



A posztoperatív fájdalomcsillapítás hazai helyzete a minőségmenedzsment szemszögéből



Lovasi Orsolya, Dr. Lám Judit

NEVES Fórum

Budapest, 2021. február 04.

Fájdalom definíciója



- Hippokratész: „A fájdalom az élet házőrző kutyája”
- Voltaire (XVIII.sz): „A boldogság csak álom, a fájdalom valóság”
- Albert Schweitzer: „A fájdalom a halálnál is rettenetesebb úr”
- IASP (International Association for the Study of Pain),1979: **„Olyan kellemetlen szenzoros és emocionális élmény, amelyet a szövetek aktuális vagy potenciális károsodása okoz”**
- A fájdalom jelenléte a betegek tapasztalatai alapján az egyik legnagyobb probléma (Darawad M. et al., 2014) , kezelése annyira lényeges, hogy az Amerikai Fájdalom Társaság (APS) bevezette a „fájdalom, mint 5. életjel” kifejezést (Tahereh et al., 2015)
- Posztoperatív fájdalom: rövid ideig tartó fájdalom, ami a sebgyógyulással párhuzamosan 6-7 nap alatt lényegesen csökken (akut fájdalom) (Iványi Zs, 2019.)

Miért kell a posztoperatív fájdalommal foglalkozni?

- **A műtéti beavatkozások száma tendenciózan emelkedik** (Petti et al,2018)
- A legnagyobb körültekintés és a legmodernebb eljárások bevezetése ellenére **a posztoperatív időszakban a betegek 40-75%-a szenved súlyos fájdalmat** (Erden et al, 2018)
- A műtét utáni megfelelő fájdalomcsillapítás hazánkban nemcsak jogi elvárás hanem etikai is (MOK etikai kódex, 1997.évi CLIV. TV az egészségügyről 3.§ (e))
- A nem megfelelően csillapított fájdalom következményei: rontja a szöveti oxigenizációt, nehezíti a mély belégzést, köhögést, mobilizációt, ami szövődményekhez vezet, ezek növelik az ápolási napok számát, a gyógyszerfelhasználást, jelentős költségeket generálnak, növelik a mortalitást végső soron rontják a betegbiztonságot és a betegelégedettséget (Chapman et al,2018)

Miért kell a posztoperatív fájdalommal foglalkozni?

- Az akut műtéti fájdalom korrelálhat a krónikus posztoperatív fájdalom (CPSP) kialakulásával (Pozek et al.,2018)
- CPSP kialakulása növeli az egészségbiztosítás kiadásait
- A kielégítő fájdalomcsillapítás gátló akadályai: a személyzet körében a posztoperatív pain menedzsment hiányos ismerete, az utasítások hiánya, az elégtelen fájdalomértékelések és az optimális kezelés hiánya (Meissner et al., 2017)
- A növekvő tudatosság ellenére a betegelégedettség továbbra is alacsony mértékű (Goldberg 2017).
- Lehetséges megoldás: acute pain service, mint szervezési módszer

Az egészségügyi ellátás dimenziói Donabedian szerint

Struktúra

épületek
eszközök
személyzet
képzettség
szabványok,
stb.

Folyamat

megfelelő
időszerű
hatékony
biztonságos
elfogadható
etikus, stb.

Eredmény

mortalitás
morbiditás
eg. állapot
önértékelés
meghat. végpont
(betegelégedettség)

a rendszer sajátosságai

hozzáférhető

a beteg sajátosságai

demográfiai és
betegség jellemzők

A műtét utáni fájdalomcsillapítás minőségi indikátorainak felosztása Donabedian alapján

Struktúra

- Kijelölt Pain nurse
- 24/7 APS kialakítás
- A protokollok rendszeres felülvizsgálata
- Rendszeres oktatás
- PCA eszközökhöz való hozzáférés

Folyamat

- Azon betegek aránya, akiknél fájdalomfelmérés történt
- A fájdalomcsillapítás időszerűsége
- Protokollhűség
- A preoperative tájékoztatást kapó betegek aránya

Eredmény

- Fájdalom intenzitás
- Fájdalomcsillapítás időszerűsége
- Morbiditás/Nemkívánatos események
- Funkcionális státusz/mobilizálhatóság
- Életminőség, betegelégedettség

Az Acute Pain Service teamek fogalma és minőségi kritériumai Stamer szerint

APS: multidiszciplináris csapat, akik aneszteziológusokból és/vagy speciális fájdalomkezelő nővérből állnak és főként a sebészeti beavatkozás miatti fájdalom kezelésére szakosodtak

- Kiegészülhet más szakemberekkel

- ✓ Betegellátás ügyeleti időben (ideális: 24 órás lefedés)
- ✓ Kijelölt személyzet (nehéz megvalósítani)
- ✓ Fájdalom pontszámok rendszeres felmérése
- ✓ Fájdalom pontszámok rendszeres dokumentálása
- ✓ Írásbeli protokollok a posztoperatív fájdalom kezelésére



Stamer UM, Mpasios N, Stuber F, et al. A survey of acute pain services in Germany and a discussion of international survey data. Reg Anesth Pain Med. 2002; 27: 125-131.

A műtét utáni fájdalomcsillapítás és a betegbiztonság kapcsolata

APS hatása a betegbiztonság javulására:

✓ **Csökken a mellékhatások kialakulása**

(hányinger és hányás) (Wheatley et al., 1991)

✓ **24 órás szolgáltatás** lefektetett

fájdalomprotokollok és irányelvek

alapján (Parmanand és mtsai 2015)

✓ A **betegek oktatása** a műtét előtt, a várható fájdalomról, a regionális aneszteziológiai technikákról **-növeli a betegek tudását és csökkenti a szorongást**

(Boekel et al. 2015 Wheatley et al., 1991)

✓ A betegek fájdalom pontszámának csökkentése (Wheatley et al., 1991; Buckenmaier et al., 2012)

✓ **Ápolószemélyzet** **oktatásának**

koordinálása (Webb és Kim 2018, Boekel et al. 2015, Hoogervorst-Schilpa et al. 2016, Nasir et al. 2011., Sinatra 2010)

✓ Fájdalom menedzsment **protokollok fejlesztése,** kutatási tevékenység, auditok

(Webb és Kim 2018, Boekel et al. 2015, Rockett et al. 2015)

✓ **Betegelégedettség növelés, kórházi tartózkodás hosszának csökkentése, betegbiztonság javulás**

(Boekel et al. 2015 Wheatley et al., 1991; Lee et al., 2012, Buckenmaier et al. 2012).

Célkitűzések

A kutatás fő célja egy jelentés készítése a műtét utáni fájdalomcsillapítási gyakorlat feltárásával, leírásával, ezen belül az az APS, mint szervezési módszer jelenlétének leírása

Részcélok:

- Megismerni, hány APS működik*
- Az APS hazánkban tapasztalt szerkezeti felépítése, tevékenységei, rendelkezésre állása, fájdalom felmérési, oktatási és protokoll kialakítási tevékenysége leírása*
- Az APS-t nem működtető kórházak esetében a háttérben álló lehetséges okok feltárása*
- Összehasonlítani, hogy más országokban működő APS elemei mennyire jelennek meg a hazai ellátásban*

Módszerek

- **Valamennyi hazai sebészeti fekvőbeteg ellátást végző kórházban kérdőíves felmérés az APS-el kapcsolatban (ÁEEK által fenntartott, egyetemi, egyházi, magán és egyéb kórházak)**
 - *Kérdőívek a nemzetközi szakirodalomban megtalálható források alapján kerültek kialakításra*
 - *Kérdőívek nyelvi validálása, (3 fő aneszteziológus, 1 fő ortopéd sebész, 2 fő traumatológus, 2 fő sebész, 2 fő aneszteziológiai szakasszisztens, 1 fő diplomás ápoló)*
 - *Kérdőív alkalmazhatóságának véleményezése (MFT, MAITT)*
 - *A lehetséges kórházak listájának lekérése az Állami Egészségügyi Ellátó Központtól, valamint a Nemzeti Népegészségügyi Központtól*
 - *A kérdőívek kiadása az aneszteziológiai, sebészeti, ortopédiai és traumatológiai osztályokra történt*
- **Statisztikai elemzés: APS-ek helyzetének leíró jellemzése**

Eredmények

Intézményi válaszadás megoszlása a fenntartó típusa szerint

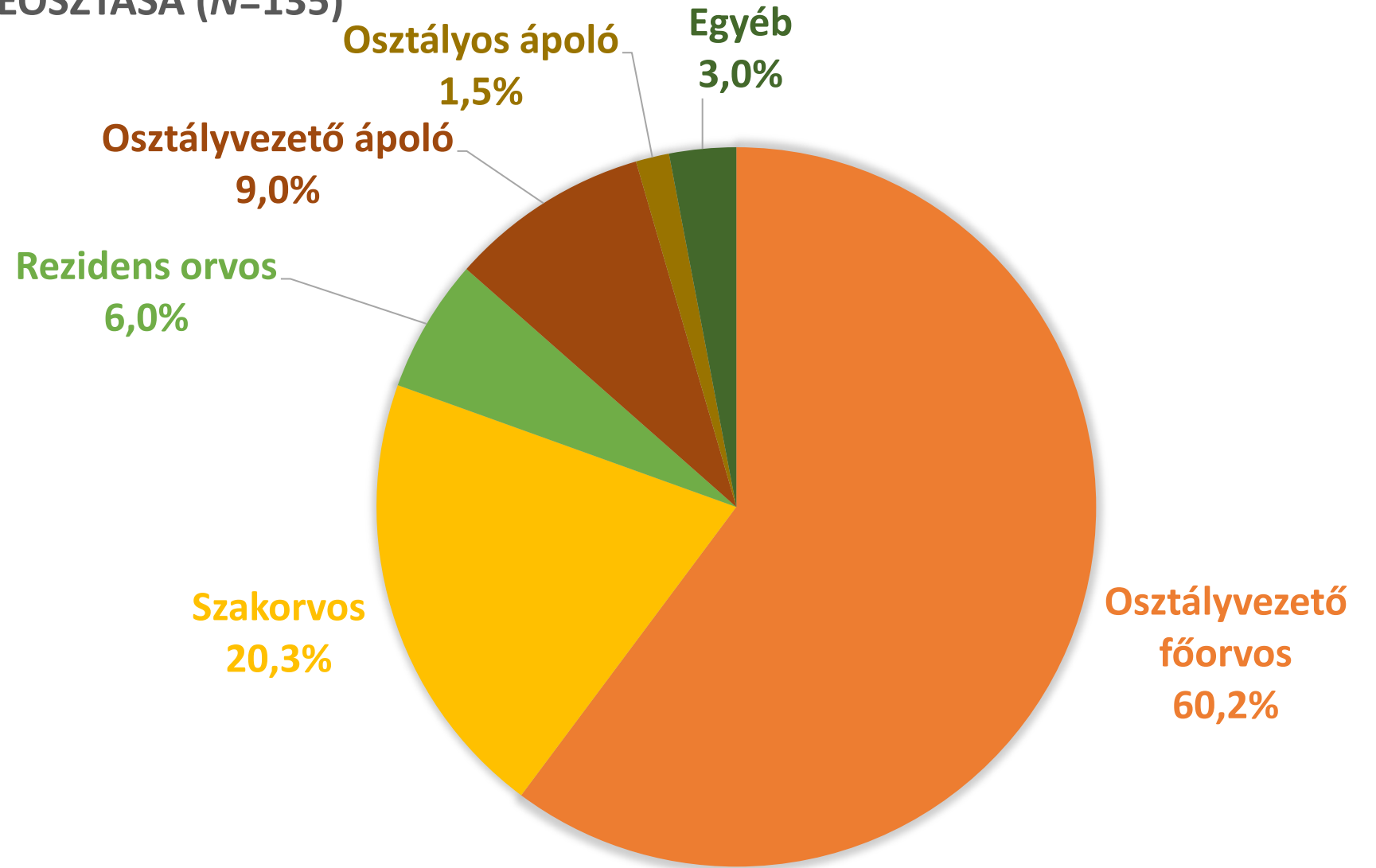
Fenntartó	Azonosított intézmények száma	Válaszó intézmények száma	Válaszadási arány	Kitöltendő/Beérkezett kérdőívek száma
ÁEEK	57	45	79%	?/111
Egyéb	2	1	50%	6/4
EMMI (Egyetemek)	5	3	60%	20/13
Egyház	1	1	100%	2/2
Magán	16	2	13%	39/5

Összes érintett hazai intézmény: 81/52 részvevő intézmény =

a hazai intézmények 64,1%-át elérte a vizsgálat

Eredmények

A KITÖLTŐ SZEMÉLYEK BEOSZTÁSA (N=135)



Eredmények

- A válaszadó intézmények közül csak **összesen 2 intézményben alkalmazzák az APS szervezési módszert**
- A megkérdezettek **82,6%-a érzi szükségét az APS kialakításának** az intézményben, illetve **17,4%-a gondolja úgy, hogy ez nem szükséges**
- A válaszadók **62,5%-a tenne aktívan egy APS kialakításáért, 10,9%-a nem** és a vizsgálatba bevontak **26,6%-a nem válaszolt** a kérdésre

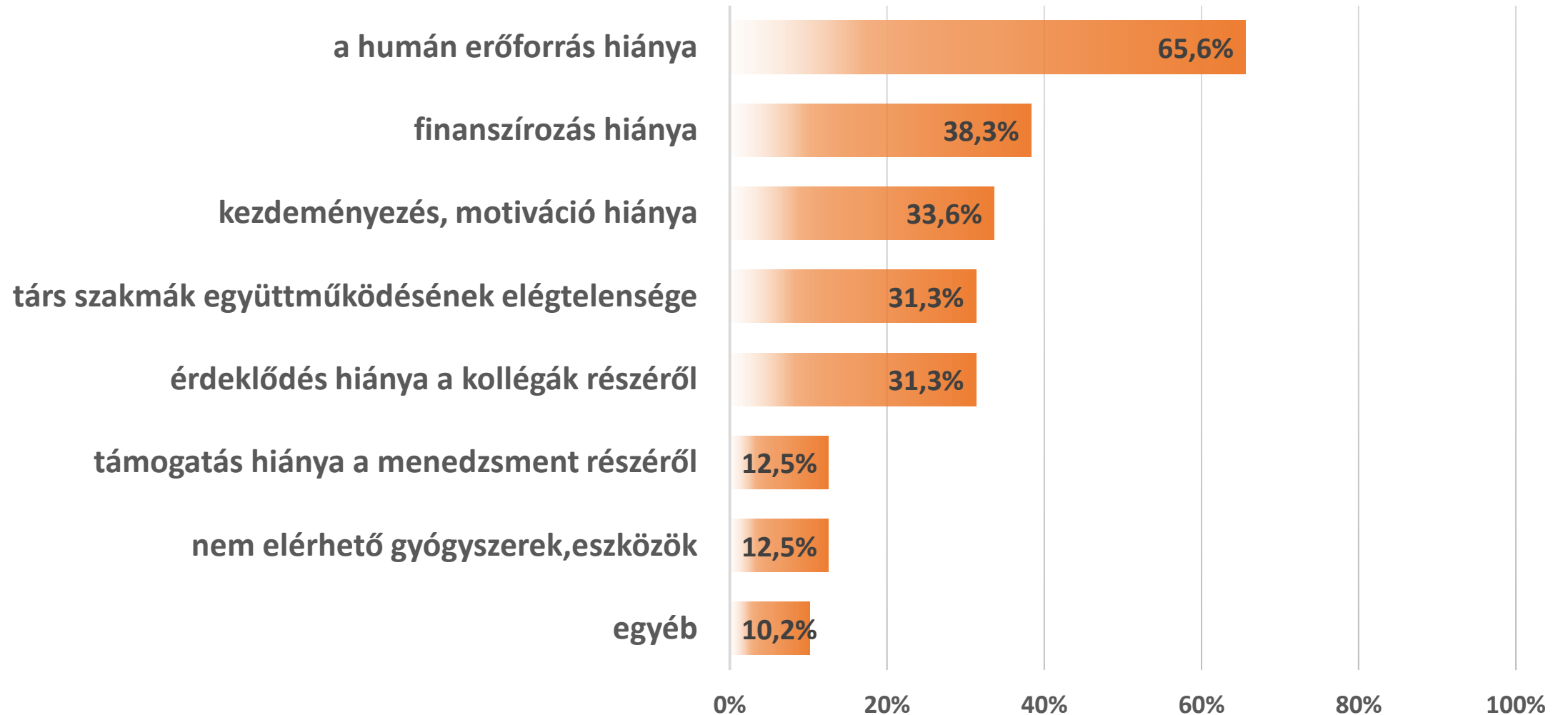
Jellemzők	APS 1	APS 2
Szerkezeti felépítése	orvos alapú team	aneszteziológus által felügyelt, de egészségügyi szakdolgozó alapú team
Betegellátás szervezése munkaidőn kívül és hétvégén	igen	nem
Kijelölt személyzet	nincs	nincs
Más szakmák jelenléte a teamben	nincs	nincs
Rendszeres fájdalom felmérések és azok dokumentációja	igen	igen
Írásbeli protokollok a fájdalomkezelésre	igen	igen
A team működésének finanszírozása	nincs	nincs
APS vizitek száma/ellátott betegek száma/hó	250/110	nincs adat
APS tevékenységének dokumentációja	számítógépes programmal, papír alapon	papír alapon
Vezetett dokumentáció tartalma	betegadatok, műtét típus, ASA besorolás, anesztézia típus, beteg fájdalom pontszámai, az esetleges nemkívánatos események	betegadatok, műtét típus, ASA besorolás, anesztézia típus, beteg fájdalom pontszámai

A Stamer féle kritériumok megjelenése a mintában szereplő APS-eknél

Stamer-féle kritériumok	A kérdőív által feltárt APS teamek	
Minőségi kritériumok	APS 1	APS 2
Betegellátás szervezése munkaidőn kívül és hétvégén	igen	nem
Kijelölt személyzet	nincs	nincs
Rendszeres fájdalom felmérések és azok dokumentációja	igen	igen
Írásbeli protokollok a fájdalomkezelésre	igen	igen

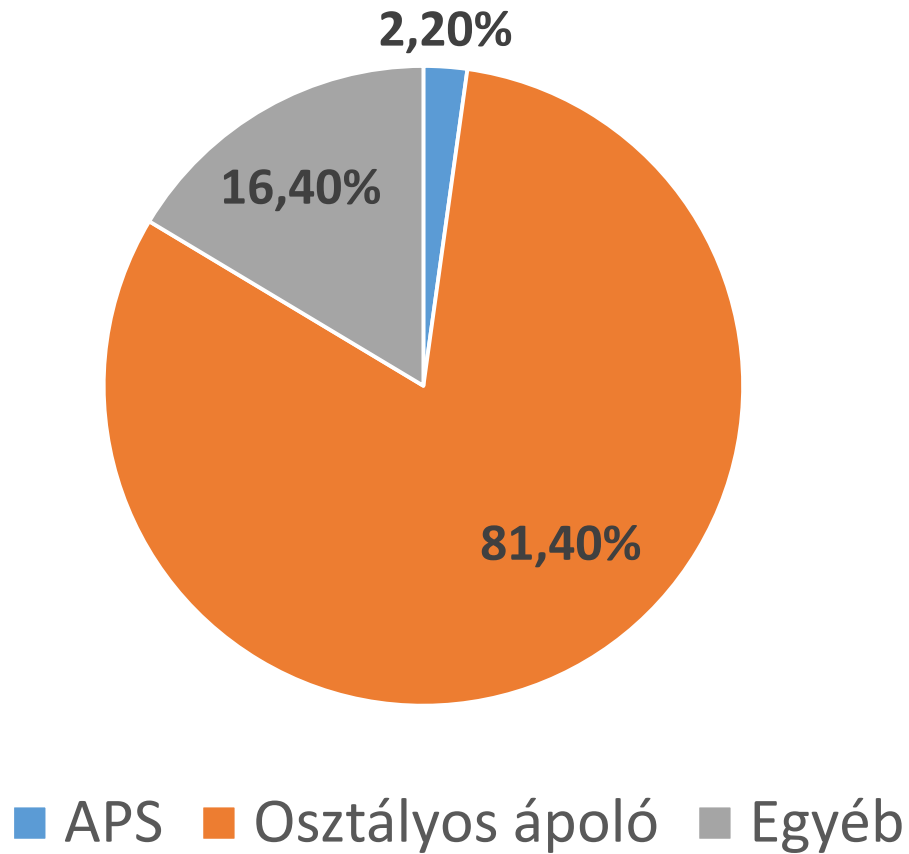
Stamer UM, Mpasios N, Stuber F, et al. A survey of acute pain services in Germany and a discussion of international survey data. Reg Anesth Pain Med. 2002; 27: 125-131.

Az APS elindításának akadályai (N= 128)

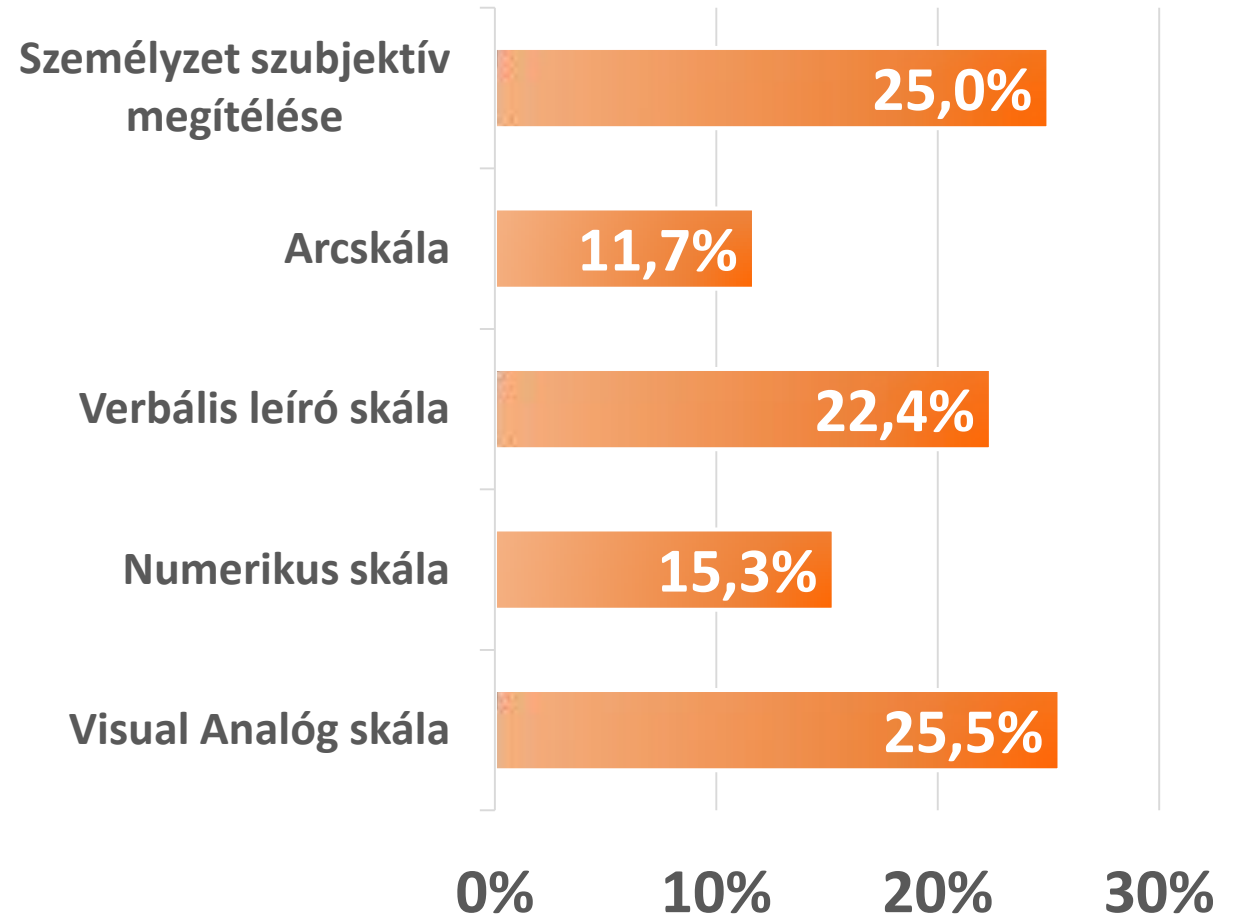


Ki, hogyan méri a posztoperatív fájdalmat?

Ki méri fel a beteg fájdalmát műtét után?
(N=135)



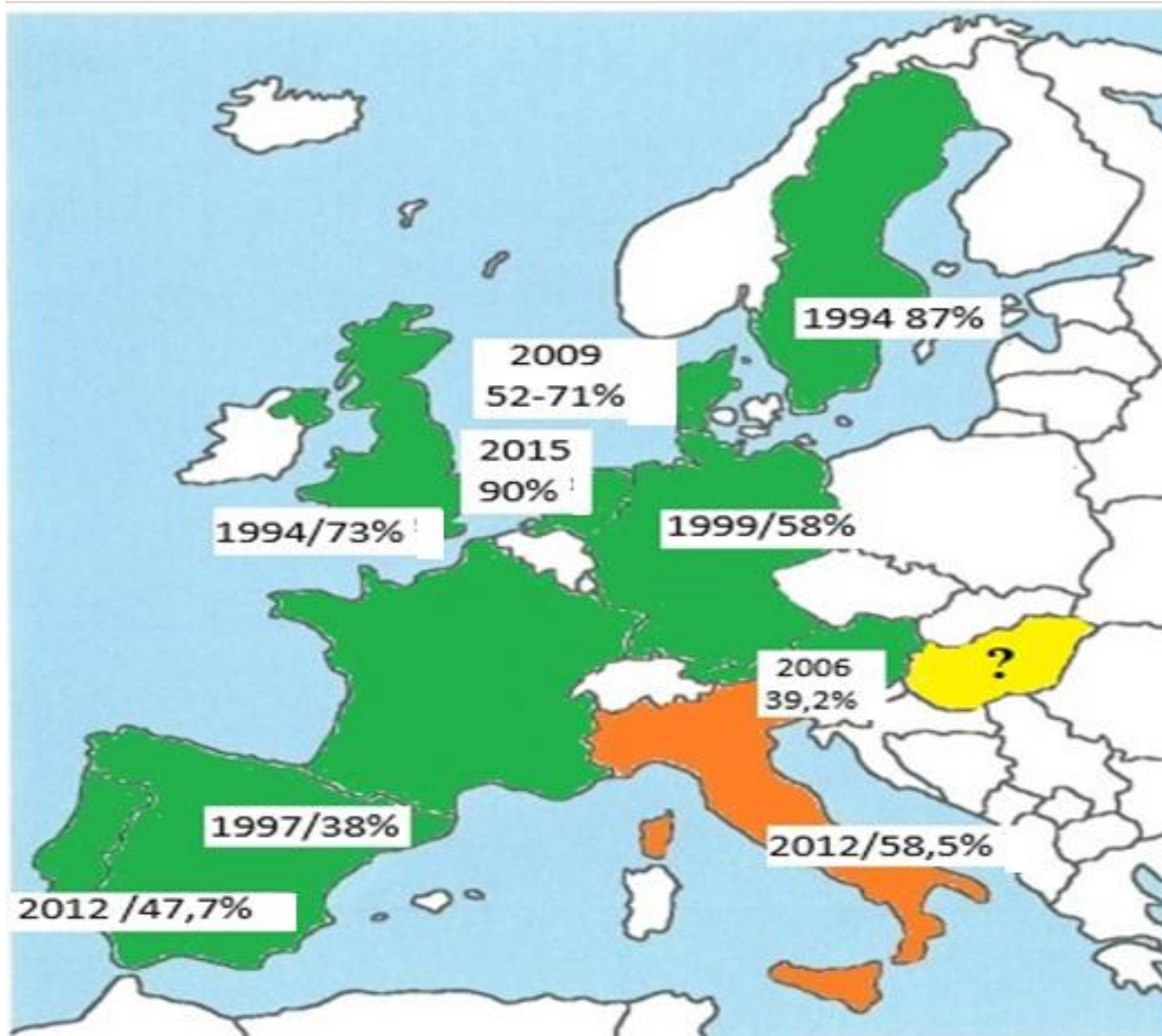
Hogyan mérik a beteg fájdalmát műtét után? (N=196)



Diszkusszió

- Az ápoló tölti a legtöbb időt a beteggel, perioperatív szakápoló felelősségi köre a fájdalomfelmérés (Hayes K, Gordon DB., 2015; Bruckenthal P, Simpson MH. 2016; Yüceer S. 2011.)
- Az ápoló által végzett betegellátási folyamatok az intézményi teljesítmény mérés szerves mérőszámai
- A fájdalomfelmérésre használt egydimenziós skálák megegyeznek a szakirodalomban leírtakkal (Montes 2017, Van-Dijk et al., 2012;) , de a válaszadók 25%-a szubjektív megítélés alapján ítél

Diszkusszió (APS-ek első Nyugat-európai megjelenése)



- Posztoszocialista országok?
- Szerbia: nincsen
- Csehország: van
- Saját minta: 2 intézményben van
- Stamer féle kritériumok megjelennek a hazai APS-eknél (kivétel munkaidőn túli ellátás és kijelölt személyzet)

(1) Van Boekel RL, Steegers MA, Verbeek-Van Noord I, et al. Acute pain services and postsurgical pain management in the Netherlands: a survey. *Pain Pract.* 2015; 15: 447-454

(2) Stamer UM, Mpasios N, Stuber F, et al. A survey of acute pain services in Germany and a discussion of international survey data. *Reg Anesth Pain Med.* 2002; 27: 125-131.

(3) (7) Coluzzi F, Mattia C, Savoia G, et al. Postoperative Pain Surveys in Italy from 2006 and 2012: (POPSI and POPSI-2). *Eur Rev Med Pharmacol Sci.* 2015; 19: 4261-4269.

(4) Kinstner C1, Likar R, Sandner-Kiesling A, et al. Quality of postoperative pain therapy in Austria: national survey of all departments of anesthesiology. *Anaesthesist.* 2011;(9):827-34.

(5) Castro AC, Martins CS. A survey of acute pain services in Portuguese hospitals: are we on the right track? *Eur J Anaesthesiol.* 2015; 32: 277-278.

(6) Nielsen PR, Christensen PA, Meyhoff CS, et al. Post-operative pain treatment in Denmark from 2000 to 2009: a nationwide sequential survey on organizational aspects. *Acta Anaesthesiol Scand.* 2012; 56: 686-694.

Diszkusszió

- Korábbi hazai felmérésben 3 kórházban vizsgálták az APS-ek jelenlétét, egyikben sem működött, de az orvosok 60%-a támogatta volna a létrejöttét (Lovasi, Lám 2018)
- Teamek felépítése: a mintában szereplő teamek csak orvost és ápolót (asszisztens) alkalmaztak
- A teamek kiegészülhetnek: gyógyszerészek, gyógytornászok, neurológusok, pszichológusok, kiterjesztett hatáskörű ápolók, sebészek (Sinatra, Nasir 2010, Webb és Kim 2018)

Diszkusszió (APS kialakítás nehézségei)

- A mintában hangsúlyosak a HR és finanszírozási kérdések

Más országokban:

- finanszírozás és humán erőforrás hiánya, valamint az ellátást nyújtók motivációjának, érdeklődésének nem megfelelő szintje (Erlenwein 2016)
 - leterhelt kórházi környezet, a személyzet hiány, a nem megfelelő hozzáállás, a fájdalomkezelés nem megfelelő ismerete (Parmanand N Jain et al. 2015)
 - az idő, a szervezés és a felszerelés hiánya, sebészek esetleges félelme az APS-ek által, a fekvőbeteg osztályokon nyújtott fejlett fájdalomkezelési technikák szövődményeitől (Coluzzi et al. 2015)
- Finanszírozási nehézségek, egészségügyi képzés nehézségei

Köszönöm a megtisztelő figyelmet!

**„Mindenki bírja a fájdalmat, kivéve azt, aki
érzi.”**

(W. Shakespeare)