

Forhæfing, undirbúningur sjúklinga fyrir liðskiptaaðgerðir



María

Sigurðardóttir

Sérfræðingur í svæfinga- og gjörgæslulækningum á Landspítala

Prehabilitation of patients for arthroplastic surgery. A new patient pathway

María Sigurðardóttir MD, Department of Anaesthesiology and Critical Care, Landspítali University Hospital

Á síðastliðnum áratug hefur orðið mikil breyting á ferli sjúklinga sem gangast undir aðgerðir á Landspítala. Breytingarnar eru til komnar í kjölfar framfara í skurð- og svæfingataekni en einnig vegna niðurskurðar og skorts á skurðstofurými og legu-plássum. Þannig hefur dagaðgerðum fjölgað verulega og legutími sjúklinga sem þarfnast innlagðar styst. Þrátt fyrir það hefur bið sjúklinga eftir vissum tegundum aðgerða lengst.

Í eldra ferlinu fóru sjúklingar í þörf á liðskiptaaðgerð á biðlista til aðgerðar eftir að ákvörðun hafði verið tekin um aðgerð af bæklunarlækni á göngudeild. Eftir að biðinni lauk komu sjúklingarnir síðan á innskriftarmiðstöð til mats hjá svæfingalækni um það bil viku fyrir aðgerð, og mættu svo á sjúkrahúsið að morgni aðgerðardags. Eftirlit eftir aðgerðina á sér svo stað á göngudeild.

Fram til þessa hefur biðtíminn frá því að aðgerð er ákveðin að jafnaði ekki verið notaður á virkan hátt til að undirbúa sjúkling fyrir aðgerð. Reglulega kemur fyrir að fresta þurfi aðgerðum sjúklinga þegar í ljós kemur að bæta þarf ástand og meðferð sjúklinga fyrir aðgerð. Þetta getur sett skipulag skurðaðgerða úr skorðum, sem er hvorki æskilegt fyrir sjúklingana né sjúkrahúsið. Með breyttum ferlum sjúklinga þar sem lögð er áhersla á að vera á sjúkrahúsi sé sem styst er þörf á nýrri nálgun varðandi undirbúning sjúklinga fyrir aðgerð. Nauðsynlegt er að tengja betur starfsemi og upplýsingaflæði milli heilsugæslu og sjúkrahúss til að framkalla heilðræna nálgun í meðferð og eftirliti með sjúklingum.

Á seinustu árum hafa rannsóknir einnig sýnt mikilvægi forhæfingar, það er undirbúnings fyrir aðgerð til að bæta árangur hennar, minnka líkur á fylgikvillum og stytta legutíma¹. Því er augljóst að best væri að nýta biðtímann til að undirbúa sjúklinga fyrir aðgerðina. Á þeim tíma eru sjúklingarnir oft mjög móttækilegir fyrir ráðleggingum um leiðir til að bæta líkamlegt ástand sitt og breyta lífsstíl svo aðgerðin sem þeir bíða eftir heppnist sem best.

Af þessum ástæðum hafa Landspítali og Heilsugæslan (HH, HSU, HSS, HVE, HVEST) hafið samvinnu um undirbúning sjúklinga fyrir liðskiptaaðgerðir, þar sem markmiðið er að greina og meðhöndla þekkta áhættuþætti tímanlega til að bæta heilsufar sjúklinga fyrir aðgerð og minnka líkur á fylgikvillum, í þeirri von að bæta útkomu aðgerðarinnar. Eftir tilvísun frá heilsugæslulækni á göngu-

deild bæklunarlækna á Landspítala fer fram upphafsskimun fyrir áhættuþáttum um leið og aðgerð er ákveðin. Á meðan leiðir Heilsugæslan meðferð áhættuþáttanna, í samvinnu við Landspítala þar sem það á við. Aðkoma Heilsugæslunnar er gríðarlega mikilvæg því fjölmargir einstaklingar sem koma til aðgerðar hafa marga langvinna sjúkdóma og flókna sjúkdómsmynd, sem Heilsugæslan hefur besta yfirsýn yfir og er best í stakk búin að samræma vinnu annarra aðila innan heilbrigðiskerfisins.

Þeir áhættuþættir sem áhersla verður lögð á í upphafi eru blóðskortur, sykursýki, vannæring, ofþyngd og reykingar.²⁻⁵

Með því að bæta þekkta áhættuþætti í aðdraganda aðgerðar vonumst við til að bæta útkomu aðgerðarinnar með fækkun fylgikvilla eins og sárásýkinga, sáragliðnunar, blæðinga, liðlosunar, liðsýkinga og annarra fylgikvilla legunnar á borð við blóttappa og lungnareks.

Til að meta árangur af þessu breytta ferli sjúklinga hafa samstarfsaðilar, að fengnum nauðsynlegum leyfum, sett þetta upp sem rannsóknarverkefni þar sem sjúklingum verður fylgt eftir í endurkomu Landspítala sex vikum og svo aftur tveimur árum eftir aðgerð. Blóðprufum, líkamsþyngdarstuðli, hreyfingu, næringarástandi og reykingastoppi verður fylgt eftir.

Þetta er í fyrsta sinn sem samstarf milli Landspítala og Heilsugæslunnar er skipulagt með þessum hætti. Það er von okkar að slík samvinna við undirbúning sjúklinga til aðgerðar leiði í ljós styrk þessa fyrirkomulags og skili sjúklingum bættri heilsu, öruggara aðgerðarferli og bættri útkomu eftir aðgerðina. Ef sú verður raunin gæti verkefnið orðið fyrirmynd um nálgun heilbrigðiskerfisins við meðferð annarra sjúkdóma og undirbúning annarra aðgerða.

Heimildir

1. Venetia Wynter-Blyth, Krishna Moorthy. Prehabilitation: preparing patients for surgery. *BMJ* 2017;358:j3702 doi:10.1136/bmj.j3702
2. Baron DM et al. Preoperative anaemia is associated with poor clinical outcome in non-cardiac surgery patients. *Br J Anaesth*. 2014 Sep;113(3):416-23. doi: 10.1093/bja/aeu098. Epub 2014 May 14
3. NIH Classification of Overweight and Obesity by BMI, Waist Circumference, and Associated Disease Risks
4. Anne LÜBBEKE et al. Body mass and weight thresholds for increased prosthetic joint infection rates after primary total joint arthroplasty. *Acta Orthopaedica* 2016; 87 (2): 132-8
5. Ann M. Møller et al. Effect of smoking on early complications after elective orthopaedic surgery. *J Bone Joint Surg [Br]* 2003;85-B:178-81.