

Foreslås inn i kapittel 3, ev under 3.7

Utviklingstrekk innen kirurgisk behandling

Spesialisering av oppgaver

Utviklingen innen kirurgisk behandling går mot mer teknisk krevende kirurgi som gir mindre vevsødeleggelse og traumatisering, og som også gir muligheter for kirurgi der dette tidligere ikke var mulig. Utviklingen innen kreftkirurgi med sentralisering av stadig flere prosedyrer er et uttrykk for dette. Denne utviklingen krever større volum i form av antall operasjoner per kirurg for å oppnå tilstrekkelig kompetanse. I tillegg vil krav til strukturert opplæring og veiledning i ny spesialistutdanning også forsterke kravet om høyt volum på inngrep på det enkelte sykehus.

Kirurgisk behandling har endret seg fra fokus på den «enslige» kirurg til behov for avanserte støttefunksjoner og spesialkompetanse innen anestesi, intensivmedisin, radiologi og behov for utredning fra bl. a. kardiolog, lungemedisiner og geriater. Dette vil trekke utviklingen i retning av at kirurgisk behandling sentraliseres til «komplette» sykehus. Kostnad ved drift av høyteknologisk virksomhet vil også være en kraftig driver for økt sentralisering.

Multimodal/tverrfaglig behandling

Kirurgisk behandling er avhengig av mange støttefunksjoner som angitt over. Det er også stadig oftere del en behandlingsseksens som i tillegg til kirurgi kan bestå av radiologistøttet intervensjon, intraoperativ kjemoterapi og lokal radioterapi. Større reseksjoner krever ofte støtte fra plastikk-kirurg for rekonstruksjon av bløtvev. For å kunne utrede og velge optimal behandling må alle involverte spesialiteter være med i vurdering og tverrfaglig utredning med multidisiplinære møter og samarbeid vil også fremover være viktig. Utfordringen er tidsbruk og tilstedeværelse samtidig, det er å håpe at teknologisk utvikling vil kunne gjøre dette enklere og mindre ressurskrevende enn i dag.

Utvikling av operasjonsstuer

Operasjonsstuene har gjennomgått lite endring gjennom det 20. århundret. Vi ser nå starten av en utvikling fra «enkle» operasjonsstuer mot teknisk avanserte «intervensjonsstuer» med integrert utstyr innen overvåkning, bilde og radiologi. Utstyrsutviklingen innen disse fagområdene går stadig raskere og for å tilby oppdatert behandling vil det være økende krav til utstyr og også behov for økt utskiftingstakt. Dette vil øke utstyrs- og investeringskonstadene og drift større deler av døgnet vil være nødvendig for å utnytte investeringen.

Mini-invasiv kirurgi

Utviklingen innen mini-invasiv kirurgi er allerede kommet langt og må forventes å fortsette, både med reduksjon av det kirurgiske traumet og for å oppnå bedre kosmetisk resultat etter kirurgi.

Robotassistert kirurgi og teknologiske «støtte»funksjoner

Robotassistert laparoskopisk kirurgi vil i årene fremover overta for mye av dagens mini-invasive kirurgi. Den teknologiske utviklingen innen kirurgi vil foregå med robot-plattform som basis. Med flere aktører på markedet er det også å forvente både et større utvalg av robot-teknologi og mest sannsynlig en lavere pris som følge av konkurranse. Posisjoneringssystemer er i dag i bruk hovedsakelig innen ortopedi, men vil forventes å få økende utbredelse også innen andre områder. Vi ser en rivende utvikling i bildedannende utstyr med stadige forbedringer i oppløsning og virkelighetsoppfatning (4k, 3-D, Virtual Reality).



Sengebehov

Tyngre pasientgrupper grunnet sentralisering vil mer enn oppveie kortere liggetid, effekten av kortere liggetid i stor grad allerede tatt ut innen mange kirurgiske områder. Håndtering av alvorlige komplikasjoner med behov for spesialisert intensivbehandling vil gi flere tunge pasienter til OUS som regionsykehus, disse vil også ha behov for reoperasjoner og intervensjonsprosedyrer.

Finansiering av utstyrskrevede kirurgi

Som angitt over vil utviklingen innen store deler av kirurgiske fag være nært knyttet til teknologisk utvikling og dermed investering i utstyr. Disse pasientgruppene har samme krav på behandling på høyt nivå som pasienter med sykdommer hvor kostnaden kommer per pasient, for eksempel nye kreftmedikamenter. Dagens system for finansiering tilsier at midler til investering kommer som en konsekvens av drift, og medikamentutgiftenes del av drift stiger kraftig. Dersom denne utviklingen fortsetter, vil det gi en skjevfordeling i behandlingstilbud der behandling som er avhengig av utstyrsinvesteringer, blir skadelidende. Det må derfor gjøres en endring i budsjettprosessene som sikrer at også disse pasientgruppene får være med i front av den medisinske utviklingen.