

LJUMSKBRÅCKSKIRURGI I ÖPPEN VÅRD

Positiv patientupplevelse med förenklade rutiner

De senaste årens utveckling inom kirurgin i kombination med ökade krav på kostnadseffektivitet har medfört att en ökad andel operationer utförs i dagkirurgi samt att en ökad handläggning av kirurgiska sjukdomar sker i primärvården. Detta har i sin tur ställt ökade krav på samarbete med primärvården och kvalitetssäkring av patienttillfredsställelse med vårdkedja och operationsresultat. I denna undersökning av patientupplevelse av vårdkedjan har bedömningen av patientens bråcksjukdom huvudsakligen skett i primärvården. Med detta förfarande kan tre fjärdedelar av patienterna kallas till dagkirurgi baserat på remissuppgifter utan föregående besök på kirurgmottagningen. Patienternas tillfredsställelse med vårdkedjan är i hög grad beroende av tillfredsställelsen med den pre- och postoperativa informationen.

Under det sista decenniet har sjukvård liksom annan offentlig verksamhet varit föremål för besparingar, vilket medfört krav på både rationaliseringar och strukturförändringar. En utbyggnad av primärvården har bidragit till kortare vårdtider och ökad dagkirurgisk verksamhet. Inom kirurgin har rationaliseringarna genomförts genom förbättrad teknik och mer skonsamma anestesimetoder.

Författare

ULF GUNNARSSON
med dr, underläkare

ROLF HEUMAN
docent, klinikchef

VIDAR WENDEL-HANSEN
med dr, underläkare; samtliga vid kirurgiska kliniken, Mora lasarett.

Sålunda har ljumskbråckskirurgi, som är ett av de vanligaste elektiva ingreppen [1] med en årlig operationsfrekvens i svenska material på 220/100 000 [2], i allt större utsträckning kunnat göras i dagkirurgi. Besparingspotentialen är stor för de vanligaste ingreppen, och för ljumskbråckskirurgi innebär en ökad övergång till dagkirurgi med 10 procent en besparing av 44 vårddygn per 100 000 invånare och år jämfört med två dygns slutenvård. Flera undersökningar har visat att dagkirurgisk ljumskbråckskirurgi föredras av patienter, är kostnadseffektiv och inte medför ökad recidivfrekvens [3-8]. Besparingar har vidare kunnat ske genom kvalitetsförbättring med minskad recidivfrekvens, där nationella kvalitetsregister har visat sig värdefulla [9]. Sambandet mellan kvalitet och kostnadseffektivitet har beskrivits i ett svenskt material med kvalitetsregistret H99 som bas [9]. Samma förhållande har också tydliggjorts i såväl amerikanska [10] som brittiska patientgrupper [11].

Vi har valt att studera patientupplevelse vid ljumskbråcksoperationer i dagkirurgi och analysera hur olika moment i vårdkedjan påverkar patientens uppfattning om vårdkvalitet och operationsresultat. Vi undersökte också effekter och patientupplevelse av att avstå från pre- och postoperativa läkarbesök på kirurgmottagningen. Att avstå från dessa besök, vilket hittills inte varit klinisk praxis, innebär ett bättre utnyttjande av primärvården och att specialistvårdsresurserna kan utnyttjas mer effektivt. Frånvaron från förvärvsarbete på grund av läkarbesök liksom resekostnaderna kan minskas, det senare särskilt betydelsefullt i glesbygd. Vi presenterar här en evaluering av 274 patienter som opererades i dagkirurgi för ljumskbråck.

MATERIAL

Baserat på inremitterande läkares uppgifter i remissen beslutas om patienten kan planeras direkt för ljumskbråcksoperation utan föregående besök på kirurgmottagningen. Indikationen för operation är ett symtomgivande

ljumskbråck på en patient där inte medicinska kontraindikationer föreligger.

Sedan remissen bedömts får de patienter där kompletterande undersökning eller bedömning behövs ett brev med kallelse till kirurgmottagningen. Patienter yngre än 75 år planeras i regel för dagkirurgi om inte komplicerande sjukdomar föreligger eller patienten är ensamboende. Detta urval för dagkirurgi sker oberoende av reseavstånd till sjukhuset. Mora lasarets upptagningsområde är geografiskt vidsträckt, och 43 procent av patienterna hade mer än 50 km till lasarettet (9 procent mer än 100 km).

De patienter som kallas direkt till operation får, när remissen är bedömd, ett brev med information om ljumskbråckssjukdomen, planerat ingrepp samt information om huruvida operationen planeras ske i öppen eller slutenvård. Två till tre veckor före operationen får patienten en kallelse med uppgift om dag för operation samt ett autoanamnesformulär inför anestesi. Dagen före planerad operation ringer en mottagningssköterska upp patienten för att konfirmera att denne kan infinna sig för operation på följande dag. Sköterskan besvarar eventuella frågor och ger uppgift om tidpunkt på dagen för inställelse på dagkirurgienheten. På operationsdagens morgon undersöks patienten av operatören samt bedöms av narkosläkare. Operationen genomförs i spinal/epiduralanestesi eller narkos. Patienter opererade på förmiddagen sänds hem samma dag medan de som opereras sent på eftermiddagen erbjuds möjlighet att övernatta på intagningsavdelningen. Vid hemgång erhåller patienten också NSAID-analgetika för tre till fem dagars förbrukning samt två stölpiller Ketogan.

METODER

Under åren 1992-94 genomgick 274 patienter ljumskbråcksoperation i dagkirurgi på Mora lasarett enligt den ovan angivna rutinen, vilket var 54 procent av ljumskbråcksoperationerna. Patienterna var mellan 18 och 75 år med en medelålder av 55 år. Urvalet till operation i öppen vård skedde enligt ovan beskrivna kriterier utan hänsyn till reseav-

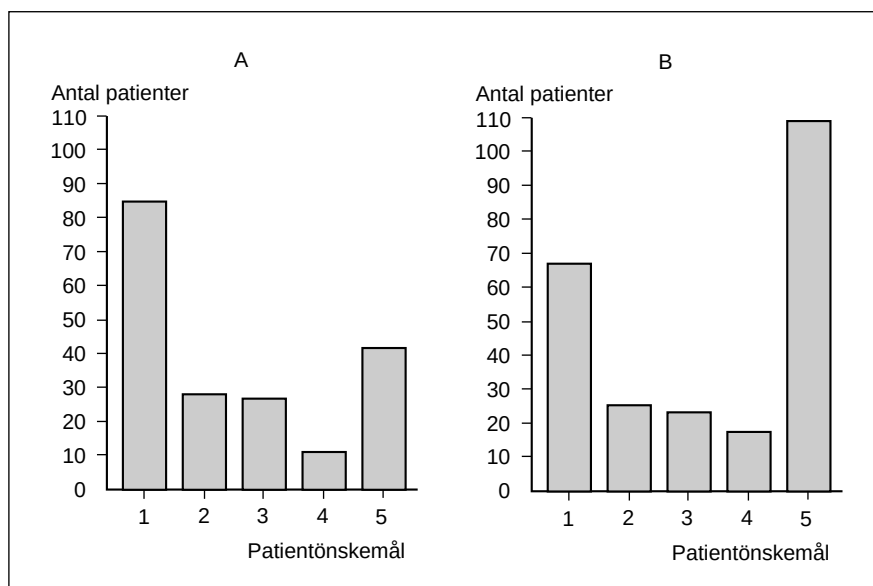
stånd. Under hösten 1994 (patienter opererade 1992–93) respektive hösten 1995 (patienter opererade 1994) utsändes ett frågeformulär med ett förfarande som garanterade anonymitet. De som inte svarade inom tre veckor erhöll skriftlig påminnelse.

Frågeformuläret bestod av 14 frågor, varav nio (Tabell I) avsåg att mäta patienttillfredsställelse med vården enligt en femgradig analogskala, där 1 stod för klart nej och 5 för klart ja. Sålunda utgjorde 3 skalans mittpunkt. Två frågor besvarades med ja eller nej (»önskan om polikliniskt ingrepp vid behov av ytterligare operation» och »möjlighet att åka hem som planerat»). Vidare angavs sjukskrivningstiden i veckor medan ålder vid ingreppet och avstånd till sjukhuset angavs i fyra klasser (<35, 35–50, 51–65, >65 år respektive 0–30, 31–50, 51–100, >100 km).

Gruppens medelvärde användes som mått på patientens skattade tillfredsställelse med vårdförloppets olika delar. För att bestämma vilka faktorer som styrde detta användes Pearson's linjära korrelationsanalys (kontinuerliga variabler).

RESULTAT

Med inremitterande läkares remissuppgifter som grund kunde 78 procent av patienterna kallas till dagkirurgi utan preoperativt besök på kirurgmottagningen. Resterande 22 procent bedömdes kräva preoperativt besök för att sä-



Figur 1. Patientönskemål om
A. preoperativt läkarbesök respektive
B. postoperativt läkarbesök.

kerställa diagnosen eller bedöma operationsindikation vid hög ålder eller komplicerande sjukdomar. Ingen planerad poliklinisk operation behövde inställas på grund av felaktig diagnos bland de 78 procent som kom direkt till operation.

Av 274 patienter som fått en enkät svarade 79 procent inom tre veckor och ytterligare 13 procent efter skriftlig påminnelse, vilket medförde en total svarsfrekvens på 92 procent. Det förelåg ingen skillnad med avseende på ål-

der, kön eller reseavstånd till sjukhuset mellan de patienter som besvarade enkäten och de som avstod.

Postoperativa läkarbesök mest önskade

Patienternas genomsnittliga skattning av vårdförloppets olika delar framgår av Tabell I. Man finner där att många uttrycker en önskan om pre- och postoperativa läkarbesök på kirurgmottagningen (Figur 1). Det finns dock en diskrepans i så måtto att postoperativa läkarbesök skattades angelägnare (2,7) än behovet av preoperativa (2,5; $P<0,001$). Dessa önskemål är något starkare hos patienter med korta reseavstånd till sjukhuset. Patientupplevelsen av operationsresultatet skattades av 83 procent av patienterna till 4 eller 5 på den visuella skattningsskalan. Korrelation till skattning av vårdkedjans olika delar redovisas i Tabell II. Man finner här att den starkaste korrelationen föreligger gentemot skattning av pre- och postoperativ information. Den postoperativa informationen är den viktigaste faktorn (Figur 2) och korrelationen till denna är signifikant starkare än korrelationen till den preoperativa ($P<0,001$).

DISKUSSION

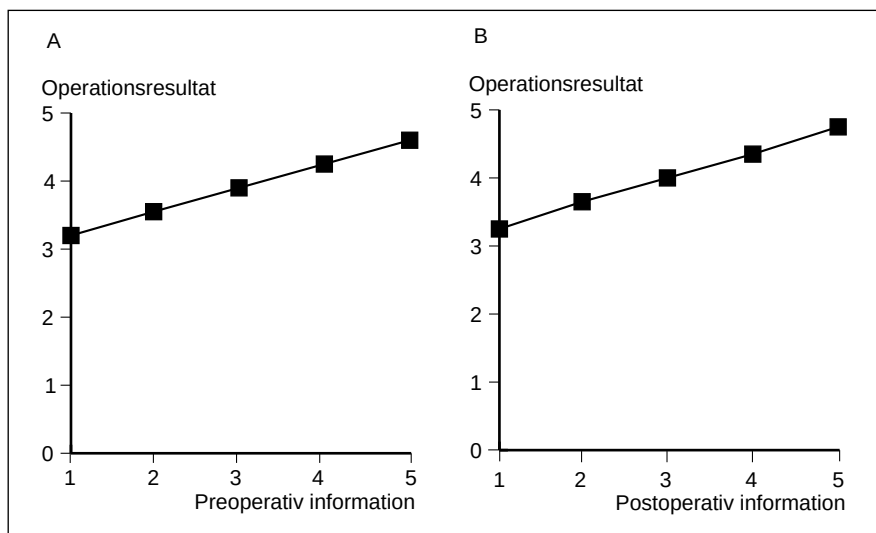
Avsikten med föreliggande studie har varit att evaluera patienternas uppfattning om nya och förenklade rutiner vid ljumskbråcksoperationer i dagkirurgi. De nya rutinerna har tillkommit dels för att på ett mer kostnadseffektivt sätt utnyttja primär- och specialistvårdsresurserna, dels för att förbättra servicen för patienter bosatta i glesbygd med långa reseavstånd till sjukhuset. Detta skulle också kunna innebära en socieekonomisk förbättring i form av lägre arbetsfrånvaro och minskade

Tabell I. Genomsnittlig patienttillfredsställelse med olika moment i vårdkedjan. »1» motsvarar ett klart »nej» medan »5» motsvarar ett klart »ja».

Moment	Patientupplevelse (medelvärde)
Önskemål om preoperativt besök	2,5
Önskemål om postoperativt besök	2,7
Preoperativ information	4,3
Postoperativ information	3,9
Preoperativ smärtlindring	4,8
Postoperativ smärtlindring	4,4
Smärtlindring för bruk efter hemgång	4,2
Sårsläkning	1,7
Operationsresultat	4,3

Tabell II. Korrelation mellan patienternas tillfredsställelse med operationsresultat och olika moment i vårdkedjan.

Moment	r(X,Y)	Korrelation
Önskemål om preoperativt besök	0,18	NS
Önskemål om postoperativt besök	-0,24	$P<0,001$
Preoperativ information	0,30	$P<0,001$
Postoperativ information	0,41	$P<0,001$
Postoperativ smärtlindring	0,23	$P<0,001$
Smärtlindring för bruk efter hemgång	0,26	$P<0,001$
Sårsläkning	-0,11	NS
Sjukskrivningstid	-0,2	$P<0,01$
Ålder	0,12	NS
Resväg till sjukhuset	-0,12	NS
Val av dagkirurgi vid ytterligare operation	-0,19	$P<0,01$
Hemgång som planerat	-0,16	$P<0,05$



Figur 2. Korrelation mellan patienttillfredsställelse med operationsresultat och A. preoperativ information ($P < 0,001$) respektive B. postoperativ information ($P < 0,001$).

kostnader för resor till och från sjukvårdsinrättningar.

Patienttillfredsställelsen nytt värderingsperspektiv

I en nyligen publicerad omfattande svensk studie [9], i vilken de här undersökta patienterna ingår, har kostnadseffektiviteten värderats med avseende på tekniska faktorer vid operationen (t ex operationsmetod, suturmaterial, operationstid och typ av bräck). I en tidigare amerikansk studie har kostnadseffektiviteten vid bräckkirurgi undersökts med avseende på operatörens grad av specialisering och erfarenhet [12]. Vår undersökning lyfter fram ett nytt perspektiv: poliklinisk kirurgi värderad utifrån patientens upplevda och skattade tillfredsställelse.

Patientevalueringar med femgradiga skattningsskalor har visat sig användbara vid värderingar av patientupplevd tillfredsställelse med konsultationer vid öppenvårdsmottagningar för att utvärdera vårdprogram [13]. Liknande skattningsskalor har också använts för att värdera patient-läkarkontakten hos utbildningsläkare [14]. Denna typ av skattningsskalor är således väletablerad som led i utvärderingen. Metoden erbjuder också fördelen att vid statistisk bearbetning möjliggöra korrelationsanalyser av graderade parametrar. På detta sätt kan faktorer med omedelbar betydelse för det upplevda operationsresultatet isoleras och värderas.

Den skattningsskala som används i studien var modifierad i jämförelse med citerade studier i så måtto att den där använda EVGFP (excellent, very good, good, fair, poor)-skalan ersatts av en femgradig analogskala. Patientmaterialet kan också anses vara tillräckligt stort

för att ge ett bra mått på patienttillfredsställelsen [14]. Svarsfrekvensen (92 procent) ligger väl i paritet med tidigare uppnådda svarsfrekvenser i jämförbara svenska material [15].

Korrelation mellan resultat och information

Tillfredsställelse med operationsresultatet korrelerade starkt till upplevelse av erhållen information före och efter ingreppet. Däremot förelåg ingen korrelation mellan tillfredsställelse med operationsresultat och sårsläkning. Resultaten tydliggör vikten av adekvat information vid poliklinisk kirurgi och visar på möjligheten att med väl planerad information förbättra vårdkvaliteten och patientens upplevelse av ett gott operationsresultat. Det är också möjligt att förenklade rutiner vid poliklinisk kirurgi ställer större krav på information. Detta kan inte fastställas med befintliga data. Vi har dock funnit liknande resultat vid internt kvalitetssäkringsarbete på kliniken vad gäller hemorrojder och varicerkirurgi [opublicerade data].

Många patienter uttryckte önskemål om läkarbesök på kirurgmottagningen före och efter operation, detta oberoende av ålder och resväg till sjukhuset. Som framgår av Tabell II korrelerade inte dessa önskemål signifikant till subjektiv upplevelse av operationsresultatet, och kan därför antas vara av mindre relevans än ovan redovisade tillfredsställelse med perioperativ information.

Tillgången till analgetika för bruk i hemmet framstår vidare som en faktor där tillfredsställelsen hos patienterna troligen kan förbättras. Det är möjligt att vi underskattar patienternas smärta under de första dygnet.

Perioperativ information viktigt kvalitetsmål

Studien tillåter oss inte att dra slutsatsen att resultaten är tillämpbara även

på andra former av poliklinisk kirurgi. Tidigare nämnda resultat av internt kvalitetssäkringsarbete pekar dock i denna riktning. Åtminstone den perioperativa informationens påverkan av skattat slutresultat förefaller vara reproducerbar. Ytterligare studier av andra diagnosgrupper krävs för att fastställa förekomsten av sådana samband. Ur perspektivet kostnadseffektivitet är det också av intresse att studera om ytterligare typer av operationer kan handläggas med de förenklade rutiner som vi använt. Exempel på operationstyper där dessa rutiner i större eller mindre utsträckning skulle kunna tillämpas är gallkirurgi.

Sammanfattningsvis föredrar en stor majoritet av patienterna dagkirurgiska ingrepp. Vidare är det möjligt att öka kostnadseffektiviteten vid poliklinisk ljumskbräckkirurgi genom att minska antalet läkarbesök på kirurgmottagningen före och efter operation utan märkbara effekter på patientupplevelsen av operationsresultatet. Sålunda kan tre fjärdedelar av patienterna kallas direkt för operation. Detta förutsätter ett gott samarbete med primärvårdens läkare. Slutligen framstår förbättringen av den perioperativa informationen som ett av de viktigaste kvalitetsmålen vid poliklinisk kirurgi.

Referenser

1. Quill DS, Delvin HB, Plant JA, Denham CR, McNay RA, Morris D. Surgical operation rates: a twelve year experience in Stockholm on Ties. *Annals of the Royal College of Surgeons of England* 1983; 65: 248-53.
2. SOTA (State of The Art). Ljumskbräck. Stockholm: Socialstyrelsen, 1996.
3. Michaels JA, Reece-Smith H, Faber RG. Case-control study of patient satisfaction with day-case and inpatient inguinal hernia repair. *Journal of the Royal College of Surgeons Edinburgh* 1992; 37: 99-100.
4. Pineault R, Contandriopoulos AP, Valois M, Bastian ML, Lance JM. Randomized trial of one-day surgery. Patient satisfaction, clinical outcome, and costs. *Med Care* 1985; 23:171-82.
5. Russel IT, Delvin HB, Fell M, Glass NJ, Newell DJ. Day-case surgery for hernias and haemorrhoids. *Lancet* 1977; 6: 847.
6. Delvin HB, Gillen PHA, Waxman BP, MacNay RA. Short stay surgery for inguinal hernia: experience of the Shouldice operation 1970-1982. *Br J Surg* 1986; 73: 123-4.
7. Demont F, Legroux P, Cantori J. Analyse économique de la chirurgie ambulatoire des hernies inguinales. *Chaiers d'Anesthésiologie* 1993; 4: 335-7.
8. Delvin HB, Gillen PHA, Waxman BP, MacNay RA. Short stay surgery for inguinal hernia: experience of the Shouldice operation 1970-1982. *Br J Surg* 1986; 73: 123-4.
9. Nilsson E, Anderberg B, Bragmark M, Eriksson T, Fordell R, Haapaniemi S et al. Hernia surgery in a defined population. Improvements possible in outcome and cost-effectiveness. *Am Surg* 1993; 1: 150-3.
10. Lichtenstein IL, Shulman AG, Amid PK. The cause, prevention, and treatment of re-

ANNONS

current groin hernia. Surg Clin North Am 1993; 73: 529-44.

11. Marsden AJ. Inguinal hernia. A three-year review of two thousand cases. Br J Surg 1962; 49: 384-94.
12. Deysine M, Soroff HS. Must we specialize herniorrhaphy for better results? Am J Surg 1990; 160: 239-41.
13. Rubin HR, Gandek B, Rogers WH, Kosinski M, McHorney CA, Ware JE. Patients' ratings of outpatient visits in different practice settings. JAMA 1993; 270: 835-40.
14. Tamblyn R, Benaroya S, Snell L, McLeod P, Schnarch B, Abrahamowicz M. The feasibility and value of using patient satisfaction ratings to evaluate internal medicine residents. J Gen Intern Med 1994; 9: 146-52.
15. Kald A, Nilsson E. Quality assessment in hernia surgery. Qual Assur Health Care 1991; 3: 205-10.

SKALL FLER VACCINERAS MOT VATTKOPPOR?

Dags att ta ställning!

Varicellavaccin har få biverkningar och god skyddseffekt, åtminstone på kort sikt. Flera länder har reviderat eller håller på att revidera sin policy för varicellavaccination, och det är dags att vi i Sverige på allvar tar ställning till vilka grupper som skall vaccineras mot vattkoppor. Vuxna får emellertid en svårare och mycket mer komplicerad vattkoppsjukdom än barn, och det vore därför olyckligt om vaccination fördröjde insjuknande till en mer sårbar ålder än barndomen.

I början av 1970-talet togs i Japan fram en försvagad varicellastam, OKA-stammen [1], som nu används av flera läkemedelsbolag för framställning av levande, försvagat vaccin. Flera miljoner barn har vaccinerats med detta vaccin, framför allt i Japan. Vaccinet måste innehålla en viss mängd infektiöst virus vid injektionen för att ge skydd. Stabilitetsproblem gör att vissa vacciner måste frysförvaras fram till användningen, men det i Sverige registrerade vaccinet är stabilt i frystorkat skick.

I USA rekommenderas sedan 1995 allmän vaccination mot vattkoppor till barn över 12 månader [2, 3]. I Finland har man beslutat att varje enskild läkare kan ge vaccinet om denne finner det lämpligt [4]. I Sverige rekommenderas varicellavaccin endast till vissa immundefekta individer som saknar varicellaimmunitet, men vi bör nu även här ta ställning till utvidgade vaccinationsindikationer. Faktorer som påverkar ett beslut är varicellasjukdomens svårighetsgrad, den kostnad sjukdomen ger för samhället, vaccinets skyddseffekt på kort och lång sikt och dess biverkningar.

I denna artikel redovisas kortfattat svenskt material och utländska studier avseende vaccination mot vattkoppor och bältros, samt vaccination av immunkompetenta personer. Vaccination av immundefekta har tidigare redovisats i Läkartidningen [5], och berörs därför inte här.

Smittspridning och seropositivitet

Varicella sprids som aerosol, och smittspridningen är mycket effektiv. Efter genomgången infektion etablerar virus latens i sensoriska ganglier. Vid defekt specifik celltoxicitet kan virus reaktiveras, och patienten får då bältros. Bältros kan smitta och ge upphov till vattkoppor. Den latent varicellainfektionen utgör alltså en virusreservoar. Det motsatta, att vattkoppsmitta kan ge bältros hos tidigare immun, har anekdotiskt beskrivits många gånger, men är inte vetenskapligt bevisat.

I tempererade länder infekteras de flesta med varicella redan i barndomen. Från England och USA rapporteras nu en trend mot lägre prevalens seropositivitet bland tonåringar än tidigare [6, 7]. Denna trend tycks, enligt vår erfarenhet och en preliminär studie, dock ännu inte ha nått Sverige. Vi har vid Smittskyddsinstitutet nyligen studerat 200 serumprov från 12-åringar samt 200 prov från personer mellan 20 och 30 år från olika delar av landet avseende varicellaimmunitet.

Av 12-åringarna saknade 10 procent antikroppar mot varicella; i åldrarna 20-30 år var endast 2 procent seronegativa [opublicerade data]. I tropiska och subtropiska områden är andelen varicellaimmuna bland äldre betydligt mindre än här [8]. Vid de omfattande epidemier som uppträder med oregelbundna intervall i dessa områden drabbas många vuxna av vattkoppor.

Vattkoppor svårare för äldre

Anledningen till de olika prevalenserna seropositivitet i olika klimatzoner, möjligen också i olika länder, är inte klarlagd men har viktiga kliniska konsekvenser. Normalförloppet vid vattkoppor hos barn är godartat. I en ja-

Författare

ANNIKA LINDE

laborator, virusenheten, Smittskyddsinstitutet, Stockholm

ANDERS LINDBERG

smittskyddsläkare, Halmstad.