
Kortvårdskirurgi

TOM SCHEININ

I det moderna samhället bör även den medicinska vården effektivieras. Detta krav kommer från båda uppdragsgivarna, d.v.s. samhället som vill spara pengar och patienterna som naturligtvis snarast möjligt vill återgå till arbete och vardagsliv. Olika metoder har utvecklats för att uppnå detta utan att samtidigt öka riskerna för patienten, kostnaderna för samhället och utan att rubba på de medicinska operationsindikationerna och behandlingsprinciperna. Redan tidigare har dag- och kortvårdskirurgi tagits i bruk för friskare patienter, och sedan 2000-talets början har vårdtiderna förkortats även för patienter med sämre allmäntillstånd samt efter större operationer med hjälp av s.k. fast track-behandlingsprogram.

Inledning

Under det senaste decenniet har den kirurgiska tekniken, de anestesilogiska metoderna och den perioperativa vården gått mycket framåt. Ännu för hundra år sedan sköttes en kirurgisk patient i medeltal två månader på sjukhus (1). Samtidigt som allt äldre patienter kan opereras, har allt fler olika kirurgiska ingrepp tagits i bruk och kraven på kvalitet har ökat. För att samhällets kostnader ändå skall hållas inom rimliga gränser, måste man förutom resultaten även beakta effektivitet och kostnader.

För att förkorta vårdtiderna har det utvecklats olika vårdmodeller och processer som är fördelaktiga från ekonomisk synpunkt. Medicinalstyrelsens betänkande från 1990 beskrev både dagkirurgi och kortvårdskirurgi (2). År 2000 togs dessutom i Finland i bruk en metod enligt vilken patienten kommer till operationen direkt hemifrån (LEIKO), och år 2005 inleddes fast track-kirurgi, d.v.s. en metod som betonar snabb återhämtning efter operationen. Enligt de två förstnämnda systemen är vårdtiden begränsad (24 res-

pektive 72 timmar) medan tiden på sjukhus i de två senare förkortas samtidigt som man omsorgsfullt beaktar patientens behov och förväntningar.

Definitioner

1. Dag- och kortvårdskirurgi

Med dagkirurgi avses en vårdperiod i vilken patienten kommer till sjukhuset, opereras och utskrivs samma dag. Det är i alla fall ett kirurgiskt ingrepp utfört i operationssal med intravenös sedation, lokalbedövning eller narkos. Dagkirurgin har ett brett spektrum, de vanligaste ingreppen är ögon- och öronoperationer, gynekologiska ingrepp, bräckkirurgi och ortopediska ingrepp med bl.a. endoskopering av olika leder. För att inte överskrida tidsgränsen måste både patienterna och de planerade ingreppen vara lämpade för dagkirurgi. Således ingår t.ex. jouroperationer inte i dagkirurgin. Av de 367 166 elektiva kirurgiska operationerna som ägde rum i Finland 2004 kunde 49 procent definieras som dagkirurgi medan motsvarande procent 1997 var endast 36 procent (3).

Vid kortvårdskirurgi utskrivs patienten efter 1–3 dygn, vilket ju nu för tiden ofta är den vanliga behandlingstiden vid de flesta elektiva operationer.

2. Till operation direkt hemifrån (LEIKO)

Ett system där patienten kommer till operation direkt hemifrån kräver en mottagningsenhet där operationssalen är närbelägen. Vid denna

FÖRFATTAREN

MKD **Tom Scheinin** verkar som klinisk läkare och specialistläkare på Kirurgiska sjukhuset, HUCS. Han är docent i kirurgi vid Helsingfors universitet samt specialist i kirurgi- och gastroenterologisk kirurgi.

enhet förbereds patienten för operationen, här möter patienten kirurgen och anestesiolagen och härifrån förs patienten till operationsalen utan att ha besökt någon bäddavdelning. De flesta dagkirurgiska patienter utskrivs från samma enhet medan en del patienter förs till en bäddavdelning för fortsatt vård enligt sedvanlig praxis. Systemet lämpar sig således för de flesta patienter och vid olika operationer. Direkt från hemmet kan man även sköta de jourpatienter som väntar på operation hemma, den s.k. gröna linjens patienter. En dylik intagning via en mottagningsenhet anses fungera effektivare än den traditionella via bäddavdelning (4, 5).

3. Fast track-kirurgi

Fast track-kirurgi omfattar i princip alla olika ingrepp, både laparoskopiskt utförd och öppen kirurgi. Idén med denna kirurgi är att med beprövade, vetenskapligt undersökta behandlingsmetoder (evidensbaserad medicin, EBM) skapa ett vårdprogram enligt vilket vårdtiden kan förkortas (6, 7). I praktiken kan metoden användas i nästan all kirurgi om processen planeras med hänsyn till patientens sjukdomar och ingreppets art. Till exempel vid kolorektal kirurgi har man kunnat påvisa 17 delfaktorer, med vilka tillfrisknandet märkbart kan påskyndas (8). Tekniskt sett skiljer sig inte fast track-kirurgin mycket från traditionell kirurgi, men faktorer som negativt påverkar mobiliseringen av patienten undviks såvida det är möjligt. Hit hör bl.a. smärta och illamående samt slangar av olika slag (8). Vid fast track-kirurgi bör tekniken vara minimalinvasiv, och om öppen kirurgi krävs, bör böjda eller tvärgående snitt användas, då de är mindre smärtsamma än t.ex. medellinjensnitt. Laparoskopisk kirurgi passar givetvis bra för fast track-kirurgin, då snitten är små och blödningen liten. Även den postoperativa smärtan är mindre och patienterna mår bättre efter laparoskopisk kirurgi (9). Patienter kan ofta inte hemförlovas på grund av tarmparalys och medföljande illamående. Man bör därför i narkosen och den postoperativa smärtbehandlingen undvika alla läkemedel som förlamar tarmen, framförallt opiater (7). Vid större operationer som kolorektalkirurgi rekommenderas epiduralanestesi med bedövningsmedel (7). Patienten kan mobiliseras (d.v.s. sitta och även promenera) redan operationsdagen, urinkatetern avlägsnas följande dag och epiduralkatetern den andra postoperativa dagen då patienten i bästa fall kan åka hem (8). Före hemfärden bör patienten

kunna äta, dricka, klara sig med peroral smärtlindring, urinera och ha fungerande tarm. Framför allt bör även patienten vara av åsikten att det går att reda sig hemma. Flera undersökningar har visat inbesparingar när man använder fast track-program i och med att morbiditeten minskar och vårdtiderna samt konvalescensen förkortas (7).

Valet av patient

Förutsättningen för kortvårdskirurgi är att valet av patienter är det rätta (10). Det ställer krav inte bara på den vårdande kirurgen utan speciellt på anestesiläkaren som i mycket högre grad än tidigare är involverad i den perioperativa vården (11). Valet kan göras utgående från en detaljerad remiss, men för det mesta kallas patienten till mottagning. En förhandsutfrågning görs per telefon eller per post med ett frågeformulär. Operationens svårighetsgrad och risken för komplikationer tas i betraktande när patientens allmäntillstånd och morbiditet bedöms och tidpunkten för operationen bestäms. Urvalet och kraven på patienten beror även på de lokala förhållandena vid sjukhuset, men för dagkirurgi är kraven givetvis strängare än för kortvårdskirurgi.

Dagkirurgi anses allmänt inte lämpa sig för patienter för vilka det planeras stora abdominala eller intrathorakala ingrepp utom vid laparoskopiska operationer och vid bräckoperationer. Om det anses troligt att transfusion kommer att behövas, bör man avhålla sig från dagkirurgi. Hög ålder och allmän sjukdom utgör inte i sig ett hinder för dagkirurgi förutsatt att sjukdomen har skötts och patientens tillstånd är stabilt. Kontraindikationer för dagkirurgi är bl.a. nedsatt kardiorespiratorisk funktion, komplicerad insulinbehandlad diabetes, obesitas (BMI över 30 om det därtill finns andra sjukdomar eller över 35 om patienten för övrigt är frisk) samt akut alkohol- eller narkotikamissbruk. Psykosociala orsaker kan även utgöra en begränsning. Psykiska sjukdomar, där det är möjligt att patienten inte förstår eller följer givna föreskrifter eller syn- och hörselskador som försvårar patientens möjlighet att klara sig hemma vid en problemsituation, liksom även språksvårigheter, kan utgöra kontraindikationer för dagkirurgi. En grundförutsättning är även närvaron av en pålitlig följeslagare för hemresan och givetvis att patienten godkänner dagkirurgi.

Om patienten skall komma direkt från hemmet till operation, påverkas valet av pa-

tient av huruvida det är fråga om dagkirurgi, kortvårdskirurgi eller ingrepp som kräver en längre tids vård. Även sjukhusets faciliteter (jour, intensivvårdsmöjlighet m.m.) inverkar på valet av patienter för fast track-kirurgi.

Patientinstruktion

Till all kortvårdskirurgi hör intensifierad vägledning av patienten. Vägledningen bör börja redan innan patienten kommer till sjukhuset och fortsätta under hela vårdperioden. När tiden på sjukhuset blir kort, oberoende av vilket slag av kirurgi och vilket av systemen patienten än hör till, bör särskild uppmärksamhet ges vägledningen av patienter liksom även anvisningarna till följeslagaren och de anhöriga. En av grundförutsättningarna för att egenvården skall lyckas är god skriftlig och muntlig rådgivning (12, 13). Den underlättar både den preoperativa förberedelsen och den postoperativa vården i hemmet samtidigt som den minskar patientens och de anhörigas ångest och rädsla. På detta sätt förbättras patientens livskvalitet (14, 15).

Docent Tom Scheinin
HUCS, Kirurgiska kliniken
Kirurgiska sjukhuset
PB 263
00029 HNS
e-post: tom.scheinin@hus.fi

Referenser

1. Saltzman F. 1889. Årsberättelse för 1888 från Kirurgiska Sjukhuset i Helsingfors. J.C. Frenckell & Son.
2. Alanko A et al. 1990. Lyhythoitosen kirurgian periaatteet ja toteuttaminen eri erikoisaloilla. Lääkintöhallituksen julkaisuja 170.
3. Niemi M, Rasilainen J. Toimenpiteelliset hoitajaksot vuonna 2004 ja päiväkirurgian trendejä vuosina 1997-2004. STAKES Tilastotiedote 26/2005.
4. Keränen U et al. 2004. Leikkaukseen kotoa (LEIKO) - potilastytyväisyys Hyvinkään sairaalassa. Suomen Lääkärilehti 59:4739-43.
5. Keränen U et al. 2006. LEIKO- prosessi ja perinteinen preoperatiivinen prosessi vertailussa. Suomen Lääkärilehti 61:3603-7.
6. Kehlet H, Wilmore D. 2005. Fast-track surgery. Br J Surg 92:3-4
7. Kehlet H. 2008. Fast-track colorectal surgery. Lancet 371:791-793
8. Wind J et al. 2006. Systematic review of enhanced recovery programmes in colonic surgery. Br J Surg 93:800-809.
9. Abraham NS et al. 2004. Meta-analysis of short-term outcomes after laparoscopic resection for colorectal cancer. Br J Surg 91:1111-24.
10. Kangas-Saarela T. 2005. Kenelle päiväkirurgia sopii? Finnanest 38:457-458.
11. White PF. 2008. Reengineering fast-track anesthesia: The expanding role of anesthesiologists in perioperative medical care meeting in Abano Terme, Padova, Italy. Anesth Analg 106:1250-1.
12. Torkkola S., Heikkinen H., Tiainen S. 2002. Potilasohjeet ymmärrettäväksi. Opas potilasohjeiden tekijöille. Tampere: Tammer-Paino Oy.
13. Johnson A et al. Written and verbal information versus verbal information only for patients being discharged from acute hospital settings to home. Cochrane Consumers and Communication Group Cochrane Database of Systematic Reviews. 1/200.
14. Leino-Kilpi H et al. 2005. Patient education and health-related quality of life: surgical hospital patients as a case in point. J Nurs Care Quality 20:307-316.
15. Suhonen R., Leino-Kilpi H. 2006. Adult surgical patients and the information provided to them by nurses: a literature review. Patient Education & Counseling. 61(1):5-15.