

# Diskbråckskirurgi polikliniskt

## Säkert och uppskattat alternativ för selekterade patienter



**MARTIN SKEPPHOLM**, med dr, överläkare martin.skeppholm@spinecenter.se

**ANDERS FROST**, med dr, överläkare

**CLAES OLERUD**, professor, överläkare; samtliga Stockholm Spine Center, Löwenströmska sjukhuset, Upplands Väsby

Incidensen av diskbråckskirurgi har under de senaste årtiondena varit relativt konstant, i genomsnitt ca 20 operationer per 100 000 invånare per år [1, 2]. Medelvårdtiden efter diskbråckskirurgi under tidsperioden 1987–1999 har nästan halverats: från nio till fem dagar [2]. En drastisk minskning av antalet ortopediska och neurokirurgiska vårdplatser under denna period kan ha bidragit till denna minskning av vårdtiden [3] samtidigt som en mer atraumatisk operationsteknik utvecklats. Kortare vårdtider minskar kostnaderna för vården men får givetvis inte påverka patientsäkerheten.

Poliklinisk diskbråckskirurgi har tidigare beskrivits i Sverige [4] men har aldrig fått riktigt genomslag. Internationellt är poliklinisering av diskbråckskirurgin redan rutin på många ryggekirurgiska centra, och i USA utfördes 26 procent av alla diskbråcksoperationer polikliniskt år 2000 [5]. Flera tidigare studier har visat att dagkirurgi inte påverkar patientsäkerheten och dessutom är mycket kostnadseffektiv [6–10]. Kortare vårdtider verkar inte heller påverka långtidsresultaten [11–13]. De flesta av dessa studier kommer från USA, där ekonomiska motiv för såväl patient som vårdgivare troligen varit en drivande kraft bakom utvecklingen mot kortare vårdtider. Även i Sverige finns behov att rationalisera och förbättra rutinerna kring denna grupp av patienter. Många patienter föredrar ett dagkirurgiskt ingrepp framför inläggning, och möjligen kan en poliklinisk rutin också förkorta väntetiderna till operation, eftersom sjukhuset inte behöver ta vårdplatser i anspråk på samma sätt.

På Stockholm Spine Center introducerades diskbråcksoperation som dagkirurgisk åtgärd på försök 2003. Från detta år fram till och med år 2006 har 287 patienter följts upp avseende både komplikationer och subjektiv upplevelse relaterade till den tidiga hemgången. Under 2006 registrerades även inläggningsfrekvensen för de patienter som hade planerats för dagkirurgi och orsakerna till inläggning. Vi har också analyserat de förutsättningar och krav som ställs på vårdorganisationen för att kunna genomföra en poliklinisering av diskbråckskirurgin.

### PATIENTER OCH METODER

För att komma i fråga för poliklinisk kirurgi valdes patienter i ASA-klass 1 och 2. Riskbedömningen utfördes av både kirurg och narkosläkare. Dessutom skulle patienterna ha en anhörig i hemmet vid hemkomsten och inte bo för långt ifrån sjukhuset. Patienterna informerades redan vid första mottagningsbesöket om ingreppet, hur det postoperativa förloppet normalt sett är och vilka möjliga komplikationer som skulle kunna tillståta. Därefter tillfrågades de om de kunde tänka sig att gå hem på operationsdagens eftermiddag eller om de ville vara kvar på avdelningen över natten. Även om patienterna valde dagkirurgi gavs möjlighet att stanna kvar på avdelningen om komplikation skulle tillståta. Alla operationer utfördes i narkos med

### »Internationellt är poliklinisering av diskbråckskirurgin redan rutin ...«

sedvanlig anestesi och lokal infiltration av bupivakain. På uppsvagningsavdelningen observerades patienterna till dess att de kunde överföras till vanlig vårdavdelning. Smärtlindring gavs efter behov, vanligtvis med morfin eller ketorolak. Före hemgång kontrollerades också förmågan att tömma urinblåsan. Om residualurin mätt med BladderScan översteg 300 ml fick patienten stanna kvar tills blåsfunktionen var tillfredsställande. De patienter som hade kvarstående residualurin eller av någon annan anledning behövde förlängd observationstid fick stanna kvar till nästa dag.

287 patienter, 95 kvinnor, med en medelålder på 40,5 år, som opererats polikliniskt för lumbalt diskbråck följdes upp via telefonkontakt dagen efter operationen. Operationerna utfördes mellan 2003 och 2006, alla på Stockholm Spine Center. 222 patienter opererades med konventionell teknik och 65 med mikroskop. Operationerna förlades till förmiddagar för att få tillräckligt lång observationstid av patienterna. Operationstiden var i genomsnitt 43 minuter för dem som opererades med konventionell teknik och 53 minuter för dem som opererades med mikroskop.

Antalet operationer var jämnt fördelat på klinikens alla kirurger. De patienter som kunde gå hem som planerat kontaktades dagen efter med ett telefonsamtal. De fick svara på frågor om upplevelsen av att gå hem tidigt och gradera denna som »mycket bra«, »ganska bra«, »ganska dålig« och »mycket dålig« samt skatta smärta på VAS-skala. Dessutom tillfrågades de om nytillkomna eller förvärrade symtom efter en standardiserad checklista. Allvarliga komplikationer, som postoperativ diskit eller trombos, var ovanliga. Under tidsperioden opererades totalt 759 patienter på grund av diskbråck på kliniken, och av dessa registrerades 6 (1 procent) diskiter och inga tromboser. Med så få fall i grupperna går det inte att se om det föreligger någon skillnad mellan polikliniska och inläggande patienter avseende allvarliga komplikationer. 4–6 veckor efter operationen följdes patienterna upp med ett besök på mottagningen enligt rutin efter diskbråckskirurgi. Under 2006 observerades inläggningsfrekvensen och orsakerna till att patienter blev kvar på sjukhuset.

### RESULTAT

234 patienter (82 procent) skattade sin upplevelse av tidig hemgång som »mycket bra«, 47 (17 procent) skattade den som »ganska bra« och 4 (1 procent) som »ganska dålig«. Ingen svarade »mycket dålig«. Det fanns ingen skillnad i skattning av upplevelse mellan patienter opererade med mikroskop och

### SAMMANFATTAT

En stor del av de patienter som opereras för diskbråck i ländryggen skulle kunna handläggas polikliniskt.

Information till patienten och kompetens i vårdkedjan är viktigare än val av förstöringsteknik peroperativt.

konventionell teknik. Gruppen som svarade »mycket bra« hade ett medel-VAS på 3,3 jämfört med gruppen som svarade »ganska dålig«, som hade 8,1. Under 2006 opererades totalt 243 patienter för diskbräck på kliniken. 141 patienter planerades för polikliniskt ingrepp, och 110 (78 procent) kunde skrivas ut på operationsdagen. 16 patienter stannade på avdelningen på grund av residualurin, fem på grund av otillräcklig smärtlindring, fem på grund av observation efter duraskada, fyra på grund av illamående och en på grund av sen operationsstart med otillräcklig observationstid. Alla 31 patienter som lades in kunde skrivas ut dagen efter. Inte heller här fanns någon skillnad mellan grupperna opererade med olika tekniker. Endast en patient behövde uppsöka sjukhus igen. Han sökte akutmottagning på annat sjukhus efter synkope i hemmet men blev inte inlagd. Inga andra komplikationer som kan sättas i samband med tidig hemgång har kunnat noteras.

## DISKUSSION

Den genomsnittliga vårdtiden i Sverige för ett konventionellt diskbräcksingrepp var år 2005 3,2 dygn och för ett ingrepp med mikroteknik 3,4 dygn [14]. Således har vårdtiderna sjunkit ytterligare sedan slutet på 1990-talet. Elektiv diskbräckskirurgi skulle i stor utsträckning kunna utföras polikliniskt, och i de alla flesta fall behöver vårdtiden inte överstiga ett dygn.

Den polikliniska handläggningen uppfattades över lag positivt av patienterna och gjorde möjligen att ingreppet upplevdes som mindre dramatiskt. De som uppfattade att hemgången var negativ hade mer av postoperativ smärta, och det är möjligt att en bättre postoperativ smärtstillande regim skulle minska denna grupp. Ytterligare en fördel med poliklinisk handläggning kan vara att väntetiden till operation minskar, eftersom sjukhuset inte behöver tillgång till vårdplatser i samma utsträckning som vid planerad inläggande kirurgi.

## Residualurin och otillfredsställande smärtlindring

Under 2006 behövde 22 procent av patienterna som planerats för dagkirurgi stanna kvar på sjukhuset, vilket kan tyckas vara en hög andel. Andra studier har visat inläggningsfrekvenser varierande mellan 1 och 21 procent [8, 15, 16]. Den vanligaste orsaken i vår studie var residualurin, följt av otillräcklig smärtlindring. Vi valde att lägga in patienter med residualurin för att säkerställa att blåsfunktionen normaliserats och kvarhöll även de patienter där smärtstillningen inte fungerade helt tillfredsställande. En möjlig orsak till att relativt många patienter blev inlagda på grund av residualurin kan vara att vi kontrollerade

blåsfunktionen med BladderScan, vilket inte har gjorts rutinmässigt i andra studier. Det kan ha bidragit till att patienterna blivit observerade i onödan, eftersom alla inlagda för detta blev utskrivna dagen efter utan särskild åtgärd. Man kan också diskutera om residualurin med ett för övrigt normalt neurologstatus är indikation för inläggning. Oftast kan även dessa patienter handläggas polikliniskt med information och telefonkontakt. Det fåtal patienter som tillfälligt förses med KAD kan skötas i primärvården med dragning hos distriktssköterska. Även många problem med smärtlindring kan hanteras polikliniskt.

Förutom det planerade telefonsamtalet dagen efter hemgång har vi infört telefonrådgivning bemannad av smärtkompetent sjuksköterska dit nyopererade patienter kan ringa och få råd och rekommendationer avseende smärtstillning eller andra problem. Sjuksköterskan har nära kontakt med patienternas respektive patientansvariga läkare (PAL) för konsultation. Det finns också möjlighet till akut inläggning om problemen blir ohanterliga i hemmet. På så sätt har många patienter som annars skulle stanna kvar på sjukhuset kunnat behandlas polikliniskt utan avkall på vare sig vårdkvalitet eller säkerhet, och intrycket är att detta fungerar mycket tillfredsställande.

## Vårdkedjan viktigare än tekniken

I tidigare studier [4, 8-10] har man lagt stor tyngd vid att mikroskop bör användas vid dagkirurgi och att detta är en särskild operationsteknik, men egentligen görs samma operation med olika hjälpmedel för förstoring av operationsområdet. En atraumatisk teknik med liten friläggning är säkert av vikt, och i denna uppföljning kunde man inte se några skillnader i resultat om mikroskop använts eller inte. Det finns tidigare studier som inte heller har kunnat visa på någon skillnad efter längre uppföljningar [17, 18]. Val av förstoringsteknik i operationsområdet är således inte av lika stor betydelse som andra faktorer.

Viktigare är troligen hur organisationen kring patienten fungerar, där alla inblandade personalkategorier bidrar med sin kompetens för att patienten ska känna sig trygg även med poliklinisk kirurgi. Hela vårdkedjan, inkluderande kirurg, anestesipersonal, sjuksköterskor och undersköterskor på avdelningen, måste ha ett intresse i handläggandet för att detta ska fungera. Dessutom ska beredskap för inläggning finnas för de patienter som kräver förlängd observationstid, t ex vid oväntat stor blödning eller likvorläckage.

## ■ Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.

## REFERENSER

- Ont i ryggen – orsaker, diagnostik och behandling. Stockholm: SBU; 1991. SBU-rapport 108.
- Jansson K, Németh G, Granath F, Blomqvist P. Surgery for herniation of a lumbar disc in Sweden between 1987 and 1999, an analysis of 27 576 operations. *J Bone Joint Surg (Br)*. 2004;86-B:841-7.
- Borgström A. Sverige har lägst antal vårdplatser i Europa. *Läkartidningen*. 2007;104(6):396-7.
- Andreen O. Ambulatory microsurgical lumbar discectomy. *J Ambulatory Surgery*. 1993;1:121-4.
- Grey DT, Deyo RA, Kreuter W, Mirza SK, Heagerty PJ, Comstock BA, et al. Population-based trends in volumes and rates of ambulatory spine surgery. *Spine*. 2006;31(17):1957-63.
- Bookwalter III JW, Busch MD, Nicely D. Ambulatory surgery is safe and effective in radicular disc disease. *Spine*. 1994;19(5):526-30.
- Newman MH. Outpatient conventional laminotomy and disc excision. *Spine*. 1995;20(3):353-5.
- Zahrawi F. Microlumbar discectomy – is it safe as an outpatient procedure? *Spine*. 1994;19(9):1070-4.
- Natalie M, Best BS, Sasso R. Success and safety in outpatient microlumbar discectomy. *J Spinal Disord Tech*. 2006;19(5):334-7.
- Singhal A, Bernstein M. Outpatient lumbar microdiscectomy: a prospective study in 122 patients. *Can J Neurol Sci*. 2002;29(3):249-52.
- Lange SC, Bernstein B, Lange CL, Perkins SB. The effect of curtailed hospitalization and outcome of lumbar discectomy patients in a private practice setting. *Conn Med*. 2004;68(3):139-45.
- Asch HL, Lewis PJ, Moreland DB, Egnatchik JG, Yu YJ, Clabeaux DE, et al. Prospective multiple outcomes study of outpatient microdiscectomy: should 75 to 80 percent success rates be the norm? *J Neurosurg*. 2002;96(1):34-44.
- Lorish TR, Tanabe CT, Waller FT, London MR, Landsky DJ. Correlation between health outcome and length of hospital stay in lumbar microdiscectomy. *Spine*. 1998;23:2195-200.
- Strömqvist B, Fritzell P, Hägg O, Jönsson B. Uppföljning av ländryggskirurgi i Sverige år 2006. Data från svenska ryggregistret 2005.
- Shaikh S, Chung F, Imarengiaye C, Yung D, Bernstein M. Pain, nausea, vomiting and ocular complications delay discharge following ambulatory microdiscectomy. *Can J Anesth*. 2003;50(5):514-8.
- Doerksen K, Dusik-Sharpe J. Lumbar discectomy: developing and implementing a day surgery protocol. *Axone*. 2003;25(1):18-21.
- Tullberg T, Isacson J, Weidenhielm L. Does microscopic removal of lumbar disc herniation lead to better results than the standard procedure? The results after one year in a randomized study. *Spine*. 1993;18:24-7.
- Katayama Y, Matsuyama Y, Yoshihara H, Sakai Y, Nakamura H, Nakashima S, et al. Comparison of surgical outcomes between macro discectomy and micro discectomy for lumbar disc herniation: a prospective randomized study with surgery performed by the same spine surgeon. *J Spinal Disord Tech*. 2006;19(5):344-7.