

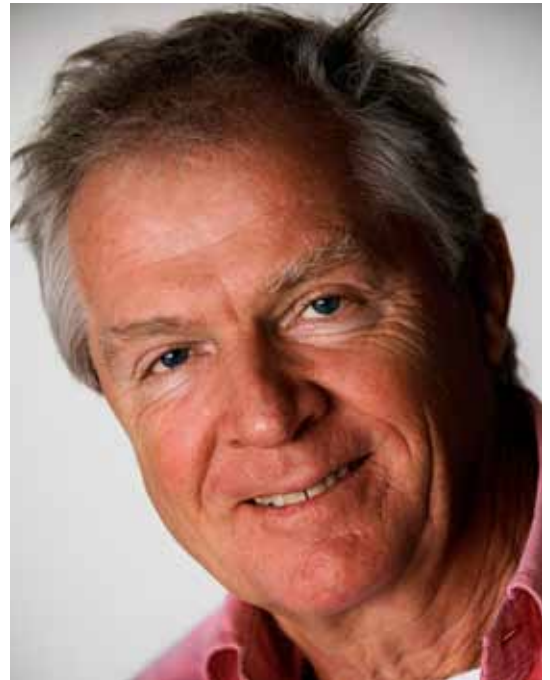
Styttir legutíma og bætir líðan flýtibatameðferð sjúklinga

Danski skurðlæknirinn og prófessorinn Henrik Kehlet flutti fyrirlestur um flýtibatameðferð á þingi Skurðlæknafélags Íslands sem haldið var í mars. Kehlet er aðalflugmyndasmiður flýtibatameðferðar sem tekin hefur verið upp með góðum árangri á sjúkrahúsum í Danmörku og breiðst út til annarra Evrópulanda, Bandaríkjanna og reyndar heim allan á undanförunum árum. Læknablaðið ræddi við Kehlet og tvo íslenska lækna, Kristínu Jónsdóttur fæðingar- og kvensjúkdómalækni og Svein Geir Einarsson svæfingalækni um kosti og árangur af flýtibatameðferðarinnar.

„Markmiðið með flýtibata er að sjúklingurinn ná sér fyrr eftir aðgerð. Með því að lágmarka innngrip á öllum sviðum aðgerðar er sjúklingurinn minna veikur eftir aðgerð, hann jafnar sig því fyrr og legutíminn eftir aðgerð er umtalsvert styttri,“ segir Henrik Kehlet í samtali við *Læknablaðið*. Hann á að baki áratuga langt starf sem kviðarholsskurðlæknir við Hvidovre-spítalann í Danmörku og prófessor við Kaupmannahafnarháskóla en hefur undanfarin ár helgað sig rannsóknum á flýtibatameðferð.

„Leiðarljósið er ávallt gæði meðferðarinnar og velferð sjúklingsins. Þetta er í sjálfu sér mjög einfalt og ég furða mig stundum á því hvað tekur langan tíma fyrir marga að átta sig á því. Ástæðurnar eru þó alveg skýrar; fólk er tregt til að breyta út af hefðbundnum aðferðum og rek ég mig oft á vantrú á árangur flýtibatameðferð. Staðreyndirnar tala þó sínu máli og margir efasemdarmannanna hafa einfaldlega ekki kynnt sér nægilega vel fyrirliggjandi upplýsingar um árangurinn. Það skapar einnig vandamál sumstaðar að til að flýtibatameðferð beri árangur þurfa margar sérgreinar og fagstéttir að vinna náið saman. Þetta er þverfagleg nálgun sem kallar á gott samstarf. Þá eru stjórnendur sjúkrahúsanna stundum tregir til að taka flýtibatameðferð upp og það stafar einfaldlega af því að þeir hafa ekki kynnt sér hagkvæmnina. Stundum þarf maður hreinlega að útbúa þeirra eigin tölfræði upp í hendurnar á þeim. Tölfræðin sýnir okkur svart á hvítu að legudögum á dönskum sjúkrahúsum vegna legnáms hefur fækkað úr fjórum í tvo, vegna ristilaðgerða úr tólf í þrjá og vegna mjaðmeða hnéaðgerða úr átta í fjóra.“

**Hávar
Sigurjónsson**



Prófessor Henrik Kehlet.

Kehlet segir að engin rök séu gegn því að taka upp flýtibatameðferð. „Ef stjórnvöld gengju í lið með okkur og segðu við stjórnendur sjúkrahúsanna; hér er meðferð sem minnkar legutíma sjúklinga eftir aðgerð um 50% að meðaltali. Hvers vegna notið þið hana ekki? Ef ég væri heilbrigðisráðherra myndi ég spyrja þessarar spurningar.“

Kehlet segir að flýtibatameðferð eigi jafn vel við allar gerðir aðgerða og einnig við alla sjúklingahópa. „Lykilatriðið er að fræða sjúklinginn og fá hann til að vinna með okkur. Ég hef heyrt mótbárur frá Suður-Evrópu og Bandaríkjunum þar sem því er borið við að sjúklingarnir vilji ekki taka þátt í flýtibatameðferð. Það er ekki okkar reynsla, sjúklingarnir hafa alltaf verið jákvæðir fyrir þessu og mjög ánægðir með árangurinn.“

Kehlet segir að Bretland sé fyrsta landið til að taka upp áætlun um flýtibatameðferð á landsvísu. „Það verður spennandi að fylgjast með því þar sem hvergi annars staðar hafa stjórnvöld sett slíka áætlun í gang. Það má reyndar segja að í Danmörku hafi flest sjúkrahús tekið flýtibatameðferð upp að

meira eða minna leyti en það er þó ekki skipulagt af stjórnvöldum.“

Hann segist telja að Ísland sé vel fallið til að taka upp flýtibatameðferð þar sem sjúkrahús séu tiltölulega fá og sjúklingahópurinn ekki stór. „Það ætti því að vera einfalt að samræma aðgerðir og hafa góða yfirsýn yfir árangurinn.“

Að sögn Kehlets eru þrír áratugir síðan hann fékk áhuga á að þróa flýtibatameðferð. Hann leiðir nú rannsóknarhóp sem rannsakar meðal annars minnisglöp aldraðra sjúklinga eftir mjaðma- og hnéskiptiaðgerða. „Við erum einnig að rannsaka sársaukaþröskuld fólks en þar leika erfðir stórt hlutverk og einstaklingsbundinn sársaukaþröskuldur ræður miklu um hversu fljótt fólk er að jafna sig eftir aðgerð,“ segir hann.

Einstaklega góður árangur

Kristín Jónsdóttir fæðinga- og kvensjúkdómalæknir segir að á kvennadeild Landspítala hafi verið byrjað að beita flýtibata við legnám í september 2007 og við valkeisaraskurði í október 2008 og síðan allar aðgerðir frá 1. febrúar í ár. Hún segir að svo virðist ekki vera að fylgikvillum hafi fjölgað en verið sé að taka saman tölfræðina fyrir legnám og keisaraskurði.

„Mikilvægast er að konunum líður betur eftir aðgerð og eru mun fljóttari að ná sér. Fylgikvillar hafa ekki aukist og legutíminn styttest um helming eða meira. Sem dæmi ná nefna að legutími eftir legnám er nú einn sólarhringur en var áður 4-5. Það er mikilvægt að átta sig á því að flýtibatameðferðin nær yfir allt ferlið; frá því ákvörðun um aðgerð er tekin og þar til sjúklingur hefur ná fullum bata. Fyrir aðgerð er fræðsla mjög mikilvæg þannig að sjúklingurinn viti nákvæmlega hvað stendur til, og hann sé öruggur og líði vel. Flýtimeðferð dregur verulega úr verkjum og ógleðivandamálum sjúklingsins og fasta fyrir og eftir aðgerð er mun styttri en í hefðbundinni meðferð.“

Aðspurð um hvort þetta sé ekki of gott til að vera satt brosir Kristín og segir það kannski vera vandamálið í hnotskurn. „Fólk er vantrúað á hversu góður árangur er af flýtibatameðferðinni. Ég var svo heppin að kynnast þessu á sjúkrahúsi í Danmörku þar sem ég var í sérnámi og kom með



Kristín Jónsdóttir fæðinga- og kvensjúkdómalæknir.

kunnáttuna með mér heim. Hér á kvennadeildinni hefur árangurinn verið einstaklega góður og ég varð vör við mikinn áhuga á skurðlæknaþinginu þar sem Kehlet talaði. Þetta ætti að vera sérstakt áhugamál heilbrigðisyfirvalda þar sem sparnaður af þessu er ótvíræður, bæði í styttnu legutíma sjúklinga og einnig komast þeir yfirleitt mun fyrr til fullrar heilsu. Þetta er því þjóðhagslega mjög hagkvæmt,“ segir Kristín Jónsdóttir.

Breytt hugarfar

„Fyrst og fremst snýst þetta um breytt hugarfar,“ segir Sveinn Geir Einarsson yfirlæknir svæfinga- deildar St. Jósefsspítala í Hafnarfirði um flýtibatameðferðina sem Kehlet hefur þróað.

„Flýtibatameðferð hefur verið tekin upp víða á sjúkrahúsum hérlendis og hefur Landspítalinn trúlega verið þar hvað duglegastur, sérstaklega kvennadeildin og meltingarskurðdeildin. Þetta er líka orðin viðtekin aðferð á St. Jósefsspítala, Akranesi og á Akureyri þó ekki sé það með eins formlegum hætti. Það sem margir eiga erfitt með að meðtaka við flýtibatameðferð er að



Sveinn Geir Einarsson svæfingalæknir.

sjúklingarnir fara að dreypa á, borða og á fætur mun fyrir en áður var. Reynt er að forðast óþarflega langa föstu fyrir aðgerð og að halda regluna 6 klst á fasta fæðu og 2 klst á vökva. Sjúklingarnir fá orkudrykki fyrir og nokkra daga eftir aðgerð. Við aðgerðir á smágirni og ristli var hin hefðbundna aðferð fólgin í því að láta sjúklinginn fasta lengi á eftir til að reyna sem minnst á tengingar. Flýtibatameðferðin snýst hins vegar um að koma allri líkamsstarfsemi sem fyrst í eðlilegt horf og í rauninni er hún aldrei stöðvuð heldur nýtt við bataferlið. Þetta getur stýtt legutíma sjúklinga um meira en helming auk þess sem sjúklingnum líður miklu betur og nær sér að öllu leyti miklu fyrir," segir Sveinn Geir.

„Svæfingin er einnig lykilatriði við flýtibatameðferð því þar stjórnar maður að miklu leyti hvernig eftirbatinn gengur fyrir sig. Svæfingalæknirinn er eins og kokkur. Gæðin felast í smátriðunum þar sem hann blandar saman svæfingalyfjum, sterkum verkja-

lyfjum og ógleðifyrirbyggjandi lyfjum allt eftir þörfum sjúklingsins. Í góðri svæfingu notar svæfingalæknirinn líka deyfingu alls staðar þar sem henni verður við komið. Með notkun deyfinga meðan á aðgerð stendur þarf minna af svæfinga- og verkjalyfjum til að halda sjúklingnum mátulega sofandi sem leiðir af sér fljótari og notalegri vöknun. Með þessu móti getur sjúklingurinn haft fótavist strax fyrsta kvöldið, hann getur dreypt á orkudrykk og byrjað að borða daginn eftir. Lykilatriðið er að nota sem minnst af þungum verkjalyfjum, sem deyfa meltingarveginn, auka líkur á ógleði og geta í rauninni tafið batann um marga sólarhringa.“

Sveinn Geir segir skipta miklu máli við flýtibatameðferðina að aðgerðirnar séu framkvæmdar af teymi sem virki eins og vel smurð keðja. „Því fleiri endurtekningar því betra. Þannig fæst nauðsynleg þjálfun og hraði. Mín skoðun er sú að hér á landi eigi skurðstarfsemi einungis að vera á tveimur stöðum, á Reykjavíkursvæðinu (þar með talið Akranesi) og á Akureyri.“

Sveinn segir að flýtibatameðferð hafi geysilega jákvæð áhrif á alla þætti þjónustunnar. „Þetta virkar einstaklega hvetjandi á lækna og hjúkrunarfólk því árangurinn er svo ótrúlega mikill og góður. Þetta er miklu betra fyrir sjúklinginn því honum líður miklu betur og umönnunin verður miklu auðveldari. Fyrir stjórnendur sjúkrahúsanna er ávinningurinn augljós því þetta stýttir legutíma sjúklinga um allt að helming, umsetningin verður meiri og hægt að framkvæma fleiri aðgerðir. Flýtibatameðferð á við um allar tegundir aðgerða og allar tegundir sjúklinga. Það er enginn sjúklingahópur eða aðgerð sem flýtibatameðferð nær ekki til. Þetta er einfaldlega önnur og betri nálgun en sú sem við höfum beitt undanfarna áratugi. Það er ekkert sem mælir gegn þessu annað en mannleg tregða við að tileinka sér breytingar. Hún er á hröðu undanhaldi eftir því sem árangurinn verður augljósari.“