spesialistkirurger fra hele verden gjennom strukturerte, standardiserte opplæringsløp. Jeg henvender meg til kommisjonen som engasjert kliniker og internasjonal utdanningsleder med fire formål: 1) at reformen sørger for at kostnadene av suboptimal kvalitet synliggjøres 2) at det utvikles nasjonale standarder for kirurgi 3) at strukturert standardisert kompetanseutvikling blir et bærende prinsipp i reformen. 4) at det innføres obligatorisk opptak av alle operasjoner i Norske sykehus.

*"Jeg kan tilgi deg for det som skjedde med meg. Men jeg kan ikke tilgi at det kommer til å skje igjen med en annen pasient."
- Karin Jensen, pasient -*

Kostnaden vi ikke regner

OECD dokumenterte i 2022 at over 15% av sykehusbudsjetter i vestlige helsesystemer brukes på å rette opp feil og komplikasjoner som forekommer under behandling (1) Pasientskader antas å ramme 12-17% av pasienter i norske sykehus (2) Det er velkjent at mer enn 50% av alle uheldige hendelser er forebyggbare. Hos kirurgiske pasienter oppstår majoriteten av de mest alvorlige skadene i den intraoperative fasen. Menneskelig feil og kommunikasjonssvikt på operasjonsstuene er de vanligste årsakene. Norsk pasientskade erstatning (NPE) utbetalte i 2024 1,3 milliarder til norske pasienter. Arianson-utvalgets rapport "Med åpne kort" fra 2015 påpekte at Norge manglet tall for kostnaden av uønskede hendelser. Utvalget viste til svenske estimater hvor man ved å forhindre de forebyggbare uønskede hendelsene kunne spare mellom 6,9 til 8,1 milliarder årlig (3)

«Et helsevesen som ikke måler kostnaden ved dårlig kvalitet, kan heller ikke styre den»

Til tross for denne rapporten har jeg ikke klart å finne et norske sykehus som kvantifiserer de økonomiske konsekvensene av sine komplikasjoner de siste årene. Disse kostnadene går i dag inn i det totale driftsregnskapet. I en tid hvor sykehusene må stramme inn er det paradoksalt at man ikke kvantifiserer kostnadene ved feil i behandlingsskjeden. Når et sykehus ikke kan se mulige besparelser, viser det seg vanskelig å foreta investeringer for å redusere komplikasjonene. Til tross for flere pasientsikkerhetskampanjer har ikke forekomsten av pasientskader falt nevneverdig det siste tiåret – trolig fordi kampanjene ikke har medført de nødvendige system og kulturendringene.

I en ny helsereform bør helseforetakene dokumentere kostnaden ved feil og uønskede hendelser. Dette kan gjøres ved at de regionale kvalitetsavdelingene avgir kvartalsvise rapporter fra komplikasjonsrater, estimerte merkostnader og variasjon mellom avdelingene. Uten denne synligheten kan systemet ikke ta rasjonelle beslutninger om pasientsikkerhets og utdanningsinvesteringer.

Mangel på standarder

Det eksisterer ikke nasjonale standarder for kirurgiske teknikker og nasjonale registre viser stor grad av uønsket variasjon i resultater mellom sykehusene. Dårlig kvalitet er ikke bare dyrt, men det påfører også pasientene store lidelser. I en amerikansk studie fant man at 6,9–11,7 % av pasienter operert av eksperter fikk kroniske post-operative smerter, mens forekomsten hos pasienter som ble operert av ikke-eksperter var opptil fire ganger høyere (18,1–39,4%)(4). Fra norske nasjonale kvalitetsregister vet vi at det er stor variasjon 100 dagers overlevelse etter kreftoperasjoner. Disse registrene gir ikke svar på

årsaken til variasjonen og det er uvisst hvilke varianter av operasjonsteknikkene som benyttes på hver av sykehusene. England iverksatte i 2012 en kliniker styrt nasjonal kampanje «Get it right the first time». Gjennom å sikre nasjonal standardisert evidensbasert behandling er det estimert at NHS sparer 40-60 millioner pund per år i den ortopediske spesialiteten (5). Kampanjen utvides nå til 40 andre spesialiteter.

I en ny helsereform må de kirurgiske fagmiljøene ansvarlig få ansvar for å utvikle nasjonale standarder for de ulike inngrep som utføres i norske sykehus – både for å øke kvaliteten, men også legge til rette for standardisert utdanning. Staten må investere i et slik initiativ slik NHS gjør i UK.

Manglende kompetansesikring

Det er stor variasjon i hvilken utdanning som tilbys på norske sykehus. Utdanning er det første som nedprioriteres under budsjettpress – og det siste som anerkjennes som investering. I utdanningsverktøyet «Kompetanseportalen» beskrives hva en kirurg bør kunne, men vi mangler kvalitetssikring av hva kirurger faktisk behersker. De groveste konsekvensene av dette når med jevne mellomrom forsidene i riksdekkende media. En nylig studie av utdanning i Norge viste at 85 prosent av kirurger under spesialisering ikke mottar strukturerte kompetansevurderinger og at de opplever utdanningen som tilfeldig (6). I Norge har vi generell kirurgi og grenspesialiseringsgodkjenning. Vi har ingen prosedyre spesifikke godkjenninger slik at pasientene kan være trygge på at deres kirurg er godkjent for å utføre deres planlagte operasjon. Vi kan ikke lengre akseptere at pasienter betaler prisen for manglende utdanning og kirurgenes læringskurve. Som senter for bukveggs kirurgi i Nord-Norge får vi hver måned henvist pasienter med store plager etter kirurgi. Slike reoperasjoner er tids og ressurskrevende, og vi kan dessverre ikke garantere gjenopprettet funksjon som resultat.

Med økende kompleksitet i vårt fag, (for eksempel robotkirurgi og mer avansert kikkhullskirurgi) øker også kravene til kvaliteten på utdanningssystemet, ikke bare for leger i spesialisering, men også for overleger som skal lære nye operasjonsmetoder.

I en ny helsereform bør Norsk Kirurgisk Forening ha ansvaret for å utvikle, eie og forvalte strukturerte kvalitetssikrede nasjonale utdanningsløp og kompetansevurderinger. Staten må supportere og finansiere et slikt initiativ.

Manglende kvalitetssikring av kirurgi behandling

En hjørnestein i kvalitetsarbeid er innblikk i prosessene. Likevel er det få norske sykehus som har opptaksutstyr slik at man kan se hva som gjøres på operasjonsstuene. I 2022 fikk UNN Harstad, som del av et innovasjonsprosjekt, utstyr til å ta opp alle operasjonene vi utfører. Disse videoene vært endret kvalitetskulturen i vår avdeling. Vi har blitt mer åpne om utfordringer og feil, vi lærer kollektivt og kan finne årsaken til og lære av komplikasjonene vi dessverre skaper. For brokkkirurgi har videoopptak vært en viktig driver til at vi har klart å forbedre den kirurgiske kvaliteten ved å gå fra tilbakefallsfrekvens på 13% i 2018 til nå 1,7 %. Vi deler våre komplikasjonsvideoer med andre sykehus i vårt nettverk for å hindre at andre gjentar våre feil. Den gunstige effekten på opplæring ved bruk av egne videoer er vel dokumentert (7,8,9)

«Jeg vil ikke filme operasjonene mine – mine overordnede kan kritisere meg»

Obligatorisk videoopptak vil kunne medføre motstand fra deler av det kirurgiske miljøet som vil føle dette som overvåkning. I mitt kvalitetsarbeid har jeg møtt holdninger som «Jeg vil ikke filme operasjonene mine – overordnede kan kritisere meg.» eller «Kirurgi er konkurranse. Å innrømme feil kan skade karrieren min.» Motstanden mot videoopptak skyldes ikke enkeltpersoner, men et system hvor feil tradisjonelt har blitt møtt med skyld fremfor læring. Andre risikobransjer som luftfart, petroleum eller nukleær energi har kvalitetssikret farligste prosesser og skapt læringskulturer for flere ti år siden. Kirurgi trenger den samme kulturelle overgangen. Den bygges med systemdesign, ikke individuelle oppfordringer eller ildsjeler.

I en ny helsereform bør kirurgiske avdelinger pålegges videoopptak av alle operasjoner de utfører. Staten må dekke investeringskostnadene for dette slik at man snarest kan kvalitetssikre den intraoperative delen av behandlingskjeden. Det er viktig at slik videoopptaks primære hensikt er læring, ikke represalier.

Det norske helsevesenet bæres av høyt kompetente og dedikerte fagpersoner, og vi har et solid fundament å bygge videre på. Dette innspillet er derfor ikke en kritikk av det bestående, men en ambisjon om å styrke kvalitet, læring og kompetanseutvikling i en ny helsereform. Systematisk arbeid med kompetanse, standardisering og læring fra komplikasjoner vil forbedrer pasientbehandlingen og reduserer kostnadene. Når vi nå utvikler fremtidens helsetjeneste i Norge, bør målet være tydelig: et system som i størst mulig grad gjør det riktig første gang – til beste for både pasientene og helsetjenesten.

Med respekt og faglig engasjement,

Knut Borch

Kirurg, UNN Harstad

Utdanningssekretær, European Hernia Society

- 1) Slawomirski L et al. *The Economics of Patient Safety: From Analysis to Action*. OECD Health Working Papers No. 145, 2022. DOI: 10.1787/761f2da8-en
- 2) Helsedirektoratet— *Pasientskader i Norge 2021*.
- 3) Arianson-utvalget: Med åpne kort. Norges offentlige utredninger 2015: 11, side 57).
- 4) Lange JF, Meyer VM, Voropai DA, Keus E, Wijsmuller AR, Ploeg RJ, Pierie JP. *The role of surgical expertise with regard to chronic postoperative inguinal pain (CPIP) after Lichtenstein correction of inguinal hernia: a systematic review*. *Hernia*. 2016 Jun;20(3):349-56. doi: 10.1007/s10029-016-1483-9. Epub 2016 Apr 5.
- 5) Andrew N. Duncan, Rob Sayers, *Getting it right first time: what have we learnt?*, Surgery (Oxford), Volume 41, Issue 8, 2023, Pages 489-494, ISSN 0263-9319,
- 6) Skjold-Ødegaard B, Lindeman R-J, Søreide K, Ersdal HL, Braut GS. "Approaches to education and training on how to diagnose and treat acute appendicitis in Norway: a mixed-method study del av Ph.D oppgave Benedicte Skjold-Ødegaard *Surgical training in laparoscopic appendectomy for junior trainees - A structured program, mixed methods and systems perspective januar 2026*).
- 7) Esposito AC, Coppersmith NA, White EM, Yoo PS. "Video Coaching in Surgical Education: Utility, Opportunities, and Barriers to Implementation." *Journal of Surgical Education* 2022;79(3):717–724. DOI: 10.1016/j.jsurg.2021.12.004. PMID: 34972670
- 8) Augestad KM, Butt K, Ignjatovic D, Keller DS, Kiran R. "Video-based coaching in surgical education: a systematic review and meta-analysis." *Surgical Endoscopy* 2020;34(2):521–535. DOI: 10.1007/s00464-019-07265-0. PMID: 31748927

- 9) Birkmeyer JD, Finks JF, O'Reilly A, et al. "Surgical skill and complication rates after bariatric surgery." *New England Journal of Medicine* 2013;369(15):1434–1442.