

En moderne, optimalisert perioperativ behandling er i dag et kirurgisk domene. Hvis anestesilegene deltok i hele forløpet, ville kompetansen heves i begge faggrupper

Hvor ble det av anestesilegene?

■ Kirurgene håndterte anestesi i hundre år etter oppdagelsen av eter i 1846. Først omkring den annen verdenskrig dukket den moderne anestesilegen opp, og i 1950 kunne norske anestesileger fortsatt telles på én hånd (1). Anestesispesialiteten er utviklet og formet i pilotenes, oljeingeniørenes og sikkerhetsrutinenes tid. Kirurgien er en hybrid av tradisjonell medisin og mesterfag der 120 år gamle operasjoner fortsatt nedlæres til nye generasjoner. Det er sannsynlig at dette påvirker oss. Vi husker felles morgenmøter for kirurgene og anestesilegene. De er blitt borte. En gang var vi alle kirurger, nå er avstanden stor.

Anestesi muliggjør kirurgi, og har i sin essens heller ingen annen oppgave. Store medisinske fremskritt overskygger diskret at dette er et skjebnefellesskap med alle fasetter slike forhold gjerne har. Søkelys på selve operasjonen gir også et feilaktig inntrykk av to sidestilte behandlingsgrupper som sammen har ansvaret for pasienten. Dette har aldri vært mindre korrekt enn i dag. De langt fleste kirurgiske behandlinger er bare en brikke i en flerfaglig innsats. Anestesilegen er en nødvendig brikke, slik kirurgen er det, og radiologen, patologen, indremedisineren osv. Men kirurgen alene er den pasientansvarlige lege både etter forskriften og i pasientens og pårørendes øyne. Bare kirurgen har det totale ansvar for pasienten fra sykdommen mistenkes og utredes til behandlingen avsluttes, vellykket eller ikke. Ingenting preger relasjonen mellom kirurgen og andre behandlere mer enn det. Pasientansvar kan ikke deles, men langsgående deltakelse fra en pasienttilknyttet anestesilege vil styrke kompetansen i behandlingsteamet.

Vi tilbyr tung kirurgi til stadig eldre og stadig sykere pasienter, og tradisjonelt slutter anestesilegens formelle deltakelse når pasienten flyttes til sengepost, selv om operativ behandling verken begynner eller slutter på operasjonsstuen. Det er kirurgene som diagnostiserer og behandler smerte, væske- og elektrolyttforstyrrelser og sviktende sirkulasjon. Dette er et paradoks. Selvfølgelig skal kirurgene beherske disse problemene i den postoperative fasen, det er en del av kirurgien (2), men dette er likefullt helt sentrale områder i en anestesileges spesialkompetanse. Denne ekspertisen brukes bare unntaksvis før pasienten er så dårlig at eventuell overflytting til en intensivavdeling er påkrevd. Forsøk med lavere terskel for tilkalling av anestesipersonell til sengepost, versus tradisjonelle «stans-team», har gitt positive resultater (3), og positive erfaringer er også høstet av anestesilegedeltakelse på postoperative intermedieæravsnitt. Men ingen av disse løsningene bidrar med noe langsiktig perspektiv på hvordan anestesilegens kompetanse kan brukes i hele pasientforløpet, ei heller på hvordan kompetansen kan heves i det kirurgiske miljøet.

Moderne perioperativ behandling stiller også større krav til samarbeid og visker ut grensen mellom de to yrkesgruppene domener. Eksempelvis er en moderne, balansert væskebehandling under, og rett etter operasjon, ressurskrevende og avhengig av at neste ledd i kjeden utnytter gevinsten. Hvis trykklabilitet på sengepost behandles med store doser vann og salt og pasienten ikke spiser eller mobiliseres, er anestesipersonellets innsats ganske bortkastet. Dette slår naturligvis begge veier. På samme tid er postoperativ monitorering blitt mer komplekst. Vurdering av halsvenefylde vikler for dopplere i lommeformat, og sannheter om væskebehandling er ikke lenger sannheter. Igjen er anestesilegen ekspert på et pro-

blem som ikke forsvinner når pasienten flyttes til sengepost. Og utfordringene preges av perspektivet: der én ser, og behandler, et systolisk trykk på 70 mm Hg og lav diurese, ser en annen sviktende vevsoksygenering i en seks timer gammel anastomose. Det er en åpenbar plass for anestesilegen mye lenger inn i den kirurgiske hverdagen; i planlegging av operativ behandling, og langt ut i det postoperative forløp. Ikke som konsulent, men som en som deler perspektiv med, eller er en del av, det faste behandlerende teamet: den opererende avdelingen. Det vil heve kompetansen i begge faggruppene.

Den tradisjonelle og fremherskende avdelingsstruktur konsoliderer en kunstig avstand mellom anestesilegen og den eller de kirurgene som har totalansvaret for pasientens behandling. Men anestesilegene kan selv bestemme om de vil bruke sin ekspertise i en konsulentrolle, med avgjørende bidrag i avgrensede øyeblikk, eller delta som pasientansvarlige leger i hele behandlingen. De besitter en kompetanse som i dag nærmest utelukkende er forbeholdt det operative døgnet, og på tross av fremskrittene er dette en mindre del av pasientbehandlingen enn det var. Hvis lysten begrenses av en kirurgisk kultur anestesilegene føler seg fremmed i, har vi en jobb foran oss – alle sammen.

Det er en mannsalder siden anestesilegene forlot det kirurgiske kollegiet, og de har ikke sett seg tilbake. De har bygd sitt eget fag; ingen skal fortenke dem i det. Men de har bygd det langt borte, og avstand preger som kjent perspektivet, fra begge hold. Nå trenger vi en felles forskningsinnsats om det som er en felles utfordring. Og enda viktigere: Begge fag trenger en utdanning og organisering for fremtiden som erkjenner at moderne perioperativ behandling er en spesialitetsovergripende utfordring som aktører fra begge leire må beherske, og ta ansvar for.

Kristoffer Lassen
kristoffer.lassen@unn.no

.....
Kristoffer Lassen (f. 1964) er overlege ved Avdeling for gastroenterologisk kirurgi ved Universitetssykehuset Nord-Norge.
.....

Oppgitte interessekonflikter: Ingen

Litteratur

1. Strømskag KE. Et fag på søyler: Anestesiens historie i Norge. Oslo: Tano Aschehoug, 1999.
2. Lassen K, Soop M, Nygren J et al. Consensus review of optimal perioperative care in colorectal surgery. Arch Surg 2009; 144: 961–9.
3. Konrad D, Jaderling G, Bell M et al. Reducing in-hospital cardiac arrests and hospital mortality by introducing a medical emergency team. Intensive Care Med 2010; 36: 100–6.