
Videnskabelig Leder

Ugeskr Læger 2020;182:V205054

COVID-19-pandemien og planlægning af kirurgi i Danmark

Jacob Rosenberg

Ugeskr Læger 2020;182:V205054

Det er estimeret, at 28 millioner elektive operationer på verdensplan blev aflyst i de 12 værste uger af pandemien i foråret 2020, det svarer til 72,3% af al elektiv kirurgi [1]. Dette skyldtes overvejende, at hospitalerne omstrukturerede deres funktioner for at kunne tage imod mange inficerede patienter til medicinsk behandling. Imidlertid har patienter givetvis også fravalgt udredning og behandling for ikke selv at blive smittet med coronavirus disease 2019 (COVID-19) på sygehuset [2]. Dette har potentielt vidtrækkende konsekvenser, idet sygdomme kan opdages for sent, og den forsinkede behandling kan medføre et dårligere resultat for patienten og ultimativt reduceret overlevelse. I kirurgien diskuterer man nu flere steder pukkelfavikling med elektive operationer uden for normal arbejdstid og øget brug af privathospitaler. Vi er måske nu på vej ind i en anden bølge af pandemien, og vi må derfor kritisk vurdere organiseringen af den elektive kirurgi for at undgå yderligere ophobning af operationer.

Det har været diskuteret, om man skulle undgå laparoskopisk kirurgi og abdominal robotkirurgi til fordel for flere åbne operationer i den tro, at pneumoperitoneum skulle udgøre en særlig risiko for spredning af sygdommen til personalet på operationsstuen. Dette har afstedkommet en række nationale anbefalinger med varierende indhold, idet evidensen bag sådanne anbefalinger ikke er til stede [3]. Det er således aldrig påvist, at kirurgisk røg kan indeholde COVID-19-viruspartikler [4], og i retningslinjer fra de amerikanske og europæiske selskaber for laparoskopisk kirurgi påpeges nu, at laparoskopisk kirurgi kan foretrækkes, idet man herved udnytter de velkendte fordele ved den minimalt invasive kirurgi i forhold til de åbne operationer [5]. Man anbefaler konkret, at et minimum antal personer er til stede på operationsstuen, at alt personale skal bære personlige værnemidler, at udskyde ikkenødvendig kirurgi i perioder med højt smittetryk og at reducere fysisk kontakt mellem patient og personale for eksempel ved brug af videokonsultationer. Endelig anbefales det, ligesom i Danmark, at alle patienter bliver testet for COVID-19 før operation.

Det kan dog undre, at vi kræver test af patienterne, men ikke af personalet. Vi skal selvfølgelig passe på vores personale på sygehusene ved at undgå, at patienter medbringer COVID-19, når de kommer til os. Det bør dog også gå den anden vej, så vi beskytter patienten mod smitte fra

personalet. Der er tiltagende krav om brug af mundbind i det offentlige rum, og det opleves nu også på sygehusene.

For at beskytte både patienter og personale og i øvrigt for at gøre plads til indlæggelser af inficerede patienter til medicinsk behandling er det vigtigt at stile mod at holde de kirurgiske patienter ude af sygehusene i så stor udstrækning, som det er lægefagligt forsvarligt. Vi har gennem foråret fået en række erfaringer med telemedicin, og hvis vi kombinerer dette med Danmarks verdensledende plads inden for udvikling af optimerede forløb efter kirurgi (fast track surgery), vil vi formentlig kunne gennemføre mange flere elektive operationer som ambulante indgreb med efterfølgende opfølgning med telemedicinske løsninger.

En samlet strategi for at undgå en ny pukkel af elektive operationer kunne således bestå af præoperativ test af alle patienter for COVID-19, rutinemæssig test af personalet, værnemidler til både patienter og personale, udbredt brug af minimalt invasiv kirurgi, fokus på optimerede forløb (fast track) og indførelse af telemedicin til stuegang efter operationen hos patienterne hjemme i deres egen stue sammen med en oprustet hjemmepleje. For at en sådan plan skal lykkes, skal vi fra sygehusene (regionerne) i større udstrækning række ud til primærsektoren, og det såkaldte kommunale sundhedsvæsen skal have et tiltrængt løft. Nye tiltag drives ofte af nød, og dette kunne måske være starten på en ny æra inden for kirurgien.

KORRESPONDANCE: *Jacob Rosenberg*, Center for Perioperative Optimering, Afdeling for Mave-, Tarm- og Leversygdomme, Herlev-Gentofte Hospital. E-mail: jacob.rosenberg@regionh.dk

INTERESSEKONFLIKTER: ingen. Forfatterens ICMJE-formular er tilgængelig sammen med lederen på jacob.rosenberg@regionh.dk og [Ugeskriftet.dk](http://ugeskriftet.dk)

LITTERATUR

1. COVIDSurg Collaborative. Elective surgery cancellations due to the COVID-19 pandemic: global predictive modelling to inform surgical recovery plans. *Br J Surg* 2020 (i trykken).
2. <https://nyheder.tv2.dk/samfund/2020-05-12-faerre-gar-til-screening-for-brystkraeft-under-coronakrisen> (19. sep 2020).
3. Mintz Y, Arezzo A, Boni L et al. Minimally invasive surgery is the key to patient and operating room team safety during the COVID19 pandemic as well as in the "new normal" or chronic pandemic state to come. *Br J Surg* 2020 (i trykken).
4. Mintz Y, Arezzo A, Boni L et al. The risk of COVID-19 transmission by laparoscopic smoke may be lower than for laparotomy: a narrative review. *Surg Endosc* 2020;34:3298-305.
5. Francis N, Dort J, Cho E et al. SAGES and EAES recommendations for minimally invasive surgery during COVID-19 pandemic. *Surg Endosc* 2020;34:2327-31.