

ORIGINALSTUDIE

Uppföljning via telefon fångar in postoperativa komplikationer

Effektiv metod efter operation av ljumskbräck, visar journalgranskning



KARIN LARSSON, leg sjuksköterska
 karin.larsson@lthalland.se
CLAES HJALMARSSON, med dr, överläkare
 claes.hjalmarsson@lthalland.se

båda kliniken för kirurgi och onkologi, Länsjukhuset i Halmstad

Operation av ljumskbräck är ett av de vanligaste kirurgiska ingreppen i Sverige, med en årlig incidens på ca 200 operationer/100 000 invånare [1]. Tidigare har recidivbräck setts som den största komplikationsrisken. Recidivrisken har dock minskat betydligt i takt med utvecklingen av nya kirurgiska metoder, exempelvis nätplastik. Under senare år har man fokuserat på andra komplikationer såsom sårinfektioner, hematom och svår postoperativ smärta. Störst intresse har dock riktats mot långvariga postoperativa komplikationer såsom kronisk smärta, vilket enligt en rad studier föreligger i 20–50 procent av fallen, samt hur dessa komplikationer påverkar patientens hälsa [2-7].

Sedan 1992 har data från ljumskbräckoperationer samlats in i Svenskt bräckregister, som i dag rymmer information om över 150 000 operationer. År 2007 var 96 kliniker anslutna till registret, vilket innebär att så gott som all ljumskbräckskirurgi i Sverige registreras [8]. Till registreringen hör en obligatorisk 30-dagarsuppföljning där eventuella postoperativa komplikationer ska rapporteras. Det finns dock inga direktiv för hur denna uppföljning ska ske, och rutinerna varierar mellan olika kliniker [8, 9]. Återbesök är inte rutin efter ljumskbräckoperation, och många kliniker har inte någon aktiv uppföljning av dessa patienter.

Tre av fyra komplikationer registreras inte

En enkätstudie kopplad till Svenskt bräckregister har visat att endast ca 25 procent av komplikationerna blir registrerade. Av de komplikationer som leder till läkarbesök blir bara hälften registrerade, eftersom patienterna ofta söker till annan vårdgivare än den opererande kliniken [10].

För att en operation ska anses helt lyckad krävs både ett komplikationsfritt resultat och att patienten är fullt nöjd med behandlingen. Bräckregistret saknar i dag uppgifter om patientens upplevelse av operationen [8]. Ofta har patient och läkare inte samma uppfattning om vad som är en komplikation till det kirurgiska ingreppet och vad som är normala postoperativa symtom. Genom att ta med både patientens upplevelse

»... patienttillfredsställelsen är trots allt ett mått på hur lyckat det kirurgiska ingreppet varit.«

och läkarens bedömning i uppföljningen får man en sammanlagd bild av den postoperativa tiden och resultatet av kirurgin [11].

Kvalitetsförbättring av de postoperativa uppföljningarna för att nå god validitet i registret har under flera år diskuterats inom Svenskt bräckregister. På registrets användarmöten har olika modeller för en aktiv uppföljning, t ex brevenkäter och telefonsamtal, diskuterats.

Att mäta resultat med hjälp av brevenkäter är inte alltid den bästa metoden för uppföljning efter kirurgiska ingrepp. I en rad olika uppföljningsstudier efter bräckoperationer ligger svarsfrekvensen mellan 64 och 88 procent [2, 4, 6, 10-12]. Det finns också en tendens att patienter som inte besvarar frågeformulär har fler och svårare besvär än de som svarar [13].

SYFTE

Syftet med projektet var att utvärdera en modell med telefonuppföljning efter ljumskbräckoperation. Patienternas uppfattning av eventuella postoperativa komplikationer jämfördes med de uppgifter som med nuvarande rutiner registreras i Svenskt bräckregister. Även tidsåtgången för telefonuppföljning utvärderades.

METOD

Telefonuppföljningen drevs som ett kvalitetsuppföljningsprojekt för patienter som opererades för ljumskbräck på Länsjukhuset i Halmstad under perioden augusti–december 2007. Inklusionskriterier var:

- ljumskbräckoperation med Lichtenstein-plastik
- minst 18 års ålder.

Exklusionskriterier var:

- akut operation
- patient som inte önskar delta i telefonuppföljningen
- patient som av någon orsak inte på ett adekvat sätt klarar att svara på frågor per telefon.

De patienter som motsvarade inklusionskriterierna fick information om studien vid kallelsen till operationen.

Postoperativt bedömdes patienterna först enligt klinikens ordinarie rutin för 30-dagarsuppföljning. Denna innebär granskning av patientjournalen för kontroll av eventuella kliniska komplikationer samt registrering av resultatet i Svenskt bräckregister.

Telefonuppföljningen skedde sedan med samtal till patienten vid ett tillfälle i intervallet 5 till 8 veckor efter operatio-

SAMMANFATTAT

Telefonuppföljning efter operation av ljumskbräck identifierar troligtvis fler komplikationer än uppföljning med brevenkät. **Telefonuppföljning** är en resurseffektiv metod för att identifiera komplikationer. **Vid telefonuppföljning** iden-

tifieras troligtvis kliniskt icke-relevanta komplikationer i högre grad än i Svenskt bräckregister. **Generellt sett** är patienterna nöjda efter ljumskbräckskirurgi.



Figur 1. Flödesschema för telefonuppföljningen.

nen. Patienterna tillfrågades utifrån ett formulär om sin egen upplevelse av eventuella komplikationer i det postoperativa förloppet och resultatet av bräckoperationen. Svaren jämfördes därefter med registeruppgifterna.

För att bedöma tidsåtgången för telefonuppföljningen dokumenterades tiden för varje samtal och antalet uppringningar. En obesvarad uppringning registrerades som en minuts samtalstid. Uppringning till både hem- och arbets-/mobilnummer vid samma tillfälle räknades som ett försök. Om patienten inte svarat efter uppringning vid fem olika tillfällen exkluderades denne ur studien.

RESULTAT

Deltagande. Under perioden augusti–december 2007 opererades 84 patienter över 18 års ålder med nätplastik för ljumskräck på Länssjukhuset i Halmstad. Totalt 72 av dessa inkluderades i uppföljningen. Av de deltagande patienterna var fem (7 procent) kvinnor, medelåldern var 61 år (median 64, variationsvidd 20–84) (Figur 1).

Patienternas upplevelse av komplikationer. I telefonuppföljningen framkom att 26 (35 procent) av de deltagande patienterna hade upplevt någon komplikation efter operationen, medan motsvarande siffra för dessa patienter vid 30-dagarsuppföljningen i Svenskt bräckregister var tio (14 procent) (Tabell I).

Totalt uppgavs 37 komplikationer, varav tolv (32 procent) fanns registrerade.

För 21 av 26 (81 procent) patienter med registrerad komplikation i Svenskt bräckregister stämde registreringen inte med vad patienten själv uppgav. Totalt 16 patienter hade inga komplikationer registrerade. För fem av de tio patienter som var registrerade var registreringen inte komplett, eftersom de själva upplevt fler komplikationer än vad som fanns i registret. Dock fanns det ingen patient med registrerad komplikation, som inte själv hade uppgivit en sådan.

Sammanlagt 19 patienter hade sökt någon form av vård för sina postoperativa besvär. Av dessa hade 14 sökt på akutvårds- eller kirurgimottagningen i Halmstad. För fyra av dessa patienter hade besvären inte bedömts som kliniska komplikationer. Ytterligare fem patienter hade sökt sjukvård, men detta hade inte kommit till kirurgklinikens kännedom.

Blödning var den komplikation som flest patienter uppgav, och för denna komplikation var skillnaden mellan telefonuppföljningen och patienternas registreringar störst; tio pa-

TABELL I. Komplikationer enligt telefonuppföljningen respektive registrerade i Svenskt bräckregister. Flera patienter uppgav mer än en komplikation. Signifikansnivå mätt med χ^2 -test.

Typ av komplikation	Telefonuppföljningen, antal (%)	Svenskt bräckregister, antal (%)
Blödning	10 (13,9)	3 (4,2)
Infektion	0	0
Sårruptur	3 (4,2)	1 (1,4)
Svår smärta	6 (8,4)	4 (5,6)
Trombos	0	0
Testikelsmärta	2 (3)	0
Nervsymtom	4 (5,6)	0
Anestesi komplikation	2 (2,8)	0
Urinretention	5 (6,9)	3 (4,2)
Urinvägsinfektion	1 (1,4)	1 (1,4)
Svår förstopning	0	0
Annat	4 (5,6)	0
Totalt antal komplikationer	37	12
Antal patienter	26	10 (P=0,006)

tienter (13,9 procent) sa att de drabbats av blödning, medan tre (4,2 procent) av dem var registrerade i Svenskt bräckregister. Sex av dessa patienter hade sökt vård för blödning, men i tre av fallen hade blödningen inte bedömts som komplikation, alternativt saknades uppgifter om detta i kirurgjournalen.

Svår smärta var den näst vanligaste komplikationen. Sex patienter uppgav svår postoperativ smärta, varav fyra fanns med i registret. En av de två som inte registrerats hade inte sökt läkare, och en hade sökt distriktsläkare först efter sex veckor och då fått remiss till kirurgimottagningen, varför detta inte var känt vid 30-dagarsuppföljningen.

Fyra patienter uppgav nervsymtom i form av stickningar och ilningar i ljumsken och ner i benet under de första postoperativa veckorna, men inga uppgifter om detta fanns i registret. En patient hade fortfarande efter sex veckor besvär av detta.

Fyra patienter hade haft postoperativ urinretention. Två av dem fanns registrerade i Svenskt bräckregister, båda hade fått problem redan på uppvakningsavdelningen. Två andra hade fått söka vård för urinretention efter hemgång, dessa komplikationer fanns inte angivna i kirurgjournalen.

Två patienter uppgav komplikationer efter anestesi. En patient som fått spinalanestesi hade haft huvudvärk i en vecka efter operationen. Den andra patienten hade haft svår yrsel efter narkosen och sökt akutmottagningen på kvällen efter den polikliniska operationen. Ingen av dessa fanns med bland registrerade komplikationer.

Tillfredsställelse med operationsresultatet. På frågan om hur patienterna efter en månad upplevde resultatet av

TABELL II. Telefonuppföljningssamtal.

	Antal patienter
<i>Antal uppringningar innan svar</i>	
1	42
2	15
3	10
4	3
5	2
Genomförda samtal	72
Ej svar efter fem försök	3

»Med en aktiv telefonuppföljning undviker man därför kanske en del onödiga läkarbesök.«

bräckoperationen uppgav 66 av 72 (91,7 procent) patienter att de var nöjda. Av de 26 patienter som uppgav komplikationer var 20 (84,6 procent) nöjda med operationsresultatet.

För fyra av de sex missnöjda patienterna stämde registreringen inte i bräckregistret med vad de själva uppgav. En av dem hade nervsymtom i form av känselbortfall ner i benet men hade inte sökt vård för detta. En patient hade sökt vård för smärta och en annan för urinretention, vilket också fanns registrerat. Dock hade båda även uppfattat sig ha andra komplikationer. En patient var missnöjd med utgången av operationen, eftersom han fortfarande kände svullnad och ömhet i ljumskan.

De båda andra missnöjda patienterna hade haft postoperativ smärta, som de sökt vård för och som fanns registrerad.

Samtalstid. Totalt gjordes 126 uppringningar som resulterade i 72 genomförda uppföljningssamtal, i genomsnitt 1,8 försök/patient. Sammanlagt 42 patienter svarade vid första försöket (Tabell II). Genomsnittstiden för besvarade samtal var 5,2 minuter.

Den totala tiden för obesvarade uppringningar uppgick till 54 minuter. Eftersom denna tid fördelades över alla patienterna, blev den sammanlagda genomsnittliga samtalstiden 6,0 minuter.

Tre patienter hade inte svarat efter fem uppringningar, varför de exkluderades.

DISKUSSION

Eftersom projektet drevs som en kvalitetskontroll av ljumskbräckoperationer på Länssjukhuset i Halmstad samt som pilotstudie av telefonuppföljningsmodellen, söktes inte utlåtande från etikprövningsnämnden. Patienterna informerades dock om möjligheten att avstå från deltagande i uppföljningen.

Telefonuppföljningen gav en svarsfrekvens på 92 procent. Således skulle man med denna metod nå en mycket stor andel av de opererade patienterna och få fler svar än vad som vanligtvis är fallet vid uppföljning med brevenkät [2, 4, 6, 11, 12].

Överensstämmelsen mellan komplikationer registrerade i Svenskt bräckregister och av patienten upplevda komplikationer var låg. Endast tolv (32 procent) av de 37 postoperativa komplikationer som patienterna själva uppgav vid telefonintervjun fanns registrerade i bräckregistret.

Totalt 19 (73 procent) av patienterna som vid telefonuppföljningen uppgivit någon form av komplikation hade sökt sjukvård av denna anledning. Totalt hade dock bara tio (38 procent) patienter fått sina besvär registrerade som komplikationer. En av orsakerna till detta är troligtvis att patientens uppfattning av det normala postoperativa förloppet skiljer sig från vårdpersonalens. En annan är att besök i närsjukvården inte blivit registrerade även om det rört sig om kliniskt signifikanta komplikationer.

Vår tolkning är att den stora skillnaden mellan patientrapporterad och registrerad blödning har två orsaker. Dels hade flera av dessa patienter inte sökt vård, dels hade flera av de patienter som faktiskt sökt vård inte haft samma uppfattning som undersökande läkare gällande eventuell komplikation. Ett genomblött förband eller mindre hematom har inte be-

dömts som en komplikation även om patienten anser sig ha drabbats av en blödning. Således är det en definitionssak vad som ska benämnas postoperativ komplikation.

Vid telefonuppföljningen uppmärksammades två anestesikomplikationer. Den ena torde utgöras av huvudvärk till följd av spinalanestesi och skulle utan tvekan ha registrerats i bräckregistret. På grund av bristande rutiner fanns inte dessa uppgifter i patientens journal.

Två av fyra patienter med postoperativ urinretention hade sökt vård utanför sjukhuset, varför dessa komplikationer inte kom till klinikens kännedom.

Majoriteten av dem med postoperativa komplikationer, 20 av 26 patienter, var trots allt nöjda med resultatet av bräckoperationen. Det beror sannolikt på att deras komplikationer varit lindriga och/eller relativt snabbt övergående. Flera patienter menade att de problem som förelegat veckorna efter operationen var lindrigare än de symtom de hade av det tidigare bräcket. Andra uppgav att de fått information om att det var normalt med vissa besvär postoperativt och att de inte tyckte det var konstigt att man har ont efter en operation.

Det är inte ovanligt att den opererande kliniken inte får veta att patienten sökt postoperativ vård hos annan vårdgivare. Detta är väl känt inom Svenskt bräckregister, och omfattningen av detta bortfall beror på vilka journalsystem och rutiner man använder sig av.

När projektet genomfördes fanns det på Länssjukhuset ingen koppling till närsjukvården i det patientadministrativa systemet.

Frågan är om man ska registrera de uppgifter som vårdpersonalen anser vara en postoperativ komplikation eller patientens egna upplevelser av besvär. En registeruppgift bör troligen grundas på vad sjukvårdspersonal bedömt som en postoperativ komplikation, men patienttillfredsställelsen är trots allt ett mått på hur lyckat det kirurgiska ingreppet varit.

Det finns förstås också en del invändningar mot intensifierad uppföljning, och den kliniska vinsten kan diskuteras. Några komplikationer som hade krävt medicinsk åtgärd identifierades inte under projektet. En vinst – förutom att man får en god inblick i resultatet av ett ingrepp – skulle kunna vara att vissa av dessa patienter bara behöver höra att deras besvär är normala postoperativt. Med en aktiv telefonuppföljning undviker man därför kanske en del onödiga läkarbesök.

De flesta patienterna uttryckte spontant att de uppskattade att bli uppringda och att det visades intresse för deras situation. Telefonuppföljningen tar tämligen små resurser i anspråk, och när det i framtiden blir aktuellt att rapportera även patientens upplevelse till bräckregistret vore någon form av telefonuppföljning en metod väl värd att pröva.

KONKLUSION

I studien förelåg en signifikant skillnad mellan hur många patienter som hade subjektiva upplevelser av postoperativa komplikationer identifierade vid telefonuppföljningen och hur många patienter som hade registrerade komplikationer i bräckregistret. Skillnaden beror både på att komplikationerna inte alltid kommit till klinikens kännedom och på att patientens subjektiva uppfattning skiljer sig från läkarens kliniska bedömning av det postoperativa förloppet.

Telefonuppföljning fångar troligtvis upp postoperativa komplikationer mer effektivt än utskick med brevenkäter och är uppskattat av patienterna. Metoden ger svar på patientens upplevelse av den postoperativa tiden, vilket kan vara till nytta både för den enskilda klinikens kvalitetsarbete och för Svenskt bräckregister. En förutsättning är dock att det också

finns möjlighet att erbjuda fortsatt vård för patienter med kvarstående besvär.

Telefonuppföljning skulle också kunna användas för andra patienter där det inte är rutin med återbesök, exempelvis efter gallstensoperationer.

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.*

REFERENSER

1. Nilsson E, Nordin P, Bräck I, Jeppsson B, redaktör. Kirurgi. Stockholm: Studentlitteratur AB; 2005.
2. Bay-Nielsen M, Perkins FM, Kehlet H. Pain and functional impairment 1 year after inguinal herniorrhaphy: a nationwide questionnaire study. *Ann Surg.* 2001;233(1):1-7.
3. Hawn MT, Itani KM, Giobbie-Hurder A, McCarthy M, Jonasson O, Neumayer LA. Patient-reported outcomes after inguinal herniorrhaphy. *Surgery.* 2006;140(2):198-205.
4. Poobalan AS, Bruce J, King PM, Chambers WA, Krukowski ZA, Smith WC, et al. Chronic pain and quality of life following open inguinal hernia repair. *Br J Surg.* 2001;88(8):1122-6.
5. Bay-Nielsen M, Nilsson E, Nordin P, Kehlet H. Chronic pain after open mesh and sutured repair of indirect inguinal hernia in young males. *Br J Surg.* 2004;91(10):1372-6.
6. Courtney CA, Duffy K, Serpell MG, O'Dwyer PJ. Outcome of patients with severe chronic pain following repair of groin hernia. *Br J Surg.* 2002;89(10):1310-4.
7. Poobalan AS, Bruce J, Smith WC, King PM, Krukowski ZA, Chambers WA. A review of chronic pain after inguinal herniorrhaphy. *Clin J Pain.* 2003;19(1):48-54.
8. Nationella kvalitetsregister. Svenskt bräckregister. 2008-05-15. http://www.kvalitetsregister.se/index.php?option=com_content&task=view&id=179&Itemid=288
9. Fränneby U. Patient-orientated aspects of the postoperative course after hernia surgery [dissertation]. Stockholm: Karolinska institutet; 2006.
10. Fränneby U, Sandblom G, Nyrén O, Nordin P, Gunnarsson U. Self-reported adverse events after groin hernia repair; a study based on a national register. *Value Health.* 2008;11:927-32.
11. Fränneby U, Gunnarsson U, Wolpert S, Sandblom G. Discordance between the patient's and surgeon's perception of complications following hernia surgery. *Hernia.* 2005;9(2):145-9.
12. Fränneby U, Sandblom G, Nordin P, Nyrén O, Gunnarsson U. Risk factors for long-term pain after hernia surgery. *Ann Surg.* 2006; 244(2):212-9.
13. Ludemann R, Watson DI, Jamieson GG. Influence of follow-up methodology and completeness on apparent clinical outcome of fundoplication. *Am J Surg.* 2003; 186(2):143-7.

Annonsera efter läkare?

En annons i *Läkartidningen*
ger automatiskt en annons
på vår jobbsajt *Karriär&Arbete*

Utmanande
saklig

Läkartidningen