

Stytt sjúkrahúslega við valkeisaraskurði eftir upptöku flýttibatameðferðar og heimaþjónustu

Jóhanna Gunnarsdóttir¹ læknir, Þorbjörg Edda Björnsdóttir¹ hjúkrunarfræðingur, Þórhallur Ingi Halldórsson^{2,3} faraldsfræðingur og tölfraeðingur, Guðrún Halldórsdóttir¹ ljósmóðir og hjúkrunarfræðingur, Reynir Tómas Geirsson^{1,3} læknir

ÁGRIP

Tilgangur: Kanna hvort sjúkrahúslega við valkeisaraskurði styttest án fjölgunar endurinnlagna með innleiðslu flýttibatameðferðar, og skoða hvaða þættir hefðu áhrif á lengd legu.

Efniviður: Flýttibatameðferð með útskriftarskilyrðum hófst í nóvember 2008 ásamt gæðaeftirliti og ánægjukönnun. Heimaþjónusta ljósmæðra var í boði við útskrift innan 48 klst. Legutími allra kvenna sem fæddu einbura með valkeisaraskurði frá 1.11. 2008-31.10. 2009 (n=213; 182 í flýttibatameðferð) var borinn saman við legutíma árin 2003 (n=199) og 2007 (n=183) og tekið tillit til fyrri fæðinga. Endurinnlagnir og endurkomur 2007 og 2008-9 voru skoðaðar. Ástæður lengri legu, líkamspýngdarstuðull og fleira voru skráð í flýttibatameðferðinni.

Niðurstöður: Miðgildi legutíma styttest marktækt úr 81 í 52 klst milli 2007 og 2008-9. Endurinnlagnir voru fjórar á báðum tímabilum og tíðni endurkoma sambærileg. Árið 2008-9 gátu 66% heildarhóps útskrifast á innan við 48 klukkustundum. Konur í flýttibatameðferð voru ánægðar með snemmútskrift. Sjúkrahúslega fjölbyrja var styttri 2007 en 2003, en óbreytt hjá frumbyrjum. Fyrri fæðingar höfðu hverfandi áhrif á legutíma 2008-9, þó frumbyrjur yngri en 25 ára í flýttibatameðferð væru líklegri til að liggja inni lengur en í 48 klukkustundir. Engin fylgni var milli líkamspýngdarstuðuls og legutíma. Verkir hömluðu sjaldan útskrift við flýttibatameðferð og 90% töldu verkjameðhöndlun fullnægjandi eftir heimkomu.

Ályktun: Legutími eftir valkeisaraskurði hefur styst eftir tilkomu flýttibatameðferðar og heimaþjónustu. Flestar hraustar konur með eitt barn geta útskrifast snemma eftir valkeisaraskurð, án þess að endurinnlögnum fjölgi.

Inngangur

¹Kvenna- og barnasviði,
²næringarstofu
Landspítala,
³læknadeild, HÍ.

Fyrirspurnir:
Jóhanna Gunnarsdóttir
Akademíska sjúkhuset
Uppsölum Sviþjóð

johagun@bjarni.muna.is

Árlega eru gerðir um 200 valkeisaraskurðir á Landspítala. Flestir fyrirfram ákveðnir keisaraskurðir (valkeisaraskurðir) eru hjá hraustum konum vegna fyrri keisaraskurða eða sitjandastöðu barns. Legutími á sjúkrahúsi eftir keisaraskurð er breytilegur eftir löndum og sjúkrahúsum, en hefur almennt styst undanfarna áratugi.¹⁻⁵ Meðalsjúkrahúslega í Bandaríkjunum styst á 20 ára bili úr sex dögum í þrjú árið 2001.^{1,6} Upplýsingar um snemmútskriftir eftir keisaraskurði eru takmarkaðar, en útskrift tveimur dögum eftir aðgerð virðist að jafnaði möguleg fyrir hraustar konur eftir eðlilega meðgöngu og fylgikvillalaus aðgerð.⁷⁻¹⁰ Alvarlegir fylgikvillar við valkeisaraskurði eru fátíðir.¹⁰⁻¹¹ Flestir minniháttar fylgikvillar greinast þegar meira en fjórir dagar eru frá aðgerð og endurinnlagnir eru sjaldgæfar.⁶⁻⁸

Ekki hefur verið gerð rannsókn á forspárþáttum legutíma eftir keisaraskurð, en eftir legnám hafa verið sýnd tengsl milli legutíma og ógleði sem krefjast meðferðar.¹² Slembirannsóknir um öryggi og ávinning þess að borða skömmu eftir keisaraskurð, miðað við föstu fyrsta sólarhringinn, hafa bent til óbreyttrar tíðni garnalömunar og sýnt hefur verið fram á stytta sjúkrahúslegu hjá þeim sem borða snemma.¹³ Flýttibatameðferð (*multimodal enhanced recovery program/fast-track surgery*) byggist á þeirri tilgátu að þreyta eftir aðgerð skýrist af bólguviðbragði vegna aðgerðarinnar, og vöðvaniðurbroti sökum orkuskorts og hreyfingarleysis. Með forvarnarþáttum megi ná skjótari bata og fækka fylgikvillum. Verkjameðferð, stutt fasta, hreyfing og föst fæða skömmu eftir aðgerð eru því lykilatridi.¹⁴ Áhersla er lögð á teymisvinnu fagfólks, þar með talið svæfingalæknis.^{14, 16} Slembirannsókn um ávinning

flýttibatameðferðar við valkeisaraskurð er ekki til. Flýttibatameðferð við valkeisaraskurði hófst árið 2002 í Kaupmannahöfn. Um 60% kvenna sem fengu slíka meðferð árið 2004 gátu útskrifast á öðrum degi og meðallegutími var 2,9 dagar.^{9, 10, 16}

Heimaþjónusta ljósmóður er í boði á Íslandi fyrir konur sem fæða eðlilega um leggöng og liggja stutta sængurlegu (innan við 36 klukkutíma). Slík þjónusta var heimiluð árið 2008 fyrir konur sem fæða með keisaraskurði, náist útskrift innan 48 tíma. Heimaþjónusta hjúkrunarfræðinga eftir bráðakeisaraskurð hefur annars staðar reynst svara kostnaði og auka ánægju kvenna.⁶

Markmið þessarar rannsóknar var að skoða hvort meðallegutími við valkeisaraskurði styttest án fjölgunar endurinnlagna eftir innleiðslu flýttibatameðferðar með heimaþjónustu. Jafnframt var ánægja kvenna með slíka breytingu könnuð og skoðaðir þættir sem gætu haft áhrif á lengd legutíma.

Efniviður og aðferðir

Borinn var saman meðallegutími kvenna eftir valkeisaraskurð á sængurkvennadeild Landspítala fyrir og eftir innleiðslu flýttibatameðferðar, með því að skoða tvö heil ár, 2003 og 2007, til samanburðar við árið eftir að nýtt verkferli hófst (1.11. 2008 til og með 31.10. 2009). Gæðaeftirlit (fagrýni) var unnið samhliða breyttu verklagi. Rannsóknin var gerð með samþykki siðanefndar Landspítalans og Persónuverndar. Á kvennadeild Landspítala voru gefnar út verklagsreglur árið 2003 um umönnun kvenna eftir valkeisaraskurð sem unnið var eftir þar til flýttibatameðferð var hafin í

Barst: 3. júní 2010, -
samþykkt til birtingar:
27. maí 2011.

Höfundar til taka hvorki
styrki né hagsmunatengsl.



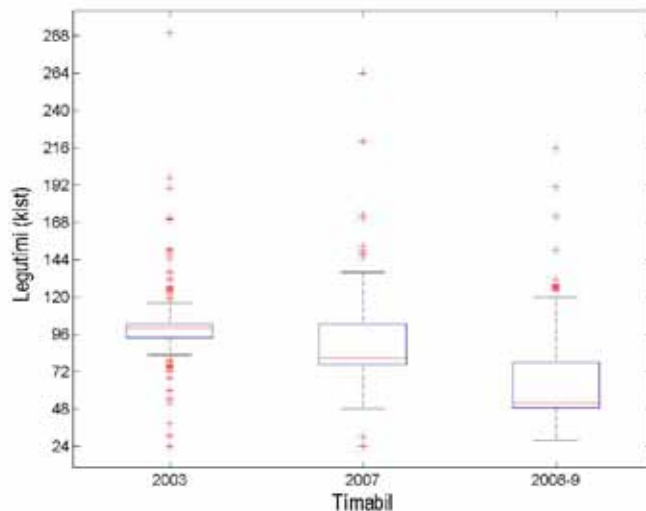
Mynd 1. Legutími kvenna sem fæddu eitt barn með valkeisaraskurði nóvember 2008 – október 2009. Í flýttibatameðferð voru 182 af 213, en 31 kona fylgdi ekki flýttibataferlinu og var ráðlagt að dvelja lengur en 48 klst. Ástæður sjúkrahúslegru yfir 48 klst eru taldar upp, annars vegar hjá þeim sem ráðlagt var að dvelja lengur og hins vegar þeim sem fengu flýttibatameðferð en gátu ekki útskrifast snemma.

nóvember 2008. Gert var ráð fyrir að legutími gæti hafa breyst á árunum milli 2003 og 2007 án markvissra aðgerða og bæði árin því notuð til samanburðar.

Flýttibatameðferðin var með svipuðu sniði og í Kaupmannahöfn. Allar konur sem fæddu með valkeisaraskurði fóru í flýttibataferlið, að undanskildum konum með sykursýki af tegund I eða meðgöngueitrun, þeim sem ekki skildu íslensku eða gengu með fleirbura. Þær fengu hliðstæða einstaklingsmiðaða meðferð, en lega fram yfir 48 tíma var ráðlögð. Í flýttibataferlinu fólst ítarleg fræðsla sem var lykilorð til að gera konurnar virkar í eigin meðferð og bata. Innskriftarfræðsla fór fram viku fyrir aðgerð og stefnt að snemmútskrift (innan 48 tíma) frá upphafi. Áður hafði fræðsla aðeins farið fram daginn fyrir aðgerð án útskriftaráætlunar. Föstu frá miðnætti var breytt í sex tíma fyrir aðgerð. Konunum var leyft að drekka allt að tveimur tímum fyrir og fljótlega eftir aðgerð, en langri vökvagjöf í æð hætt. Meiri áhersla var lögð á að konur borðuðu snemma og einnig á hreyfingu eftir aðgerð. Í flýttibata er lögð áhersla á grunnverkjastillingu með föstum lyfjagjöfum um munn strax eftir aðgerð, sem ekki hafði verið markviss áður. Fastar gjafir oxýcódóns, íbúprófens og parasetamóls voru notaðar

Tafla 1. Legutími kvenna sem fæddu eitt barn með valkeisaraskurði árið 2003, 2007 og eftir að flýttibatameðferð hófst 2008-9 (heilt ár borin saman). Munur á legutíma frumbyrja og fjölbyrja. P-gildi: $p < 0,0001$ milli 2007 og 2008-9. Milli 2003 og 2007: Frumbyrjur $p = 0,50$, fjölbyrjur $p = 0,001$ og allar $p = 0,003$.

Valkeisaraskurðir Eitt barn fætt	2003	2007	nóv 2008- okt 2009
Frumbyrjur			
Fjöldi kvenna	33	40	37
Legutími, miðgildi (klst.)	101	102	53
25-75 hundraðshlutar (klst.)	98-123	78-120	50-80
Fjölbyrjur			
Fjöldi kvenna	166	143	176
Legutími, miðgildi (klst.)	100	81	52
25-75 hundraðshlutar (klst.)	80-102	76-102	48-79
Allar konur			
Fjöldi kvenna	199	183	213
Legutími, miðgildi (klst.)	100	81	52
25-75 hundraðshlutar (klst.)	83-103	76-103	49-79



Mynd 2. Stytting legutíma við valkeisaraskurð frá 2003 til 2009. Flýttibatameðferð var innleidd í nóvember 2008. Borin voru saman heilt ár 2003 og 2007 miðað við nóvember 2008 – október 2009 (heilt ár). Allar konur nema þær sem fæddu tvöbura með valkeisaraskurði.

í flýttibata, og morfín eftir þörfum. Oxýcódón var gefið í þrjá sólarhringa, en konur sem útskrifuðust snemma fengu eina til tvær töflur með sér heim. Ógleðivörn var hvorki notuð í flýttibata né fyrra verklagi. Sáraumbúðir voru fjarlægðar daginn eftir í flýttibata og konan hvött til að fara í sturtu, en það hafði áður ekki verið gert fyrr en eftir tvo sólarhringa. Valkeisaraskurðir voru að jafnaði gerðir í mænudeyfingu, eins og fyrr, nema frábending væri til staðar eða ekki tækist að deyfa. Fenýlefrín dreypti var notað til að halda blóðþrýstingi stöðugum við og eftir deyfinguna í stað vökvagjafar eingöngu. Svæfing útilokaði konuna ekki frá flýttibatameðferð. Útskriftarskilyrði flýttibatameðferðar voru að kona væri sjálfbjarga, gæti hugsað um barnið, brjóstagið gengi vel, verkjastilling væri nægjanleg með töflum og þvaglát eðlileg. Áður voru engin sérstök útskriftarskilyrði. Við útskrift innan 48 tíma var boðin heimaþjónusta ljósmóður. Ljósmóðirin mat ástand móður og barns, veitti ráðleggingar varðandi umönnun barns og brjóstagið, í mest átta heimsóknum.

Ef kona útskrifaðist ekki innan 48 tíma var tekin afstaða til hvað hindraði útskrift og notast við fyrirfram útbúinn krossalista. Með upplýsingum úr fæðingarskráningu var hægt að finna konur sem ekki fengu flýttibatameðferð. Sjúkraskrár þeirra voru skoðaðar og útilokunarástæða skráð. Þannig mátti meta hlutfall kvenna sem fór snemma heim og fengu heimaþjónustu, miðað við þær sem lágu lengur. Skoðað var hve margar útilokuðust frá flýttibatameðferð og hvort ástæður samræmdust fyrirfram ákveðnum skilmerkjum.

Íslenska fæðingarskráningin (greiningarkóði ICD-10 O82.0) var notuð til að finna allar konur sem fæddu með valkeisaraskurði á Landspítalanum á þremur heilum árum, 2003, 2007 og 2008-9. Upplýsingar um fyrri fæðingar og fjölda fæddra barna fengust úr fæðingarskráningunni. Í hópnum 2008-9 voru allar konur meðtaldar, eins og í 2003 og 2007 hópnum, og þar með einnig þær sem útilokuðust frá flýttibatameðferð. Upplýsingar um legutíma fengust úr legukerfi Landspítalans í klukkustundum frá innskrift til útskriftar. Ef kona hafði legið inni vegna meðgönguvandamála var legutími leiðréttur miðað við fæðingu

Tafla II. Endurkomur á kvennadeild fyrir og eftir upphaf flýttibatameðferðar við valkeisaraskurð.

Tímabil	Árið 2007 192 konur			okt 2008 – nóv 2009 224 konur		
Heildarfjöldi kvenna	Fjöldi kvenna	Fjöldi skipta/konu	Hlutfall kvenna %	Fjöldi kvenna	Fjöldi skipta/konu	Hlutfall kvenna %
<i>Göngudeildarkomur</i>						
Endurkomur á kvennadeild innan mánaðar frá útskrift						
<i>Göngudeildarkomur</i>						
Brjóstgöngufarvandamál (Brjóstaráðgjöf)	17	1,8	8,9	17	1,5	7,6
Vandamál tengd skurði skurðsýkingar meðtaldar	7	1,7	3,6	14	1,6	6,3*
Vandamál frá legi, brjóstasýkingar, þvagfærásýkingar eða hiti án skýringa	9	1,4	4,7	10	1,2	4,5
Annað (viðtöl við félagsráðgjafa, sykursýkismóttaka og blóðþrýstingsmælingar)	5	1,6	2,6	15	1,9	6,7**
<i>Endurinnlagnir</i>	3	1,3	1,6	4	1,0	1,8

* $p=0,22$ ** $p=0,05$.

barns (38 konur árið 2003, 24 konur 2007, 26 konur 2008-9). Miðgildi, fjórðungamarkabil (*interquartile range*) og rammurit (*boxplot*) voru notuð til samanburðar þar sem legutími fylgdi ekki normaldreifingu. Hlutfallsleg áhætta (*risk ratio*, RR) og 95% öryggisbil (*confidence interval*, CI) var notað við samanburð á legutíma frum- og fjölbyrja. Marktækni var ákvörðuð með Wilcoxon og Kruskal-Wallis prófum. Konur sem fæddu tvíburum voru skoðaðar sér, þar sem sá hópur var ekki sambærilegur með tilliti til meðgöngulengdar og fylgikvillatíðni. Þar sem endurinnlagnir innan 30 daga voru mjög fáar og því erfitt að treysta gögnum frá legukerfi, var öllum konum í hópum 2008-9 og 2007 flett upp handvirkt í Sögukerfinu og kannað hvort þær lögðust inn aftur eða komu á göngudeild, og fjöldi og ástæður skráðar. Endurinnlagnir og endurkomur 2003 voru ekki athugaðar.

Haft var gæðaeftirlit með flýttibatameðferð fyrsta árið í formi framvirktrar skráningar á sérstök eyðublöð, sem var að hluta liður í að fylgja eftir breyttu verklagi. Skráður var aldur konu, fyrri fæðingar og keisaraskurðir, þyngdarstuðull (*Body Mass Index = BMI*) miðað við þyngd í fyrstu mæðraskoðun (skráð í fimm flokkum) og þyngdaraukning á meðgöngu. Einnig var skráð hvenær konur borðuðu fyrst og fóru fram úr eftir fæðingu (í heilum tímum), sem og notkun ógleði- og verkjalyfja. Tengsl ofangreindra þátta við legutíma í klukkustundum voru könnuð með fylgnistuðli Spearman og marktækni ákvörðuð, annars vegar út frá Wilcoxon raðprófi og hins vegar χ^2 nákvæmniprófi Fishers, eftir því sem við átti. Notast var við legutíma frá fæðingu fremur en innskrift til að forðast skekkju vegna mismunandi biðtíma fram að aðgerð. Konum var skipt eftir því hvort snemmútskrift náðist eða ekki, og miðgildi samfelldra breyta skoðuð í þeim hópum með Wilcoxon raðprófi eða Kruskal-Wallis tilgátuprófi. Miðgildi legutíma og fyrstu máltíðar var skoðaður með tilliti til notkunar ógleðilyfja. Munur var talinn marktækur ef p -gildi var $<0,05$.

Ánægja kvenna með breytta meðferð var könnuð með afturskyggnum hætti. Konur í flýttibatameðferð á tímabilinu janúar til maí 2009 fengu senda ánægjukönnun í tölvupósti þremur til fimm vikum eftir útskrift. Af 62 konum svöruðu 54 (87%). Meðal annars var spurt um hvort konu hafi fundist dvölin hæfilega löng og hvort aðstoð við brjóstgjöf og verkjastilling hafi þótt fullnægjandi.

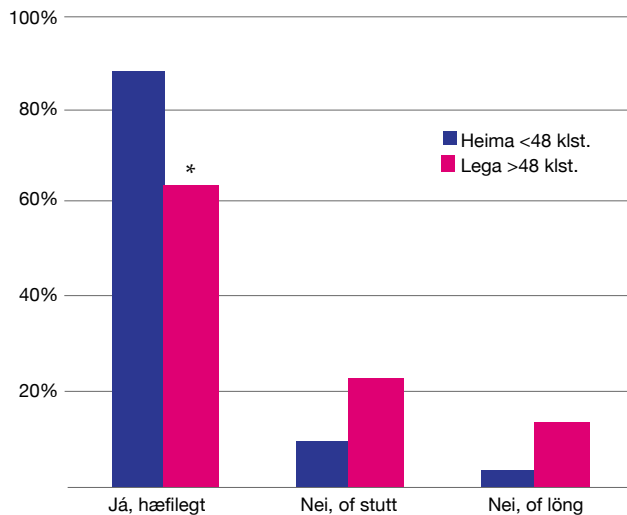
Í niðurstöðum er annars vegar greint frá samanburði á legutíma heildarhópa kvenna sem fæddu með valkeisaraskurði á ofangreindum tímabilum, sem þá er vísað til með ártölum, og hins vegar fagrýni á flýttibatameðferð.

Niðurstöður

Legutími eftir valkeisaraskurð stýttist marktækt um rúmlega sólarhring eftir innleiðslu flýttibatameðferðar, í tvo til þrjú sólarhringa hjá meirihluta kvenna. Af konum sem fæddu einbura með valkeisaraskurði 2008-9, að meðtöldum þeim sem ekki fengu flýttibatameðferð ($n=31$), gátu 66% útskrifast snemma (mynd 1). Miðgildi legutíma kvenna með einbura stýttist úr 82 í 52 tíma milli 2007 og 2008-9 (mynd 2). Konur sem fæddu einbura fóru marktækt fyrr heim 2007 miðað við 2003, án sérstakra breytinga á meðferð, en sá munur var nær eingöngu vegna kvenna sem áttu börn fyrir (tafla I). Munur á legutíma frumbyrja og fjölbyrja var tæpur sólarhringur árið 2007 en einungis um ein klukkustund 2008-9. Meðalaldur kvennanna var 32 ár á öllum tímabilum.

Um fimm prósent af konum sem fóru í valkeisaraskurð á hverju tímabilinu fæddu tvíburum. Þegar tekin voru saman öll tímabilin ($n=34$), lá aðeins fjórðungur þessara kvenna innan við fjögurra sólarhringa sængurlegu. Legutími kvenna með tvíburum stýttist um tvo sólarhringa milli 2003 og 2008-9 ($p=0,005$). Þrátt fyrir það var miðgildi legutíma kvenna með tvíburum 116 klst árið 2008-9 miðað við 52 klst. hjá konum sem fæddu einbura á sama tímabili ($p<0,0001$).

Fjórar konur voru endurinnlagðar af heildarhópnum 2008-9 ($n=224$, fjölburameðgöngur meðtaldar), allar meira en hálfum mánuði eftir útskrift. Ein kona til viðbótar fór í aðgerð vegna sjúkdóms ótengdum keisaraskurðinum og var ekki tekin með. Árið 2007 ($n=192$) voru fjórar endurinnlagnir, þar af lagðist ein kona tvisvar inn. Algengustu vandamálin voru sýkingar, vandamál tengd skurðsári, brjóstum eða legi (tafla II). Sama hlutfall kvenna leitaði á göngudeild bæði tímabilin vegna annarra sýkinga en í skurði eða blæðinga frá legi. Heldur fleiri komu til að láta skoða skurðinn eftir að snemmútskriftir hófust en munurinn var ekki marktækur. Ein kona fékk alvarlega skurðsýkingu á



Mynd 3. Ánægja kvenna með lengd legunnar miðað við raunverulegan legutíma. Konur í flýttibatameðferð janúar - maí 2008-9 (n=54, *p=0,03).

hvoru tímabili þar sem þurfti annars vegar innlögn (2007) og hins vegar endurteknar komur á göngudeild (2008-9). Göngudeildarkomum fjölgaði af ástæðum sem ekki töldust til fylgikvilla, það er vegna blóðþrýstingsmælinga, viðtala við félagsráðgjafa og sykursýkimóttöku (p=0,05). Vegna skráningarágalla var fjöldi göngudeildarkoma vegna heftatöku ekki metinn. Aðeins 9% kvenna 2008-9 lágu inni fimm daga eða lengur, miðað við 18% árið 2007, en heftataka fer að jafnaði fram á fimmta degi.

Fagrýni á flýttibatameðferð fyrsta árið eftir innleiðslu

Rúmlega 80% kvennanna 2008-9 fengu flýttibatameðferð. Í þeim tilvikum þar sem konur fylgdu ekki flýttibataferli var fyrirfram ráðlögð lengri lega. Í örfáum tilfellum varð asablæðing við aðgerð sem leiddi til þess að þær konur fengu ekki flýttibatameðferð. Algengasta ástæða fyrir legu í meira en tvo sólarhringa við flýttibatameðferð var að barnið gat ekki útskrifast (mynd 1). Þegar konur í flýttibatameðferð voru spurðar hvort þær teldu dvalartímann á sængurkvennadeild hæfilegan, reyndust konur sem útskrifuðust innan 48 klukkustunda ánægðari en hinar sem lágu lengur (mynd 3). Heimferðartími virtist ekki hafa áhrif á hvort konur teldu sig hafa fengið næga aðstoð við brjóstagjöf.

Þegar skoðaður var legutími fjölbyrja og frumbyrja, var ekki marktækur munur á því hvort útskrift náðist innan 48 tíma (RR=1,18, 95%CI: 0,62-2,25). Ekki fundust heldur tengsl milli fyrri keisaraskurða og legutíma. Tæplega 10% af konum í flýttibatameðferð voru 25 ára og yngri. Af þessum ungu konum fóru 11 af 19 heim innan 48 klukkustunda en af þeim sem voru eldri en 25 ára 139 af 173 (58% á móti 80%). Ungu konurnar voru þannig líklegri en þær eldri til að liggja inni meira en tvo sólarhringa (p=0,04).

Einungis tæpur helmingur kvennanna voru innan eðlilegra þyngdarmarkna (18,5 BMI 25), en 7% voru of léttar og 44% af þungar eða offeitar. Þyngdarflokkur virtist ekki hafa áhrif á hvort útskrift náðist innan 48 klukkustunda frá fæðingu. Engin fylgni fannst milli BMI eða þyngdaraukningar á meðgöngu og legutíma.

Konur sem fengu flýttibatameðferð borðuðu að meðaltali fimm klukkustundum eftir fæðingu og allar höfðu borðað innan átta

tíma. Þær fóru að jafnaði fram úr rúmi tveimur tímum eftir að þær borðuðu, þó 10% gerðu það eftir meira en 10 tíma. Engin tengsl voru milli þess hvenær konurnar hreyfðu sig fyrst og þess hvenær þær fóru heim. Konur sem fóru heim innan 48 klukkustunda borðuðu ekki fyrr en hinar sem lágu lengur (miðgildi hópanna 4 á móti 5 klst.; p=0,11). Ellefu prósentum var gefið ógleðilyf, og tæplega helmingur þeirra kastaði upp. Ekki virtist samband milli þess og að liggja lengur inni en 48 klukkustundir (p=0,08).

Heildarmagn morfíns á legutímanum var að meðaltali 15 mg á hverja konu, en 10% fengu meira en 30 mg. Konur í flýttibatameðferð sem lágu lengur en 48 tíma (n=40), fengu marktækt meira morfín en hinar sem fóru heim innan 48 tíma (17 mg á móti 10,5 mg; p=0,0001). Munurinn skýrðist af sex konum (af 182) sem gátu ekki útskrifast snemma vegna verkja. Af konum í flýttibatameðferð sem voru spurðar (n=54), töldu 94% verkjameðferð á deild fullnægjandi, en um 10% sögðust oft eða alltaf hafa verið með verki eftir heimkomu.

Umræða

Samkvæmt niðurstöðunum var snemmútskrift með heimaþjónustu möguleg hjá tveimur af hverjum þremur konum sem fæddu einbura með valkeisaraskurði og þær virtust ánægðar með það. Þetta er hliðstæður árangur og náðist í Kaupmannahöfn. Þar voru reyndar einungis skoðaðar konur sem fengu flýttibatameðferð, svo líklega fóru heldur fleiri snemma heim af Landspítalanum, enda heimaþjónusta í boði hér.^{9, 16} Snemmútskriftir virtust ekki fjölga endurinnlögnum, en taka verður tölum um endurkomur með fyrirvara, vegna aukinnar rafrænnar skráningar göngudeildarkoma 2007-2009 með tilkomu Lotukerfisins. Almenn virtist ekki hafa orðið breyting á fylgikvillatíðni, þó ýmis þjónusta færðist frá legudeild yfir á göngudeildarform. Fleiri endurkomur vegna heftatöku gætu hafa fylgt flýttibatameðferð þar sem fleiri konur voru farnar heim við heftatöku á fimmta degi. Fyrri fæðingar höfðu óveruleg áhrif á legutíma kvenna við flýttibatameðferð, en aldur hafði meiri þýðingu, að því marki sem hægt er að skilja þessa tvo þætti að í úrtaki af þessari stærð. Konur sem fæddu tvíbura með valkeisaraskurði lágu lengur inni, sem vænta mátti, og útskrift innan 48 tíma er þar almenn ekki raunhæfur kostur, þó það kunni að breytast í framtíðinni. Aðrir þættir sem voru skoðaðir, þar á meðal líkamsþyngdarstuðull og þyngdaraukning á meðgöngu, sýndu ekki afgerandi tengsl við legutíma.

Stytting legutíma eftir valkeisaraskurð var meiri á einu ári eftir innleiðslu flýttibatameðferðar en milli árána 2003 og 2007, og því er ályktað að breytingin sé að stórum hluta til komin vegna nýrrar meðferðar. Styrkur rannsóknarinnar liggur í því að allar fyrirfram ákveðnar keisarafæðingar á heilum árum voru teknar með. Ekki var hægt að útiloka truflandi þætti, né meta hvaða þættir meðferðarinnar stuðluðu helst að styttingu legutímans. Líklegt er að fræðsla og heimaþjónusta vegi þungt. Áður hefur verið sýnt að með því að breyta markmiði um legutíma og fræða konur endurtekið í meðgöngunni um snemmútskrift eftir fyrirhugaðan keisaraskurð, má stytta legutíma úr þremur í tvo sólarhringa, án annarrar íhlutunar.⁷ Vísbendingar eru um að heimaþjónusta fjölgi þeim sem eru tilbúnar til snemmútskrifta eftir fæðingu og auki ánægju.^{6, 17} Jafnframt hafa rannsóknir

þar sem borin var saman fasta og fæðuinntaka skömmu eftir keisaraskurð, sýnt um sólarhrings styttingu á sjúkráhúslu.^{1, 12, 18} Stutt fasta og næring fljótt eftir aðgerð er meginatriði í flýttibatameðferðinni¹⁶ og gæti þannig einnig átt þátt í breyttum legutíma. Ekki fundust þó marktæk tengsl milli legutíma og fyrstu máltíðar þegar skoðaðar voru konur í flýttibatameðferð sem allar borðuðu innan átta klukkutíma.

Tíundu hverri konu sem fékk flýttibatameðferð var gefið ógleðilyf. Tíðni þessa vandamáls er mismunandi (4-32%), en skilgreiningar einnig breytilegar, sem og notkun verkjalyfja. Í rannsókn á konum sem fengu morfín eftir keisaraskurð var tíðni ógleði 14%.⁷ Ógleði tengist oft þenslu á kvið og vægri garnalömun. Orsakir garnalömunar eftir aðgerð eru lítt skilgreindar en tengjast hamlandi sympatískum taugaviðbrögðum, bólgu í görnum og lyfjanotkun.³ Eftir legnám þurftu þrisvar sinnum færri konur ógleðilyf meðal kvenna sem fóru snemma heim, miðað við hinar sem voru lengur inniliggjandi.¹² Ekki var marktækur munur á þessu í okkar úrtaki. Þörf er á rannsókn á tíðni ógleði eftir keisaraskurð þar sem reynt væri að meta orsakir ógleðinnar og í kjölfarið áhrif ógleðivarna. Fagrýni sýndi að fáeinar konur voru með verki sem töfðu útskrift og þurftu meira morfín. Sambærilegum hópi kvenna fannst verkjastillingin heldur ekki fullnægjandi. Þetta mætti bæta, en taka þarf mið af því að ógleði virðist algengara vandamál en miklir verkir. Notkun ópíóíð-lyfja getur stuðlað að ógleði, einkum við gjöf í æð. Aukin notkun er því ekki ákjósanleg þegar verkir hamla heimferð og leita þarf annarra leiða í verkjameðhöndlun.

Eftir að innlagnarferli valkeisaraskurða var endurskoðað með aðferðir flýttibatameðferðar að leiðarljósi og heimaþjónusta bauðst, hafa konur útskrifast fyrir heim en áður tíðkaðist. Allar hraustar konur sem fæða fullburða börn með valkeisaraskurði ættu að hafa möguleika á snemmútskrift. Konur sem tala ekki íslensku eða fæða tvíburu ættu að fá flýttibatameðferð, og skoða þarf hvort hægt sé að bjóða þessum konum heimaþjónustu. Veita þarf einstaklingsmiðaða meðferð þegar við á og huga vel að mjög ungum konum, auk þess að hafa augun opin fyrir nýjum meðferðarmöguleikum til verkjastillingar og ógleðivarna.

Þakkir

Birnu Björgu Másdóttur lækni, hag- og upplýsingamálam, Landspítala og Guðrúnu Garðarsdóttur ritara Fæðingarskráningar, er þakkað fyrir aðstoð við gagnaöflun. Hildi Harðardóttur yfirlækni fæðinga, meðgöngu- og fósturgreiningadeilda og starfsfólki sængurkvennadeilda og skurðstofu á kvennadeild er þökkuð aðstoð við framkvæmd rannsóknarinnar og innleiðingu flýttibataferlisins.

Samstarfshópur um innleiðslu flýttibatameðferðar við valkeisaraskurði samanstóð auk höfunda (að frátöldum tölfraeðingi) af Kristínu Jónsdóttur fæðinga- og kvensjúkdómalækni, Aðalbirni Þorsteinssyni yfirlækni svæfinga á kvennasviði, Guðfinnu S. Sveinbjörnsdóttur hjúkrunarfræðingi/ljósómður og Rannveigu Rúnarsdóttir deildarstjóra meðgöngu- og sængurkvennadeilda.

Heimildir

- Patolia DS, Hilliard RL, Toy EC, Baker B. Early feeding after cesarean: randomized trial. *Obstet Gynecol* 2001; 98: 113-6.
- Izbizky GH, Minig L, Sebastiani MA, Otaño L. The effect of early versus delayed postcaesarean feeding on women's satisfaction: a randomised controlled trial. *BJOG* 2008; 115: 332-8.
- Kafali H, Duvan CI, Gözdemir E, Simavli S, Onaran Y, Keskin E. Influence of gum chewing on postoperative bowel activity after cesarean section. *Gynecol Obstet Invest* 2010; 69: 84-7.
- Abd-El-Maeboud KH, Ibrahim MI, Shalaby DA, Fikry MF. Gum chewing stimulates early return of bowel motility after cesarean section. *BJOG* 2009; 116: 1334-9.
- Kovavisarach E, Atthakorn M. Early versus delayed oral feeding after cesarean delivery. *Int J Gynaecol Obstet* 2005; 90: 31-4.
- Brooten D, Roncoli M, Finkler S, Arnold L, Cohen A, Mennuti M. A randomized trial of early hospital discharge and home follow-up of women having cesarean birth. *Obstet Gynecol* 1994; 84: 832-8.
- Strong TH Jr, Brown WL Jr, Brown WL, Curry CM. Experience with early postcesarean hospital dismissal. *Am J Obstet Gynecol* 1993; 169: 116-9.
- Bossert R, Rayburn WF, Stanley JR, Coleman F, Mirabile CL Jr. Early postpartum discharge at a university hospital. Outcome analysis. *J Reprod Med* 2001; 46: 39-43.
- Degn-Petersen B, Carlsen H, Weber T, Rasmussen YH, Kehlet H. Accelerated patientförløb efter sectio. *Ugeskr Læge* 2004; 166: 2254-8.
- Bülow-Lehnsby AL, Grønbeck L, Krebs L, et al. Komplikationer i forbindelse med kejsersnit i elektivt sectio-team. *Ugeskr Læge* 2006; 168: 4088.
- Valgeirsdóttir H, Harðardóttir H, Bjarnadóttir RI. Fylgikvillar við keisaraskurði. *Læknablaðið* 2010; 96: 37-42.
- Summitt RL Jr, Stovall TG, Lipscomb GH, Washburn SA, Ling FW. Outpatient hysterectomy: determinants of discharge and rehospitalization in 133 patients. *Am J Obstet Gynecol* 1994; 171: 1480-4; discussion 1484-7.
- Magnesi L, Hofmeyr GJ. Early compared with delayed oral fluids and food after cesarean section. *Cochrane Database of Systemic Reviews* 2002, Issue 3. Art. No.: CD003516. DOI:10.1002/14651858.CD003516
- Kehlet H. Multimodal approach to postoperative recovery. *Curr Opin Crit Care* 2009; 15: 355-8.
- Kehlet H, Dahl JB. Anaesthesia, surgery and challenges in postoperative recovery. *Lancet* 2003; 362: 1921-8
- Bülow-Lehnsby AL, Grønbeck L, Krebs L, Langhoff-Roos J. Elektivt sectio-team – en organisatorisk nyskabelse. *Ugeskr Læge* 2006; 168: 4085-8.
- Brooten D, Knapp H, Borucki L, et al. Early discharge and home care after unplanned cesarean birth: nursing care time. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 1996; 25: 595-600.
- Göçmen A, Göçmen M, Sarao lu M. Early post-operative feeding after cesarean delivery. *J Int Med Res* 2002; 30: 506-11.
- Kramer RL, Van Someren JK, Qualls CR, Curet LB. Postoperative management of cesarean patients: the effect of immediate feeding on the incidence of ileus. *Obstet Gynecol* 1996; 88: 29-32.