

BATNAR FYRR OG LÍÐUR BETUR

Meðferð sjúklinga sem fara í ristilskurðaðgerð

Að heyra sjúklinga sína segja: „Á nú að fleygja manni út?“ vekur alltaf umhugsun og tilfinningu um að umönnun þeirra hafi að einhverju leyti verið ábótavant. Á skurðlækningadeild 12G á Landspítala hefur verið tekin upp meðferð sem gerir það að verkum að sjúklingum batnar fyrr, líður betur og útskrifast þess vegna fyrr heim. Hér verður sagt frá undirbúningi og framkvæmd flýttibatameðferðar fyrir sjúklinga sem fara í ristilskurðaðgerð. Einnig verður greint frá niðurstöðum rannsóknar á líðan og endurbata sjúklinganna.

Flýttibati – Hvað er það?

Með hefðbundinni meðferð við ristilskurðaðgerðir var sjúkrahúsdvöl yfirleitt 1-2 vikur. Fylgikvillar voru algengir og auk þess hrjáði þreyta sjúklingana í allt að þrjá mánuði eftir aðgerð. Um 1990 komu dr. Kehlet og samstarfsfólk hans í Kaupmannahöfn auga á þætti sem seinkuðu bata eftir skurðaðgerðir (verki, vanstarfsemi garna og hreyfingarleysi) og skoðuðu þá í samhengi við annað sem minnkar álag á líkamann við skurðaðgerðir (styttri fasta, léttari svæfing, endurhæfing). Þau settu fram tillögu um meðferð sem flýttir bata og sýndu fram á að samhæfa þarf marga þætti til að ná sem bestum árangri við ristilskurðaðgerðir (Maessen o.fl., 2007). Síðar komu fleiri sérfræðingar frá fimm löndum í Norður-Evrópu að þessari vinnu og úr varð „Enhanced recovery after surgery“-hópurinn (ERAS) (Fearon o.fl., 2005). Þá hafði slík meðferð verið að mótast við Hvidovre-sjúkrahúsið í Kaupmannahöfn síðustu 10 árin. Með reynslu Dananna að leiðarljósi samdi ERAS-hópurinn leiðbeiningar og skilgreindi yfir 20 meðferðarþætti við ristilskurðaðgerðir (Maessen o.fl., 2007). Þessi meðferð hefur verið kölluð flýttibatameðferð.

Flýttibatameðferðin felst í samvinnun nokkurra atriða, svo sem verkjalyfjum með sídreypi í utanbastlegg (epidural) eða staðbundinni deyfingu, minna inngripi í skurðaðgerð, skammverkandi svæfingarlyfjum, virkri verkjalyfjameðferð um munn og svo endurhæfingu með mikilli hreyfingu að aðgerð lokinni. Einnig að fjarlægja þvaglegg og aðra íhluti sem fyrst og að sjúklingar byrji strax að drekka og borða (Kehlet og Mogensen, 1999; Kehlet o.fl., 2006). Þá eru minni líkur á ógleði, uppköstum og þarmalömun, starfsemi meltingarveggar kemst fljótt í fyrra horf og sjúklingum batnar fyrr. Einnig hefur fækkað fylgikvillum á hjarta- og lungnastarfsemi sem rekja má til áhrifa meðferðar eftir ristilskurðaðgerðina (Zargar-Shoshtari og Hill, 2008). Talið er að samsetning þessara atriða dragi úr streituvíðbrögðum sjúklinga og vanhæfni líffæra verði minni í kjölfar aðgerðar. Þannig stuðlar þetta ferli að styttri legutíma og flýttir því að sjúklingurinn



Birna Jónsdóttir er hjúkrunarfræðingur, BS, og hefur diplóma í krabbameinshjúkrun.



Inga Aðalheiður Valdimarsdóttir er hjúkrunarfræðingur, BS.



Björk Inga Arnórsdóttir er hjúkrunarfræðingur, BS, og hefur diplóma í krabbameinshjúkrun.



Hrefna Magnúsdóttir er hjúkrunarfræðingur, BS, og hefur diplóma í krabbameinshjúkrun.



Aðalbjörg Ólafsdóttir er hjúkrunarfræðingur.



Hjördís Hjörvarsdóttir er hjúkrunarfræðingur, BS.



Dr. Auðna Ágústsdóttir er hjúkrunarfræðingur og verkefnastjóri á kennslu- og fræðasviði á Landspítala.

Allir höfundar nema Auðna starfa eða hafa starfað á deild 12G á Landspítala.

Tafla 1. Þættir í flýttibatameðferð.

Fyrir aðgerð	Í aðgerð	Eftir aðgerð
Ýtarleg fræðsla til sjúklinga Útskrift undirbúin	Sérniðin svæfing með utanbastlegg í brjóstholsbil (thoracic). Skammverkandi svæfingarlyf	Verkjalyf án ópíóíða
Varnandi sýklalyfjagjöf	Hátt hlutfall súrefnis í innöndun í svæfingu	Þvagleggur fjarlægður sem fyrst
Stutt fasta en kolvetnaríkir drykkir þar til 2 klst. fyrir aðgerð	Takmarka vökva	Stöðluð hægðalosandi meðferð
Engin úthreinsun	Stuttir skurðir	Næring aðgerðardag
Engin lyfjagjöf fyrir aðgerð (premed)	Magaslöngur og kerar ekki stöðluð meðferð	Krefjandi endurhæfingarmeðferð

(Zargar-Shoshtari og Hill, 2008)

geti byrjað daglegar athafnir og fyrri iðju (Kehlet og Wilmore, 2002). Helstu atriði flýttibatameðferðar eru birtir í töflu 1.

Fræðsla fyrir aðgerð er mikilvægur þáttur í flýttibatameðferð. Tilgangurinn er að auka þátttöku sjúklinga í meðferðinni, minnka kvíða þeirra fyrir hinu óþekkta, undirbúa þá fyrir aðgerðina og veita þeim leiðbeiningar sem geta flýtt fyrir bata (Fearon o.fl., 2005). Mælt er með að sjúklingar fái skriflegar og munnlegar upplýsingar. Rannsóknir hafa sýnt að sjúklingar, sem fá góða fræðslu fyrir aðgerð, þurfa minna af verkjalyfjum og að fræðsla hefur áhrif til bóta á kvíða og öryggisleysi (Sjoling o.fl., 2003).

Næring. Eitt af aðalatriðum í meðferð eftir ristilaðgerðir er að koma starfsemi meltingarfæranna í eðlilegt horf á ný svo að sjúklingar nærast fljótt eftir aðgerð og batni fyrr. Nýlegar rannsóknir hafa sýnt að fasta fyrir aðgerð er ekki sjúklingum í hag. Fasta hefur í för með sér niðurbrotsástand í líkamanum sem síðar leiðir til þyngdar- og vökvataps (Kehlet og Wilmore, 2002). Með því að drekka kolvetnaríka drykki fram að tveimur tímum fyrir aðgerð má draga úr slæmum áhrifum föstu.

Verkir, verkjastilling og hreyfing. Í flýttibatameðferð er lögð mikil áhersla á hreyfingu strax eftir aðgerð og er góð verkjameðferð þá grundvallaratriði (Kehlet og Wilmore, 2002). Hreyfing kemur í veg fyrir vöðvarýrnnun, styrkir lungnastarfsemi, bætir meltingarstarfsemi og eykur súrefnisflæði til vefja. Hreyfing strax að lokinni aðgerð er þannig mikilvæg til að koma í veg fyrir ýmsa fylgikvilla.

Það er forsenda fyrir styttri legutíma að sjúklingar hreyfi sig strax eftir aðgerðina (Fearon o.fl., 2005).

Lengd sjúkrahúsleгу. Mikilvægt er að fyrirhugaður útskriftardagur sé staðfestur við sjúklinga fyrir aðgerð. Sjúklingar, sem vita að þeir eiga að útskrifast tiltekinn dag, eru frekar tilbúnir þegar þar að kemur en sjúklingar sem eru í óvissu um útskriftaráætlun (Fearon o.fl., 2005). Samkvæmt flýttibatameðferð eru sett ákveðin viðmið til að meta hvort sjúklingur er tilbúinn til útskriftar. Hann þarf að vera nokkurn veginn verkjalaus, geta neytt fastrar fæðu, losað vind og hægðir, og færni hans til sjálfsbjargar þarf að vera sambærileg því sem var fyrir innlögn (Fearon o.fl., 2005).

Upphaf og undirbúningur

Tryggvi B. Stefánsson skurðlæknir kynntist flýttibatameðferð þegar hann starfaði í Västerås í Svíþjóð og tók upp að hluta starfsaðferðir dr. Kehlets á Sjúkrahúsi Reykjavíkur. Við sameiningu sjúkrahúsanna gafst tækifæri til frekari sérhæfingar og Tryggvi stýrði teymi lækna sem ákvað að taka upp starfshætti flýttibatameðferðar.

Haustið 2002 stóð Tryggvi fyrir fræðslufundum fyrir deild 12G, fyrir svæfinga- og gjörgæslulækna, starfsfólk á vöknun, gjörgæslu, skurðstofum, innskriftarmiðstöð og einnig fyrir sjúkrapjálfa. Breytingin á starfi deildar 12G var að mestu leyti byggð á rannsóknum og fræðsluefni frá Danmörku og Svíþjóð (Kehlet og Mogensen, 1999; Smedh

o.fl., 2001) sem var lagað að umhverfi og aðstæðum. Inga Aðalheiður Valdimarsdóttir hjúkrunarfræðingur tók að sér að stýra teymisvinnu á deild 12G, útbúa vinnugögn til notkunar á deildinni og undirbúa rannsókn á árangri. Auðna Ágústsdóttir, verkefnastjóri á kennslu- og fræðasviði, aðstoðaði við rannsóknarvinnuna, Gunnar Skúli Ármannsson var fulltrúi svæfingalækna og Sveinn Hilmarsson sjúkrapjálfari sá um hluta sjúkrapjálfunar.

Reglulega voru haldnir teymisfundir þar sem hjúkrunarfræðingur, sjúkrapjálfari, svæfingalæknir og skurðlæknir lögðu á ráðin. Starfsfólki deildarinnar var skipt í þrjá vinnuhópa: hóp sem bjó til fræðsluefni fyrir aðgerð, hóp sem útbjó hjúkrunarferli og hóp sem útbjó fræðslubækling fyrir útskrift, samdi spurningalista fyrir símaviðtal og endurkomu til hjúkrunarfræðinga. Næringarráðgjafi útbjó leiðbeiningar um mataræði og næringardrykki sjúklingahópsins. Sjúkrapjálfari bjó til eyðublað þar sem sjúklingar skráðu hversu löngum tíma var varið í hreyfingu fyrstu þrjá dagana eftir aðgerð. Frekari fræðsla var veitt starfsfólki utan deildar, svo sem hjúkrunarfræðingum á innskriftarmiðstöð skurðstofu, vöknun og gjörgæslu. Að þessum undirbúningi loknum var hafist handa við verkefnið. Haustið 2003 gengust fyrstu sjúklingarnir undir ristilaðgerð þar sem fylgt var svokallaðri flýttibatameðferð.

Vorið 2004 fór níu manna hópur hjúkrunarfræðinga, sjúkraliða og svæfingalæknis á ERAS-ráðstefnu í Stokkhólmi þar sem fjallað var um flýttibatameðferð.

Hreyfing strax að lokinni aðgerð er mikilvæg til að koma í veg fyrir ýmsa fylgikvilla.



Haustið 2007 var svo enn lagt land undir fót til að fylgjast með nýjungum og skerpa á ýmsum þáttum meðferðarinnar. Í þetta sinn var ferðinni heitið til Danmerkur í höfuðstöðvar upphafsmannsins, dr. Kehlets, á Hvidovre-sjúkrahúsinu í Kaupmannahöfn. Þetta teljum við hafa átt stóran þátt í að auka skilning og þekkingu á grundvallarþáttum meðferðarinnar og það var tvímælaust mikilvægt að svo margir fengu fræðslu á þennan hátt.

Framkvæmd flýtibatameðferðar

Flýtibatameðferðin á 12G hefur þróast á þeim árum sem liðin eru frá því að byrjað var. Hér er lýst því ferli sem unnið var eftir 2008.

Undirbúningur fyrir aðgerð hefst með því að hjúkrunarfræðingur á skurðlækningadeild hringir heim til sjúklings, lætur hann vita um aðgerðardag og tíma í innskriftarmiðstöð. Sami hjúkrunarfræðingur sendir í pósti fræðsluefni um undirbúning fyrir aðgerð, aðgerðina sjálfa og meðferð eftir aðgerð. Í innskriftarmiðstöð nokkrum dögum síðar hittir sjúklingur skurðlækni,

sjúkraþjálfara og hjúkrunarfræðing sem aflar upplýsinga hjá sjúklingi. Allar rannsóknir, sem þarf að gera fyrir aðgerðina, eru gerðar þennan dag. Að þessu loknu er sjúklingi vísað í móttöku á 12G þar sem hjúkrunarfræðingur fræðir hann og sýnir deildina. Kvöldið fyrir aðgerð kemur hann svo aftur á deildina, fær blóðþynningarsprautu og þrjá kolvetnisdrykki sem hann á að drekka fyrir miðnætti og á að vera fastandi eftir það. Þeir sem gangast undir aðgerð á vinstri ristli og bugaristli fá úthreinsivökva (klysmá). Sjúklingur fer heim og kemur aftur að morgni aðgerðardags.

Í aðgerðinni sjálfri er lögð áhersla á góða utanbastdeyfingu og notað sem minnst af lyfjum sem gætu leitt til þess að sjúklingurinn verði þreyttur og sljór eftir aðgerðina. Reynt er að takmarka vökvagjöf og gefið hátt hlutfall súrefnis. Eftir aðgerð er unnið eftir meðferðaráætlun eins og fram kemur í töflu 2.

Á Landspítala þurfti að víkja frá nokkrum atriðum sem tilheyra flýtibatameðferð eins og hún var framkvæmd í Danmörku (Kehlet

og Mogensen, 1999). Helstu breytingar voru þær að þeir sem gangast undir aðgerð á vinstri ristli og bugaristli fá úthreinsun. Einnig eru notuð önnur verkjalyf og önnur lyf til að flýta hægðalosun en Kehlet gerði ráð fyrir. Kehlet gerði ráð fyrir föstu í fjóra tíma en hér er fastað frá miðnætti og sjúklingar drekka næringardrykki í samræmi við það.

Rannsókn á líðan í legu og eftir útskrift

Frá upphafi var gert ráð fyrir að gera rannsókn þar sem fylgst var með líðan sjúklunga sem fóru í flýtibatameðferð, bæði á deildinni og heima við eftir útskrift. Tryggvi B. Stefánsson hafði fengið leyfi til að nota rannsóknargögn frá Svíþjóð sem voru þýdd og staðfærð. Í athugun voru ýmsir þættir eftir aðgerð, líðan sjúklunga í legu og eftir útskrift. Markmið rannsóknarinnar var að meta líðan og endurbata sjúklunga sem gengust undir flýtibatameðferð á deild 12G og bera saman við niðurstöður rannsókna frá Danmörku og Svíþjóð (Kehlet og Mogensen, 1999; Smedh o.fl., 2001).

Tafla 2. Flæðiskema fyrir flytibatameðferð.

	Verkjalýf	Næring	Hreyfing	Útskilnaður/íhlutir	Útskriftaráætlun
Aðgerðardagur	BFA-dreypi*	Drekka 1 glas af vatni og 1 næringardrykk	Aðstoða sjúkling fram úr á vöknun/deild	Pvagleggur Vökvagjöf í æð	Útskriftardagur og áætlun liggur fyrir
1. dagur	BFA-dreypi* Verkjatöflur*** reglulega	Fljótandi fæði, mest 1000 ml, og 2 næringardrykkir	Hreyfing/sjálfbjarga 3-4 sinnum á vakt með aðstoð Sjálfbjarga að kvöldi	Pvagleggur áfram Vökvagjöf í æð tekin niður Fylgjast með lofti/hægðum T. Magnesíumsúlfat	
2. dagur	BFA-dreypi* og svo verkjatöflur*** reglulega	FSMS** fæði og 2 næringardrykkir	Sjálfbjarga og fótaferð aukin Hvetja til hreyfingar	Pvagleggur fjarlægður Fylgjast með lofti/hægðum	
3. dagur	BFA-leggur fjarlægður Verkjatöflur*** reglulega	FSMS-fæði** og 2 næringardrykkir	Sjálfbjarga		Útskriftardagur ítrekaður Útskriftarviðtal við hjúkrunarfræðing
4. dagur	Verkjatöflur*** reglulega	FSMS-fæði** og 2 næringardrykkir	Sjálfbjarga		Útskrift ef allir þættir meðferðar voru uppfylltir

*BFA-dreypi: Bucain Fentyl Adrenalin-verkjadeyfing

**FSMS: Fæði sértítekið fyrir meltingarsjúklinga

***Verkjatöflur: T. Parasetamól, C. Celebra, T. Íbúfen (eftir að BFA-dreypi fór út), T. Nobligan pn

Viðamikil forprófun leiddi í ljós að breyta þurftu gagnasöfnun til að ná markmiðum. Að forprófun lokinni hófst hin eiginlega rannsókn í maí 2005 og henni lauk í desember sama ár. Alls tóku 48 sjúklingar þátt í rannsókninni en þrír þeirra féllu út svo eftir stóðu 45. Skilyrði fyrir þátttöku í rannsókninni voru að sjúklingar væru sjálfbjarga fyrir aðgerð og væru ekki eldri en átta tíu ára. Flytibatameðferð var einungis veitt sjúklingum sem gengust undir úrnám á hægri ristli, vinstri ristli eða bugaristli.

Helstu niðurstöður úr rannsókn og umræður

Nokkuð vantaði á að gögn kæmu frá sjúklingum eftir heimkomu þannig að hér eru birtar niðurstöður úr gögnum sem safnað var í legunni og með símólum heim eftir útskrift.

Meðallegutími var 6,2 dagar (bil 3-11) eftir aðgerð. Fimm sjúklingar útskrifuðust á 3. degi eftir aðgerð og tveir á 4. degi. Sex sjúklingar lágu inni í 9 daga og einn í 11 daga. Þeir sem útskrifuðust á 3. eða 4. degi voru að meðaltali yngri (57 ára) en

hópurinn sem lá lengur. Heildarlegutími sjúklinga 80 ára og yngri styttest um þrjá daga á rannsóknartímabilinu miðað við sama tímabil 2003 (sjá töflu 3). Fjórir sjúklingar þurftu að leggjast inn aftur (9%).

Í heild má segja að nokkur árangur hafi náðst á 12G við að stytta legu sjúklinga þótt leiða megi að því líkum að hægt væri að ná betri árangri miðað við niðurstöður Kehlet og Mogensen (Kehlet og Mogensen, 1999). Það háir að vísu samanburði við rannsókn Kehlets og féлага að ekki var á 12G fylgt alveg sama meðferðarskema. Einnig vantar upplýsingar um hvernig sjúklingnum vegnar fyrir og í aðgerð til að hægt sé að bera saman niðurstöður við nýlegri rannsóknir á þessu sviði (Delaney, 2008). Til að stytta leguna frekar en sýnt var í þessari rannsókn þarf samstillt átak fagstétta við að staðfæra og fylgja meðferðaráætlun.

Upplýsingar til sjúklinga fyrir aðgerð þurfa að berast mjög tímanlega svo hægt sé að nýta biðtíma sjúklinga fyrir aðgerð til að bæta næringarástand, hreyfigetu og draga úr reykingum ef það á við. Einnig þurfa sjúklingar að

hafa skriflegar upplýsingar um áætlaðan útskriftardag áður en þeir leggjast inn og fá síðan skriflegar breytingar sem kunna að verða á þeirri áætlun. Á þeim tíma, sem rannsóknin var gerð, komu sjúklingar í innskriftarmiðstöð, en vegna vísbendinga í rannsóknnum var opnuð móttaka hjúkrunarfræðinga fyrir sjúklinga á 12G til að bæta enn fræðslu til þeirra.

Ljóst er að lengd legunnar er að einhverju leyti háð því hvernig gengur að verkjastilla sjúklinga og hvaða úrræði eru fyrir hendi. Í þessari rannsókn voru sjúklingar lengur með utanbastdeyfingu en leiðbeiningar gerðu ráð fyrir. Á 2. degi var búið að fjarlægja utanbastlegg hjá 18 af 45 eða 40% en samkvæmt leiðbeiningum hefðu flestir sjúklinganna átt að vera lausir við hann. Ástæða þessa eru sennilega margir samverkandi þættir, svo sem fræðsla til sjúklinga fyrir aðgerð, skurðaðgerðin sjálf, lega utanbastdeyfingar og notkun annarra verkjalyfja en Kehlet og Mogensen (1999) notuðu.

Sjúklingar í rannsókninni skráðu sjálfir hve mikið þeir hreyfðu sig. Á 1. degi eftir aðgerð var meirihluti þeirra (30 sjúklingar)

Tafla 3. Meðalfjöldi heildarlegudaga sjúklinga 80 ára eða yngri sem fóru í hægri ristilúrnám , vinstri ristilúrnám eða bugaristolúrnám.

Ár aðgerðar	Meðaltal legudaga	Miðgildi	N	Staðalfrávik
2003	11,67	9,5	39	6,776
2005	8,61	8,0	49	4,949

aðeins á fótum í eina klukkustund eða minna. Á 2. degi voru margir sjúklingar á fótum í 2 eða 3 klukkustundir en aðeins fimm sjúklingar voru á fótum í 4 eða 5 klukkustundir. Samkvæmt skráningu var hreyfing sjúklinganna í rannsókninni mun minni en í rannsókn Kehlet og Mogensen (1999) en í þeirri rannsókn hreyfðu sjúklingar sig að meðaltali í 5 klukkustundir á 2. degi eftir aðgerð og 10 klukkustundir á 3. degi. Þegar leitað er leiða til að auka hreyfingu þarf að gæta vel að hvatningu, aðstöðu og verkjameðferð. Aukið vinnuframlag þeirra sem sjá um að aðstoða sjúklinga myndi eflaust skila sér í aukinni hreyfingu sjúklinga. Niðurstöður sýna að sjúklingar voru margir hverjir með utanbastdeygingu fram á 3. dag og það gæti bæði hvatt og hindrað hreyfingu. Hvatinn gæti verið í góðri verkjastillingu en hindrunin í að þurfa að vera með vökvastatif á ógreiðfærum göngum.

Ógleði var nokkuð algeng (há þriðjung sjúklinga á 3. degi eftir aðgerð) og hefur líklega dregið mjög úr næringu. Ekki gekk sem skyldi að fylgja leiðbeiningum um næringu sjúklinga í þessari rannsókn. Fimm sjúklingar voru fastandi eftir aðgerð en flestir hinna nýttu einhverrar fæðu á fyrstu 3 dögum eftir aðgerð. Flestir sjúklinganna höfðu losnað við vind á 3. degi en aðeins 22 höfðu losnað við hægðir á fyrstu 3 dögum eftir aðgerð. Hugsanlega hefur það einhver áhrif á tíðni ógleði en einnig getur ógleði og lítil næring haft áhrif á hægðir. Styttri fasta fyrir aðgerð gæti dregið úr ógleði og bætt næringarástand. Eins hafa fyrri rannsóknir sýnt að hátt hlutfall súrefnis í innöndun í svæfingu getur dregið úr ógleði (Zargar-Shoshtari og Hill, 2008). Auka þarf framboð á fljóttandi fæði sem sjúklingar hafa frjálstan aðgang að til að hvetja þá til að borða.

Þrjú sjúklingar voru greindir með fylgikvilla. Einn sjúklingur fékk lungnabólgu (78 ára),

einn fékk þvagsfærasýkingu (57 ára) og einn fékk hjartabilun (71 árs). Enginn sjúklingur fékk fylgikvilla vegna leka á samskeytum né opnun á kvíðvegg. Enginn fékk blóðtappa, hjartaáfall eða blóðrek til lungna.

Daginn eftir útskrift náðist í 32 sjúklinga í símaviðtal. Af þeim leið 23 sjúklingum vel en 9 sjúklingum fannst líðan sín ekki viðunandi. 16 sjúklingar voru ekki með verki en 16 höfðu verið með verki, þar af 8 sem mátu verstu verki sína meiri en 3 á skalanum 0-10. Flestum (27) sjúklingum gekk vel að hreyfa sig heima og nærast en 5 gekk illa með hvort tveggja. 7 sjúklingar höfðu ekki haft hægðir en þvaglát gengu vel hjá 30 sjúklingum. 5 sjúklingar sögðust hafa einkenni um sýkingu í skurðsári.

Innleiðing flýttibata meðferðar hafði áhrif á legutíma sjúklinga. Eins sýna fáar endurinnlagnir og niðurstöður símaviðtala að meirihluti sjúklinga telur líðan sína viðunandi heima eftir útskrift. Samanborið við niðurstöður Kehlet og Mogensen (1999) og nýrri rannsókn er líklegt að hægt sé að ná betri árangri við verkjastillingu sjúklinga, ógleðistillingu og næringu og þar með útskrifa þá fyrr.

Lokaorð

Þetta verkefni hefur verið skemmtilegt en líka krefjandi og margar vinnustundir liggja að baki. Vinnan hefur verið fjölbreytt þar sem um er að ræða breytingar á skipulagi, samstarf við aðrar stéttir, samvinnu við sjúklinga, mikla og stöðuga fræðslu og heildræna meðferð. Allt þetta byggist á faglegri þekkingu og styður símenntun.

Eins og Maessen og félagar (2007) benda réttilega á krefst þessi meðferð þjálfunar hjúkrunarfræðinga og sjúkraliða. Teymisvinna er rauði þráðurinn í ferlinu og nauðsyn á reglulegum fundum, sérstaklega þegar nýtt starfsfólk kemur

til starfa. Til þess að vel takist til getur verið nauðsynlegt að gera meiriháttar breytingar á starfsháttum allrar skurðeildarinnar, sérstaklega hvað varðar skipulag og fræðslu. Það sem hefur reynst hvað erfiðast er að ná fram breytingum á störfum annarra stétta en hjúkrunarfræðinga og sjúkraliða og þá ekki síður að breyta umhverfi og skipulagi á svona stórrí stofnun eins og Landspítalinn er. Til dæmis eru venjulegar sjúkradeildir ekki hannaðar með tilliti til þess að sjúklingar geti verið meira á fótum en í rúminu og geti sjálfir náð í drykki og borðað í borðstofu. Sumum þáttum hefur ekki enn verið breytt í samræmi við leiðbeiningar.

Um leið og breyting á skipulagi ber á góma er nauðsynlegt að huga að þýðingu þess fyrir hjúkrun. Svona breyting hefur í för með sér mun fleiri hjúkrunarstundir meðan sjúklingur er á deildinni þótt í heild fækki hjúkrunarstundum af því að sjúkrahúsvistin er styttri. Stöðugildum þarf að breyta í samræmi við aukið vinnuálag.

Þegar við unnum skýrsluna um rannsóknina kom oft fram í tali okkar á milli löngun til að endurtaka rannsóknina í þeirri vissu að ýmislegt hefði breyst í meðferðinni á deildinni og starfið allt væri komið í fastari skorður. Með tímanum verður eins konar hugarfarsbreyting, bæði hjá starfsfólki og sjúklingum. Sem dæmi má nefna að í fyrstu sýndum við sjúklingum „tillitssemi“ þegar þeir þjáðust af ógleði og slappleika og treystu sér ekki fram úr, „leyfðum þeim að liggja“, en núna drífum við alla fram úr, sérstaklega þá sem er óglatt og fullvissum þá um að ógleðin lagist við það að hreyfa sig – og það virkar þótt sumir eigi erfitt með að trúa því í fyrstu.

Allar breytingar leiða til einhvers sem ekki sást fyrir í upphafi eins og Gunnar Skúli svæfingalæknir teymisins benti réttilega á. Hann telur það blessun að forskrift



Breyta þarf umhverfinu á legudeildum með tilliti til að sjúklingar séu á fótum, nái sér sjálfir í drykki og borði í borðstofu.

fyrir svæfingu þessa sjúklingahóps var mjög umdeild meðal svæfingalækna. Af því leiddi að svæfingalækna lögðu sig fram um að sýna árangur af sinni svæfingaraðferð. Aukin umræða og skoðanaskipti um þennan sjúklingahóp hafði í för með sér ávinning fyrir sjúklingana.

„Við erum þess fullviss að þó að flýtibataferlið leiði til sparnaðar, þá sé aðalkosturinn sá að þetta sé betri lausn fyrir sjúklingana.“

Þess má geta að þrátt fyrir að meðferð og rannsókn í upphafi væri miðuð við ákveðnar tegundir ristilaðgerða er flýtibataferlinu nú fylgt hjá flestum ristilaðgerðasjúklingum, einnig þeim sem fá stóma. Við sjáum ýmis merki þess á deildum sjúkrahússins að okkar þekking og reynsla hafi komið öðrum aðgerðarsjúklingum til góða. Við erum boðin og búin að deila reynslu okkar og þekkingu. Við erum þess fullviss að þó að flýtibataferlið leiði til sparnaðar, þá sé aðalkosturinn sá að þetta sé betri lausn fyrir sjúklingana. Í raun höfum við aldrei verið alveg sáttt við þetta heiti „flýtibati“ þar sem áhersla er á flýti (e. fast track). Réttara væri að kalla þetta nýja meðferð og hún ætti að standa öllum aðgerðasjúklingum til boða sem besta meðferð, byggð á gagnreyndri þekkingu.

Það heyrir núorðið til undantekninga að sjúklingar segi: „Á nú að henda manni út.“ Þeir eru vel undirbúnir, þeim líður betur og batnar fyrr.

Heimildir
 Delaney, C.P. (2008). Outcome of discharge within 24 to 72 hours after laparoscopic colorectal surgery. *Diseases of the Colon and Rectum*, 51 (2), 181-185.
 Fearon, K.C., Ljungqvist, O., Von Meyenfeldt, M., Revhaug, A., Dejong, C.H., Lassen, K., o.fl. (2005). Enhanced recovery after surgery: A consensus review of clinical care for patients undergoing colonic resection. *Clinical Nutrition*, 24 (3), 466-477.
 Kehlet, H., Buchler, M.W., Beart, R.W., yngri, Billingham, R.P., og Williamson, R. (2006). Care after colonic operation – is it evidence-based? results from a multinational survey in Europe and the United States. *Journal of the American College of Surgeons*, 202 (1), 45-54.
 Kehlet, H., og Mogensen, T. (1999). Hospital stay of 2 days after open sigmoidectomy with a multimodal rehabilitation programme. *The British Journal of Surgery*, 86 (2), 227-230.
 Kehlet, H., og Wilmore, D.W. (2002). Multimodal strategies to improve surgical outcome. *American Journal of Surgery*, 183 (6), 630-641.
 Maessen, J., Dejong, C.H., Hausel, J., Nygren, J., Lassen, K., Andersen, J., o.fl. (2007). A protocol is not enough to implement an enhanced recovery programme for colorectal resection. *The British Journal of Surgery*, 94 (2), 224-231.
 Sjöling, M., Nordahl, G., Olofsson, N., og Asplund, K. (2003). The impact of preoperative information on state anxiety, postoperative pain and satisfaction with pain management. *Patient Education and Counseling*, 51 (2), 169-176.
 Smedh, K., Strand, E., Jansson, P., Iversen, A.M., Matti-Andersson, A., Johansson, H., o.fl. (2001). Nytt vårdkoncept ger snabb återhämtning efter kolonresektion. Multimodal rehabilitering enligt Kehlet praktiserad i Västerås. [Rapid recovery after colonic resection. Multimodal rehabilitation by means of Kehlet's method practiced in Västerås]. *Läkartidningen*, 98 (21), 2568-2574.
 Zargar-Shoshtari, K., og Hill, A.G. (2008). Optimization of perioperative care for colonic surgery: A review of the evidence. *ANZ Journal of Surgery*, 78 (1-2), 13-23.






— REYNSLA • UMHYGGJA • TRAUST —






Þegar andlát ber að höndum

Önnumst alla þætti útfararinnar



**ÚTFARARSTOFA
KIRKJUGARÐANNA**

Vesturlíð 2 • Fossvogi • Sími 551 1266 • www.utfor.is