

VIDENSKAB OG PRAKSIS | ORIGINAL MEDDELELSE

resultat er afgørende, foretages der tefloninjektion i det parvise stemmebånd snarest muligt. Der opnås næsten altid en øjeblikkelig og god bedring af stemmekvaliteten, og hoste-refleksen styrkes.

Ved RP opstået i forløbet af en benign lidelse eller efter kurativ behandling for malign sygdom, vil man i første gang vurdere behandlingsbehovet og instituere en logopædisk behandling, hvis stemmen er utilfredsstillende. Det er ikke ualmindeligt, at patienterne kun har lette gener, hvorfor man kan vælge at følge dem med ca. tre måneders interval og vente med stemmetræning.

Konklusion

En retrospektiv journalgennemgang med henblik på ætiologi og behandling af 63 patienter med ensidig RP set på TK, Viborg Sygehus, over en femårsperiode viste, at den hyppigste årsag til RP var et iatrogen kirurgisk traume, med operation for benigne thyroidealidelser som den væsentligste enkeltårsag. Mange tilfælde skyldtes maligne lidelser, især lungecancer. Det samme resultat kommer man også til i større internationale opgørelser.

Ca. to tredjedele af patienterne fik en tilfredsstillende stemmefunktion spontant eller under logopædisk behandling. En tredjedel fik foretaget et fonokirurgisk indgreb med et godt resultat på stemmefunktionen.

Korrespondance: *Kirsten Hald*, Stationsvej 33, DK-9400 Nr. Sundby.
E-mail: kirstenhald@mail1.stofanet.dk

Antaget: 15. december 2003
Interessekonflikter: Ingen angivet

Litteratur

1. Parnell FW, Bradenburg JH. Vocal cord paralysis. *Laryngoscope* 1970;80:1036-45.
2. Kearsley JH. Vocal cord paralysis (VCP) an aetiological review of 100 cases over 20 years. *Aust N Z J Med* 1981;11:663-6.
3. Benninger MS, Gillen JB, Altman JS. Changing etiology of vocal cord immobility. *Laryngoscope* 1998;108:1346-50.
4. Havas T, Lowinger D, Priestly J. Unilateral vocal fold paralysis: causes, options and outcomes. *Aust N Z J Surg* 1999;69:509-13.
5. Jørgensen G, Clausen EW, Mantoni MY et al. Ætiologi og diagnostiske metoder ved stemmebåndsparese. *Ugeskr Læger* 2003;165:690-4.
6. Kelchner LN, Stemple JC, Gerdeman B et al. Etiology, pathophysiology, treatment choices, and voice results for unilateral adductor vocal fold paralysis: a 3-year retrospective. *J Voice* 1999;13:592-601.
7. Buchwald C, Sveinbjörnsson I, Bretlau P. Idiopatisk recurrensparese. *Ugeskr Læger* 1984;146:3915-6.
8. Paaske PB, Illum P, Tranberg H. Behandling af stemmebåndsparese med Teflon-injektion. *Ugeskr Læger* 1992;154:780-3.

Accelereret patientforløb efter sectio

Klinisk oversygeplejerske Birgitte Degn-Petersen,
afdelingssygeplejerske Hanne Carlsen, overlæge Tom Weber,
overlæge Yvonne Hovmann Rasmussen &
professor Henrik Kehlet

H:S Hvidovre Hospital, Gynækologisk-obstetrisk Afdeling,
Anæstesiologisk Afdeling og Kirurgisk-gastroenterologisk Afdeling

Resumé

Introduktion: Konceptet accelereret patientforløb har vist sig at være bæredygtigt ved en lang række kirurgiske indgreb. Formålet med undersøgelsen var at vurdere effekten af et accelereret patientforløb for kvinder, der føder ved kejsersnit, hvad angår postoperativ fysisk formåen, fysisk og psykisk velbefindende samt evne til at varetage amning og pasning af det nyfødte barn.

Materiale og metoder: Projektet blev gennemført som et interventionsprojekt, som blev evalueret på baggrund af målinger før og efter implementeringen af det accelererede forløb frem til to måneder efter udskrivelsen. Tohundrede konsekutivt udvalgte kvinder indgik i projektet i henholdsvis en interventions- og en referencegruppe. Dataindsamlingen foregik ved hjælp af patientjournaler, strukturerede interview og selvadministrerede spørgeskemaer.

Resultater: Den gennemsnitlige indlæggelsestid faldt fra 6,2 dage til 4,7 dage og fra 5,9 dage til 5,0 dage for henholdsvis elektivt og akut kejsersnit. Smertebehandlingen var mere effektiv, og kvin-

derne var hurtigere i stand til at varetage den fulde pasning og pleje af deres barn i interventionsgruppen uden negative konsekvenser for amningen eller øget behov for sundhedsydelse efter udskrivelsen.

Konklusion: Et accelereret patientforløb kan med fordel introduceres ved planlagt og akut kejsersnit.

Termen accelererede operationsforløb bygger på et koncept om hurtigere postoperativ rehabilitering og nedsat morbiditet ved hjælp af information, optimeret smertebehandling, reduktion af kirurgisk stress samt tidlig oral ernæring og mobilisering [1]. Konceptet har vist sig at være bæredygtigt ved en lang række indgreb [1] inklusive hysterektomi [2].

Der foreligger ingen undersøgelser af accelererede operationsforløb ved kejsersnit. Patientgruppen, der får foretaget kejsersnit, adskiller sig fra patientgrupper, der får foretaget anden kirurgi, ved, at mødre ud over at komme sig efter selve operationen også skal klare pasning og amning af et eller flere nyfødte børn.

Formålet med denne undersøgelse var derfor at vurdere effekten af et accelereret patientforløb for kvinder, der føder ved kejsersnit, hvad angår postoperativ fysisk formåen, fysisk

VIDENSKAB OG PRAKSIS | ORIGINAL MEDDELELSE

Tabel 1. Behandling og pleje, per- og postoperativt før (referencegruppen) og efter (interventionsgruppen) indførelsen af det accelererede forløb ved kejsersnit.

Pleje og behandling	Før implementering af accelereret forløb (reference)	Efter implementering af accelereret forløb (intervention)
Tilbudt indlæggelsestid	8 dage	3-5 dage
Anæstesi	Epidural- eller spinalanæstesi eller generel anæstesi	Kombineret epidural- og spinalanæstesi suppleret med morfin 0,1 mg spinalt eller 2 mg epiduralt eller generel anæstesi 15 mg ketorolac intravenøst (i.v.) efter barnets fødsel 2 g paracetamol (Panodil Retard) ved ankomsten til opvågningsafsnittet
Kateter à demeure	Seponeres på barselafsnittet	Seponeres på opvågningsafsnittet
Postoperativ smertebehandling	Tbl. paracetamol (Pinex) 1 g p.n. maks. × 4 Inj. i.m./tbl. ketobemidon (Ketogan) 5-10 mg p.n. maks. × 6	Tbl. Panodil Retard 2 g × 2 daglig Tbl. diclofenac 75 mg × 2 daglig Tbl. Ketogan 5-10 mg p.n. maks. × 6
Mobilisering	Ved første vandladning efter seponering af kateter à demeure	4-6 timer efter kejsersnit
Stuegang	Anden indlæggelsesdag samt dagen før udskrivelse	Tredje indlæggelsesdag eller før ved tidligere udskrivelse
Laksantia	Supplerende bisacodyl 1 stk. på tredje indlæggelsesdag	Tbl. magnesiumoxid 1 g × 2 daglig indtil defækation
Ernæring	Fuld kost	Fuld kost
Suturer	Trådender (knuder) fjernes på femte indlæggelsesdag	Suturering uden synlige knuder/med forsænkede ender. Eventuelle løse trådender over hud klippes ned 1 cm over huden
Udskrivningssamtale ved plejepersonale	4.-7. indlæggelsesdag	På tredje indlæggelsesdag eller før ved tidligere udskrivelse
Barselgymnastik	4.-7. dag	2.-3. dag
Undervisning i bad af barn	4.-7. dag	3.-4. dag eller før ved tidligere udskrivelse

og psykisk velbefindende samt evne til at varetage amning og pasning af det nyfødte barn.

Materiale og metoder

Projektet blev gennemført som et interventionsprojekt, som led i en Masterafhandling [3]. Der blev udarbejdet retningslinjer for det accelererede forløb, som blev evalueret frem til to måneder efter udskrivelsen på baggrund af målinger før og efter implementeringen af det accelererede forløb. Indholdet i det accelererede forløb fremgår af **Tabel 1**.

Rekrutteringen af projektdeltagere, der fødte ved elektivt kejsersnit, foregik for referencegruppens vedkommende i perioden fra den 1. oktober 2000 til den 12. januar 2001 og i perioden fra den 1. februar 2001 til den 18. maj 2001 for interventionsgruppens vedkommende. Rekrutteringen foregik konsekutivt, til der var 50 kvinder i hver gruppe. I rekrutteringsperioden til referencegruppen fødte 66 kvinder, heraf ønskede to kvinder ikke at deltage, og 14 kunne ikke inkluderes som følge af eksklusionskriterierne. Tilsvarende fødte 71 kvinder i rekrutteringsperioden til interventionsgruppen, heraf ønskede en kvinde ikke at deltage og 20 kunne ikke inkluderes som følge af eksklusionskriterierne. Besvarelsesprocenter for begge grupper lå på 96-100.

Rekrutteringen af projektdeltagere, der fødte ved akut kejsersnit, foregik for referencegruppens vedkommende i perioden fra den 1. oktober 2000 til den 8. december 2000, og i perioden fra den 1. februar 2001 til den 14. april 2001 for interventionsgruppens vedkommende. Rekrutteringen foregik konsekutivt til der var 50 kvinder inkluderet i hver gruppe.

I rekrutteringsperioden til referencegruppen fødte 86 kvinder, heraf ønskede tre kvinder ikke at deltage, og 33 kunne ikke inkluderes som følge af eksklusionskriterierne. Tilsvarende fødte 74 i rekrutteringsperioden til interventionsgruppen, heraf ønskede tre kvinder ikke at deltage, og 21 kunne ikke inkluderes som følge af eksklusionskriterierne. Besvarelsesprocenter for begge grupper lå på 94-100.

Kvinderne i interventionsgruppen blev mundtligt og skriftligt informeret om det accelererede patientforløb, idet det anførtes, at det forventede forløb ville kunne medføre tre døgn indlæggelse, men længere, hvis tilstanden nødvendiggjorde dette. Ved udskrivelse før femtedagen fik kvinderne udleveret analgetika til selvadministration frem til og med morgendosis på femte postoperative dag.

Undersøgelsen havde følgende eksklusionskriterier: alder <18 år, ikkedansktalende, kvinder, hvis børn krævede indlæggelse på neonatalafsnittet >6 timer, kvinder, der havde født tvillinger, kvinder med fødselspsykose, misbrugsproblemer, psykiatriske diagnoser eller debilitet.

Resultatopfølgelsen hvilede på journaloplysninger, strukturerede interview og selvadministrerede spørgeskemaer. Interviewene foregik på fjerde og sjette indlæggelsesdag. Spørgeskemaerne udfyldtes 14 dage, en måned og to måneder efter udskrivelsen. Hvis kvinderne var udskrevet tidligere end sjette indlæggelsesdag, foregik interviewene telefonisk.

Projektet blev godkendt af Datatilsynet (j.nr. 2000-41-0065) og af De Videnskabssetiske Komitéer for Københavns og Frederiksberg Kommuner (KF-01-214/00). Statistisk analyse blev udført med χ^2 -test, Fishers eksakte test, t-test, og Mann-

VIDENSKAB OG PRAKSIS | ORIGINAL MEDDELELSE

Tabel 2. Fødsel ved planlagt kejsersnit: indlæggelsestid, fysisk formåen, amning, hjælp til amning og problemer med amning for henholdsvis interventions- og referencegruppen med frekvenser, gennemsnit og tilhørende p-værdi samt angivelse af, på hvilket tidspunkt oplysningen er indsamlet.

Variabel	Interventions- gruppe n = 50	Reference- gruppe n = 50	p-værdi
Gennemsnitlig indlæggelsestid i dage efter fødslen	4,7	6,2	<0,001
Forventer at gå hjem i døgn efter fødslen i gennemsnit (spurgt på fjerdedagen)	4,5	6,6	<0,001
Har selv badet barn (spurgt på fjerdedagen)	66%	30%	<0,001
Har selv badet barn (spurgt på sjattedagen)	76%	62%	0,1
Har selv badet barn fra døgn efter fødslen (spurgt på sjattedagen)	3,2	3,9	<0,01
Barnet passet af andre om natten (spurgt på fjerdedagen)	30%	50%	<0,05
Har fået hjælp til amning (spurgt på fjerdedagen)	32%	42%	0,3
Har fået hjælp til amning (spurgt på sjattedagen)	13%	24%	0,5
Har haft problemer med at amme de seneste to døgn (spurgt på fjerdedagen)	40%	48%	0,4
Har haft problemer med at amme de seneste to døgn (spurgt på sjattedagen)	26%	28%	0,8
Har haft problemer med at amme de seneste to døgn (spurgt 14 dage efter udskrivelsen)	25%	15%	0,2
Ammer (spurgt på sjattedagen)	100%	100%	
Ammer (spurgt 14 dage efter udskrivelsen)	92%	94%	0,7
Ammer (spurgt en måned efter udskrivelsen)	88%	90%	0,7
Ammer (spurgt to måneder efter udskrivelsen)	90%	90%	1,0
Mælken løbet til i døgn efter fødslen (spurgt på sjattedagen)	3,7	3,8	0,7

Whitney U-test. $p < 0,05$ blev benyttet som signifikansniveau. Data blev indtastet og bearbejdet i SPSS 10.0.

Resultater

Elektivt kejsersnit

De to grupper var sammenlignelige, hvad angår alder, paritet, skolegang, uddannelse, erhvervmæssig status, antal hjemmeboende børn, civilstand og støtte fra venner og familie, ligesom der ikke var forskel på de to grupper, hvad angik fødselsvægt og postoperative komplikationer.

Som det fremgår af **Tabel 2** faldt indlæggelsestiden ved intervention med halvandet døgn (t-test: $p < 0,001$), ligesom kvindernes forventning til udskrivelsestidspunkt faldt tilsvarende. Ved postoperativ udspørgen var der ingen forskel i opfattelsen af længden af indlæggelsestiden. Hvad angår amningsparametre var der ingen forskelle mellem ammeproblemer, ammefrekvens eller tidspunkt for, hvornår mælken løb til.

I **Tabel 3** er der anført kontakt til primærsektoren i interventions- og referencegrupperne, og det fremgår, at der ikke var signifikant forskel på behov for sundhedsplejerskebesøg og kontakt til egen læge eller behov for vagtlæge eller skadestuebesøg.

Hvad angår smertebehandling havde 70% i interventionsgruppen og 47% i referencegruppen ingen, meget lette eller lette smerter på fjerde indlæggelsesdag (χ^2 : $p < 0,05$), en forskel der svandt senere i det postoperative forløb. Kun få kvinder i begge grupper følte, at smerter forhindrede normal fysisk aktivitet. På fjerde indlæggelsesdag følte kvinderne i interventionsgruppen sig bedre i fysisk stand til at varetage plejen af sig selv og barnet end kvinderne i referencegruppen (χ^2 : $p < 0,05$)

gjorde, en forskel der dog forsvandt på sjette indlæggelsesdag. På fjerde indlæggelsesdag var 70% af kvinderne i interventionsgruppen og 50% i referencegruppen i stand til at passe barnet selv, også om natten i hele forløbet (χ^2 : $p < 0,05$), en forskel, der forsvandt i den senere opfølgning. Der var ingen forskel på de to grupper med hensyn til sindsstemning. Mave-tarm-funktionen normaliseredes i interventionsgruppen med defækation efter 2,6 døgn mod 3,1 døgn i referencegruppen (t-test: $p < 0,05$), men uden forskel i forekomst af kvalme og opkastning.

Akut kejsersnit

De to grupper var sammenlignelige med hensyn til alder, paritet, skolegang, uddannelse, erhvervmæssig status, antal hjemmeboende børn, civilstand og i forhold til at føle, at de kunne få hjælp og støtte fra venner og familie, ligesom der ikke var forskel hverken på børnenes fødselsvægt eller kvindernes postoperative komplikationer.

Som det ses af **Tabel 4** faldt indlæggelsestiden med 0,9 dage (t-test: $p < 0,001$), ligesom kvindernes forventninger til udskrivelsestidspunktet faldt tilsvarende. Ved den postoperative udspørgen var der ingen forskel i opfattelsen af længden af indlæggelsestiden. Hvad angår amningsparametre, var der signifikant flere i interventionsgruppen, der ammede frem til to måneder efter fødslen (χ^2 : $p < 0,05$), mens der ingen forskelle var på ammeproblemer eller tidspunkt for, hvornår mælken løb til.

I **Tabel 5** er der anført kontakt til primærsektor i interventions- og referencegruppen, og det fremgår, at der ikke var signifikant forskel på behov for sundhedsplejerskebesøg og kontakt til egen læge eller behov for vagtlæge eller skadestuebesøg.

VIDENSKAB OG PRAKSIS | ORIGINAL MEDDELELSE

Tabel 3. Fødsel ved planlagt kejsersnit: kvindernes kontakt til primærsektor for henholdsvis interventions- og referencegruppen med frekvenser og tilhørende p-værdi samt angivelse af på hvilket tidspunkt oplysningen er indsamlet.

Variabel	Interven- tions- gruppe, % n = 50	Reference- gruppe, % n = 50	p-værdi
Har haft besøg af sundhedsplejerske (spurgt 14 dage efter udskrivelsen)	94	98	0,3
Har haft besøg af sundhedsplejerske (spurgt en måned efter udskrivelsen)	96	100	0,1
Antal besøg af sundhedsplejerske (spurgt 14 dage efter udskrivelsen)			0,4
0	6	2	
1	56	57	
2	33	30	
>2	4	11	
Antal besøg af sundhedsplejerske (spurgt 1 måned efter udskrivelsen)			0,2
0	6	0	
1	23	20	
2	56	59	
>2	15	22	
Har været hos egen læge, mor (spurgt 14 dage efter udskrivelsen)	27	14	0,1
Har været hos egen læge, mor (spurgt 1 måned efter udskrivelsen)	27	25	0,8
Antal besøg hos egen læge, mor (spurgt 14 dage efter udskrivelsen)			0,1
0	74	86	
1	20	12	
2	6	0	
>2	0	2	
Antal besøg hos egen læge, mor (spurgt 1 måned efter udskrivelsen)			0,6
0	73	76	
1	10	20	
2	15	2	
>2	2	2	
Har været hos vagtlæge/skadedstue, mor (spurgt 14 dage efter udskrivelsen)	20	10	0,2
Har været hos vagtlæge/skadedstue, mor (spurgt 1 måned efter udskrivelsen)	13	8	0,5
Antal besøg hos vagtlæge/skadedstue, mor (spurgt 14 dage efter udskrivelsen)			0,2
0	81	90	
1	17	10	
2	2	0	
>2	0	0	
Antal besøg hos vagtlæge/skadedstue, mor (spurgt 1 måned efter udskrivelsen)			0,5
0	87	92	
1	9	4	
2	4	2	
>2	0	2	

74% i interventionsgruppen og 28% i referencegruppen havde ingen, meget lette eller lette smerter på fjerde indlæggelsesdag (χ^2 : $p < 0,001$), en forskel, der forsvandt senere i det postoperative forløb. Kun få kvinder i begge grupper følte, at smerter forhindrede fysisk aktivitet og uden forskel på grupperne. På fjerde indlæggelsesdag følte 66% af kvinderne i interventionsgruppen mod 44% i referencegruppen sig fuldstændig fysisk i stand til at varetage plejen af sig selv og barnet (χ^2 : $p < 0,05$), en forskel, der var udlynet på sjette indlæggel-

Tabel 4. Fødsel ved akut kejsersnit: indlæggelsestid, fysisk formåen, amning, hjælp til amning og problemer med amning for henholdsvis interventions- og referencegruppen med frekvenser, gennemsnit og tilhørende p-værdi samt angivelse af, på hvilket tidspunkt oplysningen er indsamlet.

Variabel	Interven- tions- gruppe n = 50	Reference- gruppe n = 50	p-værdi
Gennemsnitlig indlæggelsestid i dage efter fødslen	5,0	5,9	<0,001
Forventer at gå hjem i døgn efter fødslen i gennemsnit (spurgt på fjerdedagen)	4,7	6,1	<0,001
Har selv badet barn (spurgt på fjerdedagen)	38%	34%	0,7
Har selv badet barn (spurgt på sjattedagen)	70%	65%	0,6
Har selv badet barn fra døgn efter fødslen (spurgt på sjattedagen)	4,1	4,1	1,0
Barnet passet af andre om natten (spurgt på fjerdedagen)	52%	60%	0,4
Har fået hjælp til amning (spurgt på fjerdedagen)	40%	35%	0,6
Har fået hjælp til amning (spurgt på sjattedagen)	58%	44%	0,4
Har haft problemer med at amme de seneste to døgn (spurgt på fjerdedagen)	54%	41%	0,2
Har haft problemer med at amme de seneste to døgn (spurgt på sjattedagen)	47%	54%	0,5
Har haft problemer med at amme de seneste to døgn (spurgt 14 dage efter udskrivelsen)	16%	22%	0,2
Ammer (spurgt på sjattedagen)	98%	94%	0,3
Ammer (spurgt 14 dage efter udskrivelsen)	98%	83%	<0,05
Ammer (spurgt en måned efter udskrivelsen)	96%	80%	<0,05
Ammer (spurgt to måneder efter udskrivelsen)	92%	76%	<0,05
Mælken løbet til i døgn efter fødslen (spurgt på sjattedagen)	4,1	4,2	0,8

sesdag. Der var ingen forskel på de to grupper med hensyn til sindsstemning.

Mave-tarm-funktionen normaliseredes lige hurtigt i de to grupper og uden forskel i forekomst af kvalme eller opkastning.

Diskussion

Indførelsen af et accelereret patientforløb for kvinder, der føder ved kejsersnit, medførte en nedsættelse af den gennemsnitlige indlæggelsestid på 1-1½ dag. Kvindernes egen forventning om indlæggelsestidens længde faldt tilsvarende.

Interventionen medførte en forbedret smertedækning, når kvinderne blev spurgt på fjerde indlæggelsesdag. Der var ingen forskel på smertebeskrivelsen efter sjette indlæggelsesdag, men dette kan forklares ved, at der efter sjette indlæggelsesdag ikke var forskel på den smertestillende behandling. Det var således en klar fordel for interventionsgruppen, at de kom nemmere igennem de første og mest belastende dage efter operationen. Mave-tarm-funktionen blev normaliseret hurtigere efter elektivt kejsersnit, men var uændret efter akut kejsersnit. Kvinderne oplevede på et tidligere tidspunkt at føle sig uafhængige af andres hjælp til pasning og pleje af sig selv og barnet.

Nedsættelsen af indlæggelsestiden medførte ikke flere ammeproblemer, og antallet af kvinder, der ammede, faldt ikke.

VIDENSKAB OG PRAKSIS | ORIGINAL MEDDELELSE

Tabel 5. Fødsel ved akut kejsersnit: kvindernes kontakt til primærsektor for henholdsvis interventions- og referencegruppen med frekvenser og tilhørende p-værdi samt angivelse af hvilket tidspunkt oplysningen er indsamlet.

Variabel	Interven- tions- gruppe, % n = 50	Reference- gruppe, % n = 50	p-værdi
Har haft besøg af sundhedsplejerske (spurgt 14 dage efter udskrivelsen)	94	98	0,3
Har haft besøg af sundhedsplejerske (spurgt 1 måned efter udskrivelsen)	96	100	0,2
Antal besøg af sundhedsplejerske (spurgt 14 dage efter udskrivelsen)			0,9
0	6	2	
1	49	57	
2	41	30	
>2	4	11	
Antal besøg af sundhedsplejerske (spurgt 1 måned efter udskrivelsen)			0,6
0	4	0	
1	11	9	
2	60	66	
>2	24	25	
Har været hos egen læge, mor (spurgt 14 dage efter udskrivelsen)	38	21	0,1
Har været hos egen læge, mor (spurgt 1 måned efter udskrivelsen)	47	28	0,1
Antal besøg hos egen læge, mor (spurgt 14 dage efter udskrivelsen)			0,2
0	62	77	
1	38	17	
2	0	4	
>2	0	2	
Antal besøg hos egen læge, mor (spurgt 1 måned efter udskrivelsen)			0,1
0	53	74	
1	33	15	
2	10	7	
>2	4	4	
Har været hos vagtlæge/skadestue, mor (spurgt 14 dage efter udskrivelsen)	16	10	0,4
Har været hos vagtlæge/skadestue, mor (spurgt 1 måned efter udskrivelsen)	14	15	0,9
Antal besøg hos vagtlæge/skadestue, mor (spurgt 14 dage efter udskrivelsen)			0,4
0	84	90	
1	16	8	
2	0	0	
>2	0	2	
Antal besøg hos vagtlæge/skadestue, mor (spurgt 1 måned efter udskrivelsen)			0,9
0	86	87	
1	14	11	
2	0	0	
>2	0	2	

Interventionen medførte ikke øget behov for hjælp fra sundhedsplejen eller kontakter til egen læge, vagtlæge eller skadestuebesøg.

En costbenefitanalyse, der blev lavet for de kvinder, der fødte ved planlagt kejsersnit [3], viste, at interventionen samfundsøkonomisk var fordelagtig med en gennemsnitlig omkostningsbesparelse på ca. 4.200 kr. pr. patientforløb [3].

Der findes få studier om tidlig udskrivelse af kejsersnitpatienter, alle uden specifikke angivelser af pleje- og behand-

lingsprogrammer [4, 5]. Indlæggelsestiden for kejsersnitpatienter i USA er faldet fra seks dage i 1982 til fire dage i 1992 [6] og *Strong et al* [5] har foreslået to dages indlæggelse for kvinder, der føder ved kejsersnit, hvis de ingen komplikationer har haft hverken i graviditeten eller i efterforløbet. Ingen af de refererede undersøgelser har dog haft amning eller funktionsniveau som behandlingsmål. I USA har man desuden i mange tidlige udskrivelsesprogrammer for patienter i risikogrupper tilknyttet specialistsygeplejersker, der tilser patienterne i hjemmet i efterforløbet og følger op på behandling og pleje [6], således at sammenligning med danske forhold ikke er mulig.

I et forsøg på en metaanalyse af sikkerhedsaspekterne ved tidlig udskrivelse efter fødsel, herunder kejsersnit, fandt *Grullon & Grimes* [7], at det ikke var muligt at gennemføre analysen på grund af studierne forskellige design og mangelfulde statistiske bevisførelse som følge af for små undersøgelsespopulationer. I et prospektivt observationsstudie foretaget af *Bossert & Colemann* [8] af 1.772 kvinder i 1997-1998 viste man, at indlæggelsestiden efter fødsel, herunder fødsel ved kejsersnit, kunne nedsættes med 0,8 dage uden at medføre et øget antal genindlæggelser.

Konklusion

Et accelereret patientforløb kan indføres for kvinder, der føder ved kejsersnit, med de samme fordele, som det er vist for andre patientgrupper og operationstyper [1], uden at medføre hverken øget morbiditet eller flere ammeproblemer og med nedsat rekonvalescenstid og forbedret smertedække.

Korrespondance: *Birgitte Degn-Petersen*, Nordens Plads 4, 28., lejl. 5, DK-2000 Frederiksberg. E-mail: bdp@post.tele.dk

Antaget: 3. august 2003
Interessekonflikter: Ingen angivet

Litteratur

1. Kehlet H, Wilmore DW. Multimodal strategies to improve surgical outcome. *Am J Surg* 2002;183:630-41.
2. Møller C, Kehlet H, Friland SG et al. Fast track hysterectomy. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2001;98:18-22.
3. Degn-Petersen B. Samfundsøkonomisk evaluering af indførelsen af accelereret patientforløb for kvinder, der føder ved planlagt kejsersnit. Udgivelse nr. 93. MPH-uddannelsen, Københavns Universitet, 2002.
4. Brooten D, Roncoli M, Finkler S et al. A randomized trial of early hospital discharge and home follow-up of women having cesarean birth. *Obstet Gynecol* 1994;84:832-8.
5. Strong TH Jr, Brown WL Jr, Brown WL et al. Experience with early postcesarean hospital dismissal. *Am J Obstet Gynecol* 1993;169:116-9.
6. 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.
7. Grullon KE, Grimes DA. The safety of early postpartum discharge: a review and critique. *Obstetric Gynecol* 1997;90:860-5.
8. Bossert R, Coleman F. Early postpartum discharge at a university hospital. *J Reprod Med* 2001;46:39-43.