

C-uppsats i Omvårdnad

Dagkirurgisk laparoscopisk cholecystectomi ur ett patientperspektiv

FÖRFATTARE	Marie Fransson Eva Lindblad
FRISTÅENDE KURS	Omvårdnad – Självständigt arbete I VOM 080 VT 2006
OMFATTNING	10 p
HANDLEDARE	Monica Kelvered
EXAMINATOR	Carina Furåker

Titel (svensk):	Dagkirurgisk laparoscopisk cholecystectomi ur ett patientperspektiv
Arbetets art:	Självständigt arbete I – fördjupningsnivå I
Fristående kurs/kurskod:	Omvårdnad – Självständigt arbete I VOM080: År 2006
Arbetets omfattning:	10 poäng
Sidantal:	18 sidor
Författare:	Marie Fransson Eva Lindblad
Handledare:	Monica Kelvered
Examinator:	Carina Furåker

ABSTRAKT

Introduktion

Till yrket är vi narkossjuksköterska och operationssjuksköterska. På det sjukhus vi arbetar är de flesta patienterna inlagda på vårdavdelning i ca två till tre dagar i samband med att de skall få gallblåsan borttagen med laparoscopisk titthålsteknik. Det är väl känt att på andra sjukhus, i synnerhet utomlands, har man börjat operera patienterna dagkirurgiskt dvs. att patienterna kommer till operationsavdelningen på morgonen och åker hem på eftermiddagen eller kvällen.

Syfte

Syftet med denna litteraturstudie var att belysa patienters upplevelser av pre- och postoperativ omvårdnad när hon/han genomgår dagkirurgisk laparoscopisk cholecystectomi.

Metod

Det är en litteraturstudie baserad på elva vetenskapliga artiklar, publicerade mellan åren 2001-2005. Artikelsökningen skedde i databaserna PubMed och CINAHL.

Resultat

Vid granskning av artiklarna framkom att merparten av patienternas upplevelser vid dagkirurgisk laparoscopisk cholecystectomi var smärta och illamående. Viktiga urvalskriterier som bestämmer om patienten kan opereras dagkirurgiskt eller ej är bl.a. tillfredsställande BMI, ASA I-II samt patienternas sociala situation. Vården för patienter som laparoscopiskt opereras dagkirurgiskt blir mer kostnadseffektivt än för patienter som opereras med mer än en dags vårdtid.

Konklusion

Denna litteraturstudie belyser vikten av noggrann planering i form av grundlig individuell preoperativ bedömning, relevanta urvalskriterier och dialog mellan patienter och vårdpersonal. De viktigaste faktorerna för att underlätta vid hemgång av patienterna operationsdagen var preoperativ utbildning och information, effektiv smärtlindring och information om förväntad smärta, patienters tidigare erfarenhet av smärta samt hanterande av illamående.

Key words:

Laparoscopisk cholecystectomi, Dagkirurgi, Upplevelse, Kostnadseffektiv

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INTRODUKTION	2
BAKGRUND	2
Inledning	2
Gallstenssjukdomens historik	2
Förekomst	3
Gallstenssjukdom	3
Laparoskopisk Operationsteknik	3
Risker och komplikationer	4
Begrepp	5
Teoretisk referensram	7
Orems egenvårdsteori	7
Perioperativ vård	9
Perioperativ vårdprocess	9
SYFTE	9
METOD	10
RESULTAT	11
Patienters upplevelser	11
Patienters upplevelse av hemgång operationsdagen	12
Kostnadseffektivitet med dagkirurgisk laparoskopisk cholecystectomi	13
DISKUSSION	13
Metoddiskussion	13
Resultatdiskussion	14
Framåtblick	16
KONKLUSION	16
REFERENSER	17
BILAGA 1	
Artikelsammanställning	19

INTRODUKTION

INLEDNING

Till yrket är vi en narkossjuksköterska och en operationssjuksköterska som arbetar på Kungälv's sjukhus operationsavdelning. I vårt arbete på operationsavdelningen möter vi bl.a. patienter som skall få gallblåsan borttagen med laparoscopisk titthålsteknik. År 2004 var 95 operationer planerade att utföras genom laparoskopisk teknik men endast 93 slutfördes. De resterande två konverterades vilket innebär att operatören var tvungen att slutföra dessa genom ett lite större buksnitt, så kallad öppen cholecystectomi. År 2005 var det planerat att operera 113 laparoscopiska cholecystectomier (LC) och endast två operationer konverterades även detta år. På det sjukhus där vi arbetar är de flesta patienterna inneliggande på vårdavdelning i två till tre dagar i samband med operationen (1). Det är väl känt att på andra sjukhus i Sverige, men i synnerhet utomlands, har man börjat operera patienterna dagkirurgiskt dvs. att patienterna kommer till operationsavdelningen på morgonen och åker hem på eftermiddagen eller kvällen samma dag.

Tre patienter har opererats för LC dagkirurgiskt på Kungälv's sjukhus. En av författarna till uppsatsen hade hand om den patient som blev opererad i januari 2004. Av eget intresse följdes patienten upp efter operationen vid tre skilda samtal. Detta ledde till ett intresse av att undersöka förutsättningarna för dagkirurgisk LC på vår arbetsplats. Troligtvis kommer denna form av verksamhet att öka i framtiden vilket väckte ett intresse att undersöka patienters upplevelser av att ha varit med om laparoscopiska cholecystectomi i dagkirurgisk vård. Det var också av intresse att ta reda på om denna vård är kostnadseffektivt.

BAKGRUND

Bakgrunden inleds med historisk beskrivning av gallstenssjukdomen därefter förekomst och genus, gallsaftens samt gallblåsans patologi. Den laparoscopiska operationstekniken, risker samt komplikationer tas upp. Åtta begrepp som används i uppsatsen förklaras, det centrala begreppet är omvårdnad.

Gallstenssjukdomens historik

Den första beskrivningen av gallsten är gjord av en arabisk läkare, Rhazes som verkade under 900-talet. Den första verifierade upptäckten av gallsten gjordes av en italiensk läkare i början av 1400-talet. En Bartholinus beskrev "gallkoliken" 1661. Osaken till det typiska gallanfallet ansåg han vara när en gallsten passerade gallgången, och det är ju rätt till en viss del. I början av 1800-talet diskuterades om människan först får en gallsten som orsakar inflammation i gallblåsan eller om inflammationen orsakar stenbildningen. Den första gallröntgen gjordes 1924. Gallbesvär sköttes länge med olika avföringsmediciner och mineralvatten. Det fanns kurorter som var berömda för sina behandlingar av gallsten. Den första galloperationen gjordes 1882. Det var den enda behandling som var möjlig fram till 1972. Då utförde Demling och Kawai den första endoscopiska stenavlägsningen i samband med en endoscopisk papillotomi (ERCP). Först 1986 introducerades den laparoscopiska galloperationen av en läkare som hette

Mühe. Denna teknik är nu den rutinmässiga behandlingen av gallsten som förorsakar besvär (2).

Förekomst

Gallsten är mycket vanligt i de nordiska länderna. Det är ovanligt att få gallsten under 25-30 års ålder. Därefter stiger antalet som drabbas och i hög ålder har ungefär var tredje människa gallsten eller har blivit opererad för det. Kvinnor har större risk att få gallsten tidigare än män, detta anses bl.a bero på graviditet. Men vid högre ålder så har skillnaden utjämnats. Fetma, diabetes, resektion av tunntarmen eller om man har en kronisk inflammation ökar också risken för att få gallsten. Gallblåsans funktion är huvudorsak för uppkomst av gallsten. Även nedsatt tömning tex. långvarig svält eller extrem bantning ökar stenbildning (3).

I vissa utvecklingsländer bla i Afrika och bland eskimåer är sjukdomen sällsynt. Men däremot hos Pimaindianerna i södra Arizona har ca 70 % besvär av gallsten. Man tror det beror på diet och ärftliga faktorer (2,3).

Gallstenssjukdom

Gallsaften leds via gallgångarna från levern till gallblåsan, där vatten absorberas. Därefter strömmar den via ductus cysticus och ductus choledochus ner i duodenum. Personer som bildar gallstenar har mindre utsöndring av gallsalter i gallan. Gallsten är fasta massor som avsöndrats i gallblåsan eller gallvägarna, det kan vara som en samling korn eller välavgränsade stenar. De flesta gallstenar innehåller kolesterol och bilirubin. När gallstenarna nått en viss storlek kan de inte längre passera ner i duodenum. Att ha gallstenar är vanligt. Ca 1/3 av gallstensbärarna får inga kliniska symtom. Det vanligaste symtomet vid gallsten är smärtor. Akut cholecystit är en inflammation i gallblåsans vägg som oftast orsakats av gallsten som fastnat i ductus cysticus. Detta leder till att gallblåsan blir avstängd. Inflammationen medför att hela gallblåsan blir spänd och svullen. Efter några dagar kan den avstängda gallan infekteras. Symtomen är feber och ihållande molande smärta under höger revbensbåge med utstrålning mot ryggen. Vid kronisk cholecystit kan gallblåseväggen bli ärrig och förtjockad, ju mer förändrad gallblåseväggen blir desto sämre fungerar gallblåsan. Den normala behandlingen vid symptomgivande gallblåsestenar är att ta bort gallblåsan, en så kallad cholecystectomi, det utförs antingen akut under den pågående attacken eller i lugnt skede efteråt för att förhindra nya attacker. Vid svåra attacker brukar patienterna sjukhusvårdas med fasta, dropp och smärtstillande medel. Vid feber ges antibiotika (3,4).

Laparoskopisk Operationsteknik

Endoskopisk kirurgi är ett samlingsnamn för kirurgiska metoder som innebär att en optik förs in i någon hålighet i kroppen. Bilden ses sedan i förstorat skick på en TV-monitor. Ett annat begrepp är det engelska "Minimal invasive surgery". Laparoskopisk kirurgi är när kirurgi utförs i bukhålan med denna teknik. Operationen består i att den sjuka gallblåsan tas bort. Ingreppet börjar med ett litet snitt strax nedanför naveln. Bukhålan punkteras med en specialkanyl eller instrumentport och därefter fylls bukhålan med koldioxidgas för att vidga bukhålan och ge god sikt. Bra arbetsutrymme

gör det lättare och mer riskfritt för operatören. Koldioxid används eftersom denna gas är ogiftig och lättlöslig i blod. Det är nödvändigt utifall gasen skulle hamna i blodbanan. För olika arbetsinstrument görs flera punktioner. Hudsnitten är c:a en cm långa. Gallblåsan löses och mindre blodkärl bränns med diatermi medan större delar mellan clips av titan. Gallblåsan och stenarna dras ut genom ett av hålen i bukväggen. Röntgen av gallgången görs intraoperativt. Finns choledochussten kan de tas bort i samma ingrepp eller ett par dagar senare via endoscopisk papillotomi (ERCP). Om det blir tekniskt besvärligt under operationen kan man bli tvungen att "konvertera", genom att ett snitt anlägges under höger revbensbåge och operationen fortsätter därefter som en öppen cholecystectomi (5,6)

Efter operationen är det normalt med smärtor från bukens övre del och även från axlar och skuldror första veckan efter operationen. Mediciner som Panodil och Alvedon är oftast tillräckliga vid smärtor. Medicin som innehåller kodein skall undvikas. Orsaker postoperativt som gör att sjukvården skall kontaktas är följande:

- Feber över 37,5 i mer än två dagar inom två veckor efter operationen
- Ny smärta i buksåren
- Infektionstecken som rodnad, svullnad samt rinnande sårvätska från buksåren
- Frossbrytningar
- Guldfärgning av huden samt ljus avföring och mörk urin (1)

I samband med det laparoscopiska ingreppet får patienten anestesi dvs. narkos vilket innebär att patienten med läkemedel försätts i ett reversibelt medvetslöst tillstånd, s.k. *generell anestesi*, vilken förekommer i olika former. Generell anestesi syftar till att underlätta kirurgi och plågsamma undersökningar genom att eliminera mentalt lidande inklusive smärtupplevelse (medvetande), somatiska reaktioner (muskelförsvar och avvärjningsrörelser) och autonoma reaktioner (endokrin aktivitet, hypertension, pulsstegring, hyperventilation). Innan anestesistart måste man även kontrollera att patienten nyligen tömt urinblåsan. Före operationsstart är det viktigt att tömma magsäcken, patienten får en ventrikelsond oralt eller nasalt. Det ställs dock ytterligare krav på modern anestesi, återhämtningen efter anestesi skall vara snabb och komplikationer skall elimineras (6,7).

Risker och komplikationer

Cirka 70 % av Sveriges cholecystectomier utförs laparoskopiskt. Frekvensen av komplikationer är totalt sett samma som vid öppen kirurgi. Däremot är antalet gallgångsskador vanligare vid laparoskopisk teknik. Hjärtkomplikationer orsakas av det motstånd mot hjärtats arbete som kan uppstå under operationen. Hos patienter med hjärtsjukdom är det därför viktigt att det intraabdominella trycket är så lågt som möjligt under operationen. Det inträffar årligen ca 10 sticksador på kärl i bukvägg eller retroperitonealt och det är lika vanligt med skador på tarm. Risk finns för att tarmskador inte upptäcks med en gång vilket kan leda till allvarliga tillstånd (8). För att minska risken för skador på inre organ använder man sig ofta av magsond och urinkateter (6).

Gasemboli är en fruktad men sällsynt komplikation vid laparaskopi som kan uppstå vid insufflation av koldioxidgas om specialkanylen ligger i ett kärl eller då man redan har öppna kärl och trycket stiger i buken. Patienten skall då snabbt vändas i hö sidoläge, ventileras med ren syrgas och försök till exsufflation av gas från höger förmak görs

genom central venkateter (5). Vid gasemboli minskar det venösa återflödet till hjärtat och det kan eventuellt upphöra helt (7). Insufflation av gas och spolning med vätska medför risk för nedkyllning av patienten. Vid användandet av monopolär diatermi finns risk för brännskador (5).

Begrepp

Omvårdnad

Begreppet omvårdnad kommer från det engelska ordet *nursing* enligt Nationalencyklopedin (9). Ordet omvårdnad är sedan 1960-talet en benämning på den verksamhet som sjuksköterskor och undersköterskor utför. Omvårdnad utgår från behov och problem relaterade till hälsa och ohälsa (9). I omvårdnaden är det inte sjukdomen utan patientens reaktioner på och tolkning av sjukdomen som är i fokus (10).

Omvårdnad skall ske utifrån en humanistisk människosyn som innebär att alla människor är unika och har lika värde utifrån sin blotta existens och inte utifrån sina funktioner. Människan har fysiska, psykiska, sociala, existentiella och andliga behov. Omvårdnaden skall utgå från en helhetssyn på människan. God omvårdnad innebär bland annat att:

- Ge vägledning, finnas till hands och inte överge.
- Se människan och vara öppen för de existentiella och outtalade behoven och önskningarna.
- Ha vilja och mod att se, genom att möta den enskilde i dennes värld och livshistoria.
- Bota, lindra och trösta.
- Mobilisera, rehabilitera och habilitera.
- Skapa förutsättningar för en värdig död (10).

Egenvård

Egenvård förklaras i Nationalencyklopedin (9) såsom de åtgärder som den enskilde själv kan vidta vid enkla skador och enkla vanliga sjukdomar. Omvårdnadsteoretikern Orem (11) definierar egenvård som utförande av sådana aktiviteter som individen själv tar initiativ till och för sin egen skull i syfte att upprätthålla liv, hälsa och välbefinnande.

Dagkirurgi

Socialstyrelsen definierar dagkirurgi såsom operativa ingrepp vilka utförs med en dags vårdtid (12).

Poliklinisk verksamhet

Poliklinik (kommer av grekiskans *po'lis* 'stad' och *klínik*) är en äldre benämning på en sjukvårdsenhet, främst vid sjukhus som tar hand om patienter i öppen vård, dvs. patienter som inte är inlagda på sjukhus. Nuvarande benämning är mottagning. Poliklinisk verksamhet är besök som görs inom den öppna sjukvården t.ex. på en läkarmottagning eller öppenvårdscentral (9).

Ambulant vård

Ambulant kommer av det latinska ordet *ambulo* vilket betyder vandra omkring eller förflytta sig. Ambulant vård är öppen vård som ges till patient hos läkare eller på läkarmottagning/vårdcentral vid eller utanför sjukhus utan att patienten läggs in (9).

Kostnadseffektiv

Enligt Norstedts Svensk Ordbok (13) är något som är kostnadseffektivt baserat på en noggrann och välgrundad kalkyl och går inte utanför de planerade ramarna. Det kan även vara effekterna av en medicinsk åtgärd ställd i relation till dess kostnader.

ASA-klassifikationssystem

Detta system används för att preoperativt bedöma patienter inför en eventuell operation. American Society of Anesthesiologists (ASA) har utformat ett klassifikationssystem som kallas "ASA Funktionsbedömning" som baseras på patientens hälsotillstånd (15,16).

ASA-klass 1 Helt frisk, ingen organisk, fysiologisk, biokemisk eller psykisk sjukdom (14,15).

ASA-klass 2 Patienter med måttligt uttalat sjukdomstillstånd som ej orsakar funktionell begränsning, t.ex. välreglerad hypertoni, diabetes eller astma. Patienter med lätt övervikt, rökare eller med ålder yngre än 1 år och äldre än 70 år (14,15).

ASA-klass 3 Patienter med allvarligt sjukdomstillstånd som orsakar funktionell begränsning, exangina pectoris, tidigare hjärtinfarkt, dåligt reglerad hypertoni, symtomatisk lungsjukdom eller uttalad övervikt (14,15).

ASA-klass 4 Patienter med svår systemsjukdom som är potentiellt livshotande. Begränsningen kan orsakas av den aktuella sjukdomen eller t ex hjärtsjukdom med uttalad hjärtinsufficiens, angina pectoris i vila, hjärtinfarkt < 6 mån. och/eller avancerad lung-, njur- eller leverinsufficiens (14,15).

ASA-klass 5 Moribund patient som ej väntas överleva mer än 24 tim (14,15).

ASA-klass 6 Död patient (14,15).

Body Mass Index = BMI

BMI är ett mått på förhållandet mellan vikt och längd. Formel för BMI räknas ut enligt följande:

$$\text{Body Mass Index (BMI)} = \frac{\text{Vikt (kg)}}{\text{Längd}^2(\text{m})} \quad (16,17).$$

Observera att BMI måttet endast är en grov uppskattning, muskler väger mer än fett. I tabell 1 ser vi uppskattningen av mäns och kvinnors BMI (16,17).

Tabell 1

	Män	Kvinnor
Underviktig	<19,5 BMI	<18,5 BMI
Normalviktig	20-25 BMI	19-24 BMI
Överviktig	25-29,9 BMI	24-28,9 BMI
Kraftigt överviktig	>30 BMI	>29 BMI

(16,17).

TEORETISK REFERENSRAM

Vi har valt att använda Dorotea Orem's (11) omvårdnadsteori, perioperativ (19) vård samt perioperativ vårdprocess (20) som omvårdnadsmodeller. Dessa tre teoretiska referensramar är användbara för omvårdnad av patienter på en operationsavdelning.

Orem's egenvårdsteori

Dorothea Orem beskrev redan år 1959 en läroplan för omvårdnad. Orem's omvårdnadsteoretiska struktur är svår att placera i ett specifikt årtionde men hennes huvudverk publicerades under 1970-talet. Intresset för att beskriva och utveckla omvårdnad utgick från att hon ställde följande frågor: Vad gör sjuksköterskor? Vad bör sjuksköterskor göra? Varför gör sjuksköterskor som de gör? Vad blir resultatet av vad de gör (18).

Kärnan i Orem's (11) omvårdnadsteori om egenvård är att upprätthålla liv och hälsa och att hjälpa människan att bli frisk efter skada eller sjukdom. Orem's teori om egenvård utgår från människans behov ställt i relation till omvårdnad. Teorin betraktar omvårdnad som en ersättning för hälsorelaterade aktiviteter (egenvård) i situationer där patienten själv inte är i stånd att utföra detta. Hon delar in egenvårdsbehoven i tre kategorier, universella behov, utvecklingsmässiga behov och hälsorelaterade behov. Orem har olika hjälpmetoder för patienter och sjuksköterskors olika roller och skiljer mellan tre olika omvårdnadssystem. Dessa är fullständigt kompenserat, delvis kompenserat och stödjande undervisande system. När en patient är sövd har personalen kontroll över all vård, detta är ett exempel på fullständigt kompenserad vård. I det delvis kompenserade systemet bestämmer både individen och vårdaren. Det undervisande systemet innebär att individen själv fattar alla beslut under vägledning av vårdare.

Orem (11) anser att de universella behoven är:

1. *Upprätthållande av adekvat syreupptagning.*
2. *Upprätthållande av ett adekvat vätskeintag.*
3. *Upprätthållande av ett adekvat födointag.*
4. *Omvårdnad med avseende på eliminationsprocesser och exkrementer.*
5. *Upprätthållande av balans mellan aktivitet och vila.*
6. *Upprätthållande av balans mellan ensamhet och social interaktion.*
7. *Förebyggande av fara för mänskligt liv, funktion och välbefinnande.*
8. *Främjande av mänsklig funktion och utveckling inom en social gemenskap, alltefter individens potential, kända mänskliga begränsningar och människans önskan om att vara normal (11, sid 151) ”.*

Enligt Orem (11) bygger de utvecklingsmässiga egenvårdsbehoven på antagandet att människans utveckling pågår från vaggan till gravan. Vidare kan egenvårdsbehov vara relaterade till hälsoproblem och då identifierar Orem sex kategorier av egenvårdsbehov i samband med hälsoproblem:

1. *Söka och tillförsäkra sig adekvat medicinsk hjälp vid sjukdom, skada eller patologiskt tillstånd.*
2. *Vara medveten om och hantera effekter och resultat av patologiska tillstånd inklusive konsekvenser för den egna utvecklingen.*
3. *På ett effektivt sätt genomföra medicinsk ordinerade diagnostiska, terapeutiska och rehabiliterande åtgärder.*
4. *Vara medveten om, ge akt på eller reglera obehagliga eller skadliga effekter av medicinsk behandling.*
5. *Modifiera sin självbild genom att acceptera att man befinner sig i ett visst hälsotillstånd eller är i behov av vissa former av omvårdnad.*
6. *Lära sig att leva med effekter av patologiska tillstånd såväl som effekter av medicinsk behandling eller diagnostiska procedurer och finna livsstil som befrämjar vidare personlig utveckling (11, sid 152) ”.*

Den amerikanska omvårdnadsforskaren Dorothea Orem har egenvård som det centrala begreppet i sin omvårdnadsmodell. Modellen innefattar individen och dennes förmåga till egenvård, behov av densamma samt vårdarens förmåga att bistå med omvårdnad. Egenvård är en praktisk åtgärd som en person utför för att ta hand om sig själv.

Vi anser att Orems omvårdnadsmodell kan tillämpas såväl under operation såsom efter operation då eftervård behövs. Teorin betraktar omvårdnad som en ersättning för hälsorelaterade aktiviteter (egenvård) i situationer där patienten inte är i stånd att själv utföra detta. Orem menar att vårdaren kan assistera patienten på fem olika sätt, agera eller utföra, stödja, undervisa, vägleda och tillhandahålla en utvecklande miljö (18).

Perioperativ vård

Perioperativ vård anser Lindwall, von Post (19) är ett kunskapsområde inom klinisk vårdvetenskap. Deras definition av perioperativ vård är följande:

”Perioperativ vård innefattar anestesi- och operationssjuksköterskans perioperativa vårdande, den preoperativa dialogen dvs. en anestesi- eller operationssjuksköterskas pre-, intra- och postoperativa samtal (19, sid 1)” .

Det perioperativa vårdandet är anestesi- och operationssjuksköterskans dialog med patienten före, under och efter operationen. Dialogen ger möjlighet för patienten och sjuksköterskan att i vårdandet för hälsa bli närvarande för varandra. Användandet av den perioperativa dialogen skapar kontinuitet i vårdandet dels från ett patient- och dels ett sjuksköterskeperspektiv. Sjuksköterskan beskrivs som någon som inger förtroende genom sitt sätt att möta patienterna och genom sitt sätt att berätta att hon ska ansvara för dem under hela operationen. En patient beskrev att sjuksköterskan överförde någonting av sig själv, *”här har du mig, du behöver inte vara rädd, här har du det verkliga stödet”*(19 ,sid 60). Sjuksköterskor uttrycker klart att det perioperativa samtalet är en källa till styrka för dem eftersom det förbättrar vårdandet av patienterna och utvecklar samt engagerar dem i deras arbete . Ledning och organisation av det arbete som sker inom en operationsavdelnings verksamhetsområde kallas också perioperativ vård av Lindwall och von Post (19).

Perioperativ vårdprocess

Perioperativ vård som begrepp började användas i USA 1978. Peri betyder omkring eller vid och begreppet beskriver olika faser i den kirurgiska patientens vård. Man bedömer patientens tillstånd, utvärdering av vården men även hur man planerar och förverkligar vården. Processen är indelad i tre olika faser, preoperativa fasen (vården före) börjar när patienten fått besked om att han skall opereras och avslutas då han flyttar över till operationsbordet. Den andra fasen är den intraoperativa fasen (vården under) börjar när patienten ligger på operationsbordet och fortsätter tills han transporterats till uppvakningsavdelningen. Slutligen är den sista fasen den postoperativa fasen (vården efter) inleds på uppvaknings- eller intensivvårdsavdelningen och avslutas när patienten inte längre behöver vård i relation till operationen. Kan man utveckla den perioperativa tankegången så prioriterar man den vård som har helhetssyn på patienten (20).

SYFTE

Syftet med denna litteraturstudie var att belysa patienters upplevelser av pre- och postoperativ omvårdnad när hon/han genomgår dagkirurgisk laparoscopisk cholecystectomi.

METOD

Uppsatsen är en litteraturstudie och materialet till artiklarna hämtades från databaserna PubMed och CINAHL (tabell 2). Genom manuell sökning hittades ytterligare två artiklar (25,28). Det är elva vetenskapliga artiklarna som ingår i studien, dessa är från år 2001-2005.

Tabell 2. Sökning och sökord i databaser.

Databas	Sökord	Antal artiklar	Använda artiklar (referensnr)
PubMed	cholecystectomy AND costeffective AND day surgery	16	27
	cholecystectomy AND care AND day surgery	88	22,23
	laparoscopic cholecystectomy AND day-case surgery AND ambulatory	18	30
CINAHL	laparoscopic cholecystectomy AND vomiting AND ambulatory	233	26
	laparoscopic AND cholecystectomy AND outpatient	60	21,29
	day surgery AND preassessment preparation	11	24
	outcomes AND ambulatory AND laparoscopic cholecystectomy	37	25
Manuell sökning		2	28,31

Totalt genomfördes 15 sökningar i databaserna PubMed och 42 sökningar i CINAHL. I tabell 2 anges de sökord som användes vid sökning av artiklar men andra sökord som använts i olika kombinationer men ej gav resultat var care, patients views, nursing, ambulatory, outcomes, gallstone disease, ambulatory surgery, transitions, postoperative nausea, day-case och vomiting.

Urval

Elva artiklar har analyserats. Artiklarna valdes ut efter genomläsning av abstracts vilket gjordes i samband med sökningen. Relevanta artiklar som belyste patienters upplevelser av LC utförda dagkirurgiskt samt kostnadseffektiviteten med att utföra LC i dagkirurgisk vård valdes. Var och en av artiklarna belyste ett eller flera aspekter kring dessa ämnen. Antalet deltagare per studie varierade. Åtta artiklar var med kvantitativ ansats och utförd genom enkät och i dessa varierade patientantalet från 93 till 888 (21,23,25,26,27,28,29,30). Studiernas längd varierade mellan sex månader upp till sju år. Tre artiklar (22,24,31) var med kvalitativ ansats. I två av artiklarna (22,24) intervjuades patienter, antalet var 12 respektive 30 patienter. Den tredje kvalitativa artikel (31) genomfördes genom intervjuer av 20 sjuksköterskor som var tränade att arbeta med perioperativa samtal. Av de elva granskade artiklarna redovisades inte en artikel (31) i resultatet, på grund av att den inte belyste patientupplevelser direkt utan sjuksköterskors tolkning av samtal med patienter som skulle opereras. Vi ville dock

behålla den och använda den i resultatdiskussionen. En presentation av de elva studerade artiklarna finns i bilaga 1. Artiklarna bearbetades på så sätt att vi genomläste dem flera gånger och översatte och analyserade. Vi färgkodade med överstrykningspennor, och strukturerade i tre huvudteman som blev patienternas upplevelser i samband med ett laparoscopiskt ingrepp i gallvägarna, patientens upplevelse av hemgång operationsdagen samt kostnadseffektivitet med att utföra laparoscopiska cholecystectomier i dagkirurgisk vård.

RESULTAT

Resultaten är sammanställda utifrån tre olika teman. Följande teman ingår: Patienternas upplevelser i samband med ett laparoscopiskt ingrepp i gallvägarna, patientens upplevelse av hemgång operationsdagen samt kostnadseffektivitet med att utföra laparoscopiska cholecystectomier i dagkirurgisk vård.

Patienters upplevelser

Bartelsson med flera (22) diskuterade patienternas trygghet att få träffa sin kirurg innan operationen, fördelen med att få lugnande medel innan operationen, upplevelser av minnesluckor samt att inte komma ihåg vad kirurgen sagt. En studie av Gilmartin (24) utförd på en sjuksköterskeledd mottagning visade att de flesta patienter kände att de blev adekvat bedömda och väl förberedda för dagkirurgi. Majoriteten ansåg att de fått fullständig och innehållsrik information om procedureerna, samt haft möjlighet att ställa frågor. Några patienter poängterade dock brist på information.

Sharma med flera (25) visade i sin studie att patienter som genomgått dagkirurgisk LC hade 24 timmar efter operationen signifikant lägre smärta än inneliggande patienter. Efter 48 timmar fanns det ingen skillnad i smärtupplevelser mellan de olika patientgrupperna. Ammori med flera (26), redovisade att 94 % (av totalt 140 patienter) var nöjda med att opereras dagkirurgiskt. Några patienter var missnöjda med att bli utskrivna på operationsdagen pga. illamående.

Vuillemier och Halkic (27) undersökte i sin studie postoperativ smärta 6 och 24 timmar efter operationen. Vid första tillfället var 48 % utan smärta och efter 24 timmar hade 72 % ingen smärta vid vila. Efter att ha fått rutinmässig standardiserad smärtlindring (Tramadol®/mefenamic®) postoperativt hade ingen någon smärta. Några av patienterna var inte helt nöjda. Detta berodde framförallt på förseningar och ändringar i operationsschemat.

Artiklarna av Lau och Brooks (28,30) beskriver att patienterna lämnade dagkirurgiska enheten på eftermiddagen om de hade tillfredställande smärtkontroll, kissat och ätit. Patienterna tyckte inte bara att de hade tillfrisknat snabbare utan också att de undvek stress och obehag i samband med sjukhusvård. Patienterna fick 10 ml av läkemedlet Bibuvacain © (lokalbedövning) lokalt injicerat i huden och medel mot illamående preoperativt.

Patientens upplevelse av hemgång operationsdagen

I Bringman med flera (21) studie fick alla patienter både muntlig och skriftlig information. En vecka efter operationen träffade patienten både kirurgen, narkosläkaren samt den dagkirurgiska sköterskan på kliniken. Två sköterskor var ansvariga för den postoperativa perioden, dessa var anträffbara via telefon den första kvällen och natten efter operationen. Sjuksköterskan ringde upp patienten både på kvällen och följande morgon efter operationen. Om sjuksköterskan behövde råd kontaktade hon kirurgen. Uppföljningen skedde via ett frågeformulär som undersökte hur patienterna var smärtstillade efter operationen. Deras enkätstudie visade att av 100 patienter behövde 60 patienter extra smärtstillande läkemedel de första timmarna efter operationen. Fyra patienter fick smärtstillande läkemedel senare på kvällen och nio dagen efter operationen. Ingen av dem behövde kontakta läkare efter hemkomsten utan det räckte med att en sjuksköterska ringde upp dem. 89 patienter stannade i genomsnitt sex timmar, elva patienter blev inlagda på sjukhus (varav fyra patienter på grund av illamående, svaghet. En patient lades in pga. smärta), fyra patienter blev konverterade till öppen kirurgi och två patienter fick göra postoperativ ERCP (Endoscopisk Retrograd CholangioPancreaticografi). Mediantiden för sjukskrivning var sju dagar och mediantiden för full återhämtning var 14 dagar. Det framgick av studien att ett av urvalskriterierna var att ha en vuxen hemma. Det framkom att den postoperativa smärtan kan minskas efter laparoscopisk operation om det intra-abdominella trycket hålls lågt, lokalanestesi injiceras i snitten för operationsportarna, genom evakuering av all koldioxidgas samt genom patientinformation.

I artikel av Barthelsson med flera (22) undersöktes upplevelser i hemmet första veckan efter operationen genom intervjuer med 12 patienter. Dessa hade blivit tillfrågade om att vara med i studien en vecka innan operationen. Samtliga fick både muntlig och skriftlig information om syftet med studien. Patienterna bedömdes som ASA I-II, skulle kunna dricka och inte ha smärta samt bli hämtade av anhörig. Intervjuerna gjordes en vecka efter operationen. Patienterna var trötta efter operationen men återhämtade sig ändå snabbt. Det fanns behov av smärtlindring i några dagar. Någon hade fått gallbesvär, några ont i axlarna som man inte visste var det kom ifrån och några hade ont i halsen efter operationen. Det förekom även lite illamående och kräkningar postoperativt. En patient blev inlagd, några kände även sig uppsvällda och kunde inte ha vanliga kläder. Det fanns även undran om sårskötsel och kost.

Watt-Watson med flera (23) undersökte postoperativ smärta. Studien visade att 61 % av patienterna fick tillräcklig information för att ta hand om sig själva efter operationen. Majoriteten (73 %) kände att de hade förberetts tillräckligt inför smärtan som uppkom i hemmet. Instruktioner om hur medicinerna skulle tas hemma var helt klara för 55 % av patienterna. Däremot var instruktionerna för att ändra medicineringen oklara om rekommenderat läkemedel inte hjälpte eller orsakade biverkningar. Även i denna studie var ett av urvalskriterierna att ha en ansvarsfull vuxen anhörig hemma. Författarna pekar på det centrala behovet av omsorgsfulla förberedelser av patienterna vid dagkirurgiska operationer för att underlätta vid hemgång. De viktigaste faktorerna för dagkirurgiska operationer var preoperativ utbildning och information, effektiv smärtlindring och information om förväntad smärta, patienters tidigare erfarenhet av smärta samt förebyggande av förstoppning och illamående

Kostnadseffektivitet med att utföra laparoscopiska cholecystectomier i dagkirurgisk vård

Av elva granskade artiklar beskrevs kostnadseffektivitet i fyra artiklar (21,25,27,28) något i resultatet om kostnadseffektivitet (14). Dessa fyra artiklar visade att det är mer kostnadseffektivt med patienter som opereras dagkirurgiskt än patienter som opereras med mer än en dags vårdtid.

Enligt Bringman med fleras studie (22) i vilken 100 patienter ingick var det möjligt att spara 130 vård dagar om operationen utförs med dagkirurgisk vård istället för inneliggande vård.

Sharma med flera (26) påvisade att dagkirurgisk verksamhet har 8,5 timmars vårdtid jämfört med inneliggande patienter som har 26 timmars vårdtid. I studien återgick patienterna till arbete vid samma tid, oberoende av var eftervården sker.

Vuillemier och Halkics (28) studie visade ekonomiska besparingar på den reducerade postoperativa vården och Lau och Brooks (29) att sängplatser sparas som kan stängas eller användas till akut sjuka patienter.

DISKUSSION

Metoddiskussion

Uppsatsen är en litteraturstudie. Det visade sig vara en tidsödande uppgift att hitta artiklar som svarade an mot syftet, trots att det fanns ett stort antal studier om laparoscopiska cholecystectomier. Det fanns endast ett fåtal kvalitativa artiklar som byggde på intervjuer de flesta var kvantitativa enkätstudier gjorda av läkare. Merparten av artiklarna var medicinskt inriktade och omvårdnaden och patientupplevelser kom i andra hand. Vi ansåg att det var viktigt med vetenskapligt skrivna artiklar från 2000-talet eftersom operationstekniken med laparoscopiska cholecystectomier utvecklades först 1986 och att det varit en stor utveckling inom området på slutet av 1990-talet så därför begränsades urvalet ytterligare. Artiklarna var från 2001-2005. Eftersom ett flertal studier återkom i flera sökningar uppstod en slags mättnad, vilket ledde till att vi avslutade sökandet efter fler artiklar.

Åtta (23,24,25,26,27,28,29,30) av de tio studierna är genomförda utomlands i länderna Storbritannien, USA, Spanien, Canada och Schweiz. Vi tror därför inte att resultaten i sin helhet kan generaliseras till att gälla svenska vårdförhållanden då det finns kulturella, politiska, sociala och geografiska skillnader. I Sverige finns det tex många ensamhushåll och bara enstaka generationsboende, i Norrland är det mycket långa avstånd till sjukhus, det är inte ovanligt att det är över 20 mil till närmaste sjukhus detta leder till att det blir omöjligt att utföra denna typ av dagkirurgiska operationer. Flera av studierna har som urvalskriterie till dagkirurgisk operation ett maxavstånd på 50 km. Flera av artiklarna är skrivna på författarnas hemspråk därefter översatta till engelska. Vi har läst artiklarna på engelska, därefter översatt dem till svenska. Detta leder till att det ibland blir onödigt svår översättning

Flera studier tar tex upp avstånd till sjukhuset som en urvalskriterie för att accepteras till

dagkirurgiska laparoscopiska operationer. I en studie (26) är det 50 km som maxavstånd. I en annan studie (25) är det 50 miles som är maxavstånd, 1 miles är 1609 meter (9).

Resultatdiskussion

Syftet med denna litteraturstudie var att belysa patienternas upplevelse pre- och postoperativt när hon/han genomgår dagkirurgisk LC. De analyserade artiklarna har givit oss kunskap som bidragit till att uppnå syftet med uppsatsen.

Det första resultatet vi vill diskutera är patienternas upplevelser. I huvudsak handlar patienternas upplevelser om att föra dialog och ha kontroll över situationen i form av:

- Trygghet genom att ha fått information man är nöjd med och kunnat ställa frågor (24).
- Smärtlindring och förebyggande av illamående efter ingreppet, minskade stress och obehag (28,30).
- Förseningar och ändringar av operationstider kan medföra ökad stress och obehag om inte patienterna fått preoperativ information om att detta eventuellt kan förekomma (27).

Det perioperativa samtalet är anestesi/operation -sjuksköterskans dialog med patienten före, under och efter operationen. Dialogen syftar till att lindra patientens lidande, skydda värdigheten samt skapa välbefinnandet. Sjuksköterskan skall hjälpa patienten att komma till insikt om sin situation och komma till ro. Användandet av den perioperativa dialogen skapar kontinuitet i vårdandet både från ett patient- och sjuksköterskeperspektiv (19).

Studien av Rudolfsson med flera (31) tar upp vikten av perioperativ dialog. I denna artikel framkom det att om ett perioperativt arbetssätt använts och en tillfredställande preoperativ dialog genomförts och patienten blivit informerad om vad som skall ske under vårdprocessen hade eventuella obehagliga upplevelser såsom stress och illamående minskats. Den perioperativa dialogen kan ge en ökad förståelse för att smärta kan uppkomma postoperativt (31). Omvårdnad utgår från behov och problem relaterade till hälsa och ohälsa. I omvårdnaden är det inte sjukdomen utan patientens reaktioner på och tolkning av sjukdomen som är i fokus (9). Det är patientens känslomässiga upplevelse som individ som är det viktiga i samband med operationen. Detta stämmer väl överens med innehållet i artiklarna (22,23,24).

Watt-Watson med flera (23) tar upp behovet av omsorgsfull undervisning och information som förberedelse av patienter som skall opereras dagkirurgiskt. De viktigaste faktorerna för att underlätta för patienten vid hemgång på operationsdagen var preoperativ utbildning och information, ge effektiv smärtlindring och information om förväntad smärta, patienters tidigare erfarenhet av smärta samt hanterande av förstoppning och illamående. Detta skulle kunna diskuteras mellan sjuksköterskan och patienten vid ett perioperativt samtal för att minska negativa upplevelser vid hemgång på operationsdagen.

Ett annat resultat som framträdde vid granskningen av artiklarna var patienternas upplevelse vid hemgång efter LC som skedde samma dag dvs. operationsdagen. I de

olika artiklarna fokuserades det mest på hur patienten upplever den postoperativa smärtan och frågor om hur den skall hanteras vid förändring. Men även dialog förekom om instruktioner, information och kontaktvägar med läkare och sjuksköterskor.

Omvårdnadsteoretikern Orem (11) identifierar sex egenvårdsbehov i samband med hälsoproblem. Det viktiga i Orem's antagande är att patienterna ska kunna söka och tillförsäkra sig adekvat medicinsk hjälp vid problem efter hemkomsten från sjukhuset. Patienten måste kunna genomföra medicinskt ordinerade åtgärder samt att ta ordinerad smärtstillande medicin för att bli accepterad för dagkirurgisk operation

Orem (11) uppger dessutom att det finns ett universellt behov av att upprätthålla balans mellan ensamhet och social interaktion. Orem (11) anser att omvårdnadens metoder går ut på att komplettera egenvården. Anhöriga intar en speciell ställning genom att kunna hjälpa till med eller överta patientens egenvård. Detta stämmer väl överrens med det som framkom i artiklarna (21,25,27). Vid anmälan av operation inför dagkirurgisk vård är det därför viktigt att kontrollera att patienten har någon social uppbackning i hemmet och att inte lämnas ensam det första dygnet efter operationen. Patienten kan då inte bli aktuell för dagkirurgisk LC utan kan endast bli opererad med inläggande vård.

Ett annat universellt behov är förebyggande av risk för mänskligt liv, funktion och välbefinnande. Det behovet skall beaktas och därför är det bara patienter med ASA-klass 1 och 2 och ett tillfredställande BMI som kan bli aktuella för att opereras dagkirurgiskt (21,25,26,27,28,29,30). En relevant klassificering och preoperativ bedömning av patienterna är det viktigaste för patienternas upplevelser av hemgång på operationsdagen. Det finns ett flertal andra studier som visar på att det är relevanta urvalskriterierna som t.e.x tillfredställande BMI, ASA I-II och patienternas sociala situation som styr patienternas upplevelser vid hemgång operationsdagen (21,26,27,28,29,30). För att patienterna skall få en så säker och komplikationsfri hemgång efter den dagkirurgiska operationen som möjligt så måste förutsättningarna vara så optimala som möjligt. Det är större risk för komplikationer efter operationer om patienterna har högt BMI eller ASA 3 eller högre. Det kan dessutom behövas särskilda förberedelser av både av operations och anestesi personal

Kostnadseffektivitet vid dagkirurgiska ingrepp är även viktigt att diskutera. Det framkom vid granskningen av artiklarna att det är var patientens postoperativa vård sker, hemmet eller slutna vård, som kommer att ha avgörande betydelse för de totala kostnaderna. Patientens totala rehabiliteringstid påverkas inte av var eftervården sker (27,28) Begreppet kostnadseffektivitet (13) är baserat på en noggrann och välgrundad kalkyl. Det mäter effekterna av en medicinsk åtgärd i relation till dess kostnader. Planeringen av vården bygger på att det inte blir några komplikationer som gör att patienterna behöver läggas in och få sjukhusvård. Det är därför mycket viktigt att patienterna som genomgår operationer dagkirurgiskt är noggrant utredda preoperativt (21,25,26,27,28,29,30) och att alla risker som kan förutses beaktas inför operationen. Oförutsedda komplikationer gör dessutom att det blir förseningar och förändringar i operationsprogrammet (27) som upplevs negativt och kan öka patientens oro.

Framåtblick

Denna studie har gett mersmak. Den största delen av preoperativa bedömningarna idag inriktar sig främst på medicinska bedömningar. Det vore intressant att utifrån patientperspektivet kunna värdera olika omvårdnadsinsatser tillsammans med de redan befintliga medicinska bedömningarna. Det skulle kunna göras i form av en empirisk studie, där patienterna blir individuellt bedömda för dagkirurgisk operation med hjälp av ett poängsystem. Detta skulle kunna innefatta såväl den omvårdnadsmässiga aspekten som det medicinska urvalssystemet.

Konklusion

Denna litteraturstudie belyser vikten av noggrann planering i form av grundlig individuell preoperativ bedömning med relevanta urvalskriterier och dialog mellan patienter och vårdpersonal. De viktigaste faktorerna för att underlätta vid hemgång för patienterna operationsdagen var preoperativ undervisning och information, effektiv smärtlindring och information om förväntad smärta att beakta patienters tidigare erfarenhet av smärta samt hanterande av eventuell förstoppning eller illamående.

REFERENSER

1. Patientinformation Gallstenssjukdomar, Kungälv's Sjukhus Kirurg och ortopedkliniken; 2005.
2. Frågor och svar om gallstenssjukdomar. www.gastrolab.info, sökord gallsten. Tillgänglig 2006-05-20.
3. Kullman E. Gallsten, kirurgiska kliniken/Universitetssjukhuset i Linköping. Internetmedicin AB, www.google.se sökord Gallsten. Tillgänglig 2006-05-20
4. Franksson C. Kirurgi. Uppsala; Almqvist & Wiksell; 1985.
5. Bengmark S, Bergentz S-E, Rydholm A, Zedersfeldt B. Kirurgi för sjuksköterskor. 6:e upplagan. Lund: Studentlitteratur; 1996
6. Christiansson L. Anestesikompendium. 7:e upplagan. Uppsala: Akademiska Sjukhuset; 1998.
7. Halldin M, Lindahl S. Anestesi .2:a upplagan. Stockholm: Liber AB. 2005.
8. Räf L. Komplikationer vid laparaskopi- vad kan vi lära av det som hänt? Läkartidningen 2001; (17): 2036-44.
9. Nationalencyklopedin. Höganäs; Bokförlaget Bra Böcker A; 1994
10. Margareta Jansson, Omvårdnad - en gemensam värdegrund, Riktlinjer och råd för landstinget i Värmland, tryckt 2003, www.google.se sökord Omvårdnad. Tillgänglig 2006-05-20.
11. Kirkevold M. Omvårdnadsteorier – analys och utvärdering. 2:a: upplagan. Lund: Studentlitteratur; 2000.
12. Tematisk verksamhetstillsyn inom Uppsala/Örebro sjukvårdsregion. www.socialstyrelsen.se. Sökord: Dagkirurgi, Publicerad augusti 2004. Tillgänglig 2005-09-07.
13. Språkdata och Nordstedts Ordbok. Svensk ordbok, Tredje upplagan första tryckningen; AIT Gjøvik AS, Norge, 1999.
14. Kullman E. Cholecystit, akut, kirurgiska kliniken/Universitetssjukhuset i Linköping. Internetmedicin AB, www.google.se sökord ASA-klasser. Tillgänglig 2005-10-07
15. Kungälv's sjukhus, Anestesijournal, AB Multitryck, Borås Tfn 033-13 74 50.
16. Räkna ut ditt BMI, www.google.se sökord BMI. Tillgänglig 2005-10-07
17. Semper folder, 105 046 Stockholm Tfn 08-677 32 00.
18. Patricia Benner, Christine A. Tanner, Catherine A. Chelsa. Expertkunnande i omvårdnad. Lund: Studentlitteratur; 1999.
19. Lindwall L, von Post I. Människan i det perioperativa vårdandet. Karlstad: Universitetstryckeriet; 2005.
20. Panelius M, Varisto H. Perioperativ vårdlära. Lund: Studentlitteratur; 1989
21. Bringman S, Anderberg B, Heikkinen T, Nyberg B, Peterson E, Hansen K, Ramel S. Outpatient laparoscopic cholecystectomy. A prospective study with 100 consecutive Patients. Ambulatory Surgery 2001; (9:) 83-86.
22. Barthelsson C, Lützén K, Patiets´experiences of laparoscopic cholecystectomy in day surgery. Journal of Clinical Nursing 2003; (12): 253-259.
23. Watt-Wattson J, Chung F, Chan V. W. S, McGill ion. Pain management following discharge after ambulatory same-day surgery. Journal of Nursing Management. 2004; (12): 153-161.
24. Gilmartin J. Day surgery: patients´perceptions of nurse-led preadmission clinic. Journal of Clinical nursing 2003; (13): 243-250.

25. Sharma A, Hayden J.D, Reese R.A, Sedman P.C, Royston C. M. S, O'Boyle C.J. Prospective comparison of ambulatory with inpatient laparoscopic cholecystectomy: outcome, patient preference and satisfaction. *Journal of Ambulatory Surgery* 2004; (11): 23-26.
26. Ammori B.J, Davides D, Vezakis A, Martin I.G, Larvin M, Smith S, Gibson J. S, McMahon J. Day-case laparoscopic cholecystectomy: a prospective evaluation of a 6-year experience. *Journal of Hepatobiliary Pancreat Surgery* 2003; (10): 303-308.
27. Vuilleumier H, Halkic N. Laparoscopic Cholecystectomy as a Day Surgery Procedure: Implementation and Audit of 136 Consecutive Cases in University Hospital 2004; (28): 737-740.
28. Lau H, Brooks D.C. Transitions in laparoscopic cholecystectomy. The impact of ambulatory surgery 2001; (16): 323-326.
29. Bueno Lledó J, Planells Roig M, Arnal Bertomeu C, Sanahuja Santafé A, Guillemot Lafargue M, Garcia Espinosa R. Preoperativa predictive factors of ambulatory laparoscopic cholecystectomy 2005;(12): 45-49.
30. Lau H, Brooks D.C. Contemporary Outcomes of Ambulatory Laparoscopic Cholecystectomy in a Major Teaching Hospital. *World Journal of Surgery* 2002; (26): 1117-1121.
31. Rudolfsson G, Ringsberg K.C, von Post I. A source of strength-nurses' perspectives of the perioperative dialogues. *Journal of Nursing Management* 2003; (11): 250-257.

BILAGA 1: **Artikelsammanställning**

Referensnummer:	21
Titel:	Outpatient laparoscopic cholecystectomy. A prospective study with 100 consecutive patients.
Författare:	Bringman Sven, Anderberg, Bo, Heikkinen Timo, Nyberg Björn, Peterson Eva, Hansen, Krystyna, Ramel Stig
Tidskrift:	Ambulatory Surgery
Publicationsår:	2001
Metod:	Kvantitativ
Urval:	100 deltagare i en prospektiv uppföljande studie, Patienterna valdes ut enligt följande kriterier: Ej ha haft Pankreatit eller choledocholitiasis. Ha normala levervärden. Kunna kommunicera utan tolkning, ha en vuxen hemma och ha ASA1-2
Syfte:	Att undersöka om det går att utföra laparoskopisk cholecystectomi dagkirurgiskt med lika hög patientsäkerhet som om patienten vore inlagd, men till lägre kostnad.
Land/Ursprung:	Sverige
Granskad:	Ja
Antal referenser:	16

Referensnummer:	22
Titel:	Patients' experiences of laparoscopic cholecystectomy in day surgery
Författare:	Barthelsson Cajsa, Lützn Kim, Anderberg Bo, Nordström Gun
Tidskrift:	Journal of Clinical Nursing
Publicationsår:	2003
Metod:	Kvalitativ, intervjuer
Urval:	12 patienter
Syfte:	Utforska patienters erfarenhet relaterad till laparoskopisk cholecystectomi dagkirurgiskt
Land/Ursprung:	Sverige
Granskad:	Ja
Antal referenser:	29

Referensnummer: 23
Titel: Pain management following discharge after ambulatory same-day surgery
Författare: Watt-Watson Judy, Chung Frances, Chan Vincent W.S, McGillion Michael
Tidskrift: Journal of Nursing Management
Publicationsår: 2004
Metod: Kvantitativ, telefonintervjuer 24, 48, 72 h och 7 dagar efter operation.
Urval: 180 patienter opererade med dagkirurgi varav 54 opererade för Laparoscopisk Cholecystectomi, 48 för axeloperation och 78 för handoperation
Syfte: Att undersöka postoperativ smärta, smärtrelaterade hinder vid vanliga aktiviteter, användande av smärtstillande medel vid fyra tidsperioder första veckan efter operationen. Datan som insamlats skall användas för att utveckla utbildning och intervention för att hjälpa dessa patienter hantera smärtan hemma efter dom lämnat sjukhuset
Land/Ursprung: Kanada
Granskad: Ja
Antal referenser: 36

Referensnummer: 24
Titel: Day surgery: patients' perceptions of a nurse-led preadmission clinic
Författare: Gilmartin Jo
Tidskrift: Journal of Clinical Nursing
Publicationsår: 2003
Metod: kvalitativ, intervjuer
Urval: 30 patienter som skulle vara engelsktalande, ha generell anestesi, besöka preoperativa centret som var sjuksköterskelett och kunna bli kontaktade 5-7 dagar efter operation för intervjun. Patienterna blev opererade för bland annat bråck, haemorroider, hysteroscopi samt diagnostiska laparoscopier
Syfte: Att klargöra om patienternas uppfattning av förberedelser, bedömning och information som föregår dagkirurgi ytterligare kan utvecklas till förmån för patienterna.
Land/Ursprung: Storbritannien
Granskad: Ja
Antal referenser: 31

Referensnummer: 25
Titel: Prospective comparison of ambulatory with inpatient laparoscopic cholecystectomy: outcome, patient preference and satisfaction
Författare: Sharma A, Hayden J, D, Reese R.A, Sedman P.C, Royston C.M.S, O'Boyle C.J
Tidskrift: Journal of Ambulatory Surgery
Publikationsår: 2004
Metod: Kvantitativ
Urval: 93 patienter under 6 månader, kriterierna var ASA I-II, BMI <32, ha en ansvarsfull vuxen som följde dom hem efteråt samt inte bo längre bort än 50 miles från sjukhuset
Syfte: Studie för att avgöra om det var någon skillnad i patient tillfredsställelse efter dagkirurgisk laparoskopisk Cholecystectomi jämfört med inneliggande patient opererad för laparoskopisk Cholecystectomi opererade vid samma instution
Land/Ursprung: Storbritannien
Granskad: Ja
Antal referenser: 23

Referensnummer: 26
Titel: Day-case laparoscopic cholecystectomy: a prospective evaluation of a 6-year experience
Författare: Ammori Basil J, Davides Demetrios, Vezakis Antonius, Martin Iain G, Larvin Michael, Smith Stuart, Gibson John S, McMahon Michael J
Tidskrift: Journal of Hepatobiliary Pancreat Surgery
Publikationsår: 2003
Metod: Kvantitativ
Urval: 744 patienter varav 140 patienter opererades dagkirurgiskt. Urvalskriterier för att opereras dagkirurgiskt: ASA I och II, ej längre bort än 50 km radie från sjukhuset, 18-75 år, BMI >40, har "bra" hemförhållanden.
Syfte: Är det lämpligt att erbjuda patienter som skall genomgå laparoskopisk cholecystectomi dagkirurgisk operation. Är det patientsäkert och patienttillfredsställande. Sparar det pengar till sjukhuset?
Land/Ursprung: Storbritannien
Granskad: Ja
Antal referenser: 47

Referensnummer: 27
Titel: Laparoscopic Cholecystectomy as a Day Surgery Procedure: Implementation and Audit of 136 Consecutive Cases in a University Hospital.
Författare: Vuillemier H, Halkic N
Tidskrift: World Journal of Surgery
Publicationsår: 2004
Metod: Kvantitativ, preop samtal med skriftlig information, två dagar efter operationen ett telefonsamtal, sex veckor efter operationen ett återbesök.
Urval: 136 patienter mellan år 1996-2001, patienterna skulle vara motiverade, 114 kvinnor o 22 män 23-72 år, BMI 24-31, ASA I och II. Patienterna måste bli hämtade och ha sällskap i hemmet den första postoperativa natten.
Syfte: Att se om det är godtagbart och säkert att operera laparoscopisk cholecystectomi dagkirurgiskt på ett Universitets sjukhus.
Land/Ursprung: Schweiz
Granskad: Ja
Antal referenser: 19

Referensnummer: 28
Titel: Transitions in laparoscopic cholecystectomy The impact of ambulatory surgery
Författare: Lau H, Brooks C.
Tidskrift: Surgical Endoscopy
Publicationsår: 2001
Metod: Kvantitativ, hämtade ur sjukhusets databas.
Urval: 2891 patienter som opererades mellan 1 januari 1993 till 31 december 1999. 888 patienter opererades dagkirurgiskt och 2003 var inneliggande. Urvalskriterierna för att opereras dagkirurgiskt var ASA I och II, frånvaro av ogynnsam anestesi historia, operationstid kortare än 90 minuter, informerade patienter som gett sitt samtycke till dagkirurgisk operation, att det finns en vuxen kompetent person hemma hos den nyopererade i 24 timmar efter operationen.
Syfte: Att se den praktiska effekten av att operera laparoscopisk cholecystectomi dagkirurgiskt på ett major teaching hospital från det att man startade att operera laparoscopisk cholecystectomi dagkirurgiskt.
Land/Ursprung: USA
Granskad: Ja
Antal referenser: 21

Referensnummer: 29
Titel: Preoperative predictive factors of ambulatory laparoscopic cholecystectomy
Författare: Bueno Lledó J, Planells Roig M, Arnal Bertomeu C, Sanahuja Santafé A, Gullemot Lafargue M, Garcia Espinosa R.
Tidskrift: Journal of Ambulatory Surgery
Publikationsår: 2005
Metod: Kvantitativ
Urval: Studien är gjord mellan januari 1999 till juni 2002. Alla patienter som opererades elektivt för laparoscopisk cholecystectomi ingick i studien. Under denna period opererades 305 patienter varav 265 blev dagkirurgiska. Urvalskriterier är bland andra, sociala faktorer, kortare vistelse än 8 timmar på sjukhuset, ASA, BMI, ej haft akut pankreatit eller akut choledocholitias.
Syfte: Analysera preoperativa variabler kopplade till dagkirurgisk verksamhet och att utveckla ett poängsystem för att kunna förutspå den individuella patientens möjlighet att framgångsrikt kunna opereras för laparoscopisk cholecystectomi dagkirurgiskt.
Land/Ursprung: Spanien
Granskad: Ja
Antal referenser: 24

Referensnummer: 30
Titel: Contemporary Outcomes of Ambulatory Laparoscopic Cholecystectomy in a Major Teaching Hospital
Författare: Lau H, Brooks D. C.
Tidskrift: World Journal of Surgery
Publikationsår: 2002
Metod: Kvantitativ, medicinska journaler var granskade för att dokumentera demografiska kännetecken, längd på operation, perioperativa resultat och patologiska resultat. Orsaker till och antal oplanerade intagningar och återintagningar.
Urval: 701 patienter opererades från juni 1996 och augusti 2000. 200 patienter valdes ut till studien. Kriterier var ASA I-II, frånvaro av ofördelaktig anestesihistoria, förväntad operationstid mindre än 90 minuter, samtycke till dagkirurgisk operation och en kompetent vuxen tillgänglig som kan ta hand om patienten i 24 timmar

Syfte: Att utvärdera postoperativ sjuklighet, oplanerad intagning och återinläggningsfrekvens. Orsaker till oförutsedd inläggning och återinläggning var analyserade

Land/Ursprung: USA

Granskad: Ja

Antal referenser: 28

Referensnummer: 31

Titel: A source of strength-nurses' perspectives of the perioperativa dialogue

Författare: Rudolfsson G, Ringsberg K. C, Von Post I.

Tidskrift: Journal of Nursing Management

Publikationsår: 2003

Metod: Intervjuer, Kvalitativa, datan analyserades med hjälp av Grounded Theory

Urval: Intervjuerna gjordes med 20 sjuksköterskor som är tränade att arbeta med perioperativa samtal.

Syfte: Att beskriva narkos och operationssköterskornas erfarenhet av att arbeta med perioperativa samtal

Land/Ursprung: Sverige

Granskad: Ja

Antal referenser: 28