
Hvordan oppnå bedre resultater ved akutt bukkirurgi?

LEDER

BENEDICTE SKJOLD-ØDEGAARD

benedicte.skjold-odegaard@helse-fonna.no

Benedicte Skjold-Ødegaard er overlege i generell kirurgi og i gastroenterologisk kirurgi ved Kirurgisk avdeling, Helse Fonna, Haugesund. Hun er seniorrådgiver i InterRegSim og ph.d.-stipendiat ved Universitetet i Stavanger.

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

Kunnskap om hva som reduserer mortaliteten ved akutt laparotomi, må omsettes i praksis.

Akutt laparotomi er et hyppig utført akuttkirurgisk inngrep forbundet med betydelig morbiditet og mortalitet. I Tidsskriftet presenterer nå Wangen og medarbeidere et materiale med 939 pasienter operert med akutt laparotomi ved St. Olavs hospital. De fant en 30 dagers mortalitet på 8,2 %, stigende til det dobbelte (16,6 %) hos pasienter over 80 år.

Det er en internasjonalt økende bevissthet rundt høy mortalitet ved akutt bukkirurgi [\(1\)](#), og flere større og mindre forsknings- og kvalitetsforbedringsprosjekter har hatt som mål å redusere denne mortaliteten. I en prospektivt kontrollert studie fra Danmark fant man betydelig reduksjon i 30 dagers mortalitet etter innføring av en standardisert og multidisciplinær perioperativ protokoll [\(2\)](#). Tilsvarende resultater finnes fra andre studier. Blant kvalitetsforbedringstiltakene som er innført, er preoperativ risikovurdering, økt involvering av spesialister i gastroenterologisk kirurgi og anesthesiologi, redusert tid før igangsetting av operasjonen samt økt bruk av intensivavdeling postoperativt.

I Storbritannia ble det innført et nasjonalt kvalitetsforbedringsprogram for akutt bukkirurgi med innføring av hele 37 intervensjoner [\(3\)](#). Over 15 000 pasienter ble inkludert i en klyngerandomisert studie som pågikk i nærmere to år. Man fant ingen endring i mortalitet etter innføring av dette komplekse

kvalitetsforbedringsprogrammet. Imidlertid var implementeringen av programmet betydelig mer komplisert enn forventet (3). Forfatterne konkluderer med at fremtidige kvalitetsforbedringsprosjekter bør inneholde færre endringer og sikre at personalet har tilstrekkelig tid og ressurser til implementering. Også Tengberg og medforfattere peker i sin studie fra Danmark på hvordan implementering av slike program er essensielt i arbeidet med å forbedre pasientutfall etter kirurgi (2).

«Det eksisterer fortsatt et stort og betydningsfullt gap i moderne medisin – gapet mellom hva vi vet og hva vi gjør»

Begrepet *evidensbasert medisin* har sin filosofiske opprinnelse fra Paris på midten av 1800-tallet, men først på begynnelsen av 1990-tallet våknet interessen for alvor i de medisinske fagmiljøene. En av de mest brukte definisjonene ble introdusert av Sackett og medarbeidere i 1996, som kalte det «bevisst, eksplisitt og skjønnsom bruk av beste tilgjengelige evidens i beslutninger om individuelle pasienters helse» (4). I fagmiljøene er det bred aksept for at evidens fra forskningen, sammen med klinisk ekspertise og pasientens rett til samvalg, skal danne grunnlaget for avgjørelser om den enkelte pasient. Imidlertid eksisterer det fortsatt et stort og betydningsfullt gap i moderne medisin – gapet mellom hva vi *vet* og hva vi *gjør*, også kalt implementeringsgapet.

Størstedelen av ressursene innenfor forskning går fortsatt til basalforskning og klinisk forskning (5). Skal vi ha fullt utbytte av vitenen som fremskaffes ved denne forskningen, må vi se på utfordringene som ligger i å kartlegge hvordan man implementerer kunnskapen. Det tar gjennomsnittlig 17 år før 14 % av ny evidensbasert kunnskap kommer pasientene til gode (6), og mindre enn 50 % av kliniske innovasjoner blir implementert i praksis (7).

Implementeringsforskning er tett knyttet opp mot kvalitetsforbedring i helsetjenesten. Uønskede hendelser er fortsatt vanlige ved norske sykehus, og i 2021 forekom pasientskade ved 12,8 % av alle innleggelser i somatiske avdelinger (8). I Wangen og medarbeideres arbeid gjør man en viktig evaluering av egne resultater og måler disse mot internasjonale resultater. På denne måten kan man, som forfatterne skriver, «identifisere områder som man kan jobbe med». De peker også på viktigheten av å gjennomgå og diskutere resultater og bruke disse som grunnlag for å iverksette tiltak.

Å lære av det man selv gjør og måle seg mot andres resultater er essensielt for å bedre kvalitet og skaffe grunnlag for valg av riktig behandling. Aktiv bruk av normsammenligning (*benchmarking*) er nyttig for å kartlegge de helsetjenestene vi tilbyr og for å se variasjoner i praksisen (9). Det er nedfelt i pasientrettighetsloven at alle i Norge skal ha lik tilgang på tjenester av god kvalitet uavhengig av hvor man bor (10). Ved å bruke data fra det vi gjør, kan vi sikre at både ny og eksisterende viten kommer pasientene raskere til gode, og vi kan nå målet om rett behandling til rett pasient til rett tid.

REFERENCES

1. Huddart S, Peden CJ, Swart M et al. Use of a pathway quality improvement care bundle to reduce mortality after emergency laparotomy. *Br J Surg* 2015; 102: 57–66. [PubMed][CrossRef]
2. Tengberg LT, Bay-Nielsen M, Bisgaard T et al. Multidisciplinary perioperative protocol in patients undergoing acute high-risk abdominal surgery. *Br J Surg* 2017; 104: 463–71. [PubMed][CrossRef]
3. Peden CJ, Stephens T, Martin G et al. Effectiveness of a national quality improvement programme to improve survival after emergency abdominal surgery (EPOCH): a stepped-wedge cluster-randomised trial. *Lancet* 2019; 393: 2213–21. [PubMed][CrossRef]
4. Sackett DL, Rosenberg WM, Gray JA et al. Evidence based medicine: what it is and what it isn't. *BMJ* 1996; 312: 71–2. [PubMed][CrossRef]
5. Flottorp SA, Aakhus E. Implementation research: science for improving practice. *Nor J Epidemiol* 2013; 23: 187–96.
6. Munro CL, Savel RH. Narrowing the 17-Year Research to Practice Gap. *Am J Crit Care* 2016; 25: 194–6. [PubMed][CrossRef]
7. Bauer MS, Kirchner J. Implementation science: What is it and why should I care? *Psychiatry Res* 2020; 283: 112376. [PubMed][CrossRef]
8. Helsedirektoratet. Pasientskader i Norge 2021 målt med Global Trigger Tool. https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/pasientskader-i-norge-2021-malt-med-global-trigger-tool/vedlegg/Pasientskader%20i%20Norge%202021%20-%20m%C3%A5lt%20med%20Global%20Trigger%20Tool.pdf/_/attachment/inline/84602bb9-e12f-4360-8edb-6c1105f915fo:d71e0739d43ead17a7c7ac4d6bf2cab1d25d154a/Pasientskader%20i%20Norge%202021%20-%20m%C3%A5lt%20med%20Global%20Trigger%20Tool.pdf Lest 21.3.2023.
9. Håheim LL, Lindahl AK. Helsetjenesteforskning og helsetjenestens kvalitet. *Tidsskr Nor Legeforen* 2017; 137: 438–40. [PubMed][CrossRef]
10. Lov om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven). <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63> Lest 21.3.2023.

Publisert: 12. april 2023. *Tidsskr Nor Legeforen*. DOI: 10.4045/tidsskr.23.0212
Opphavsrett: © Tidsskriftet 2026 Lastet ned fra tidsskriftet.no 20. mars 2026.