



Az ambuláns sebészet kézikönyve

2014

Ez a kézikönyv az IAAS 2014 ÉVI A RÉSZ ZÁRÁSA MUNKATERV része, amelyet működési támogatás formájában az Európai Unió finanszíroz az Egészségügyi Program keretein.



Co-funded by
the Health Programme
of the European Union

Consumers,
Health and Food
Executive Agency

Chafea

Tartalom

Előszó	5
1. rész Bevezetés	6
2. rész Ambuláns sebészeti intézmény típusai	7
Önfenntartó - Önálló	8
Rendelői háttérű sebészet	8
Integrált.....	8
Egynapos osztály-külön műtővel(kkel) a műtőkomplexumban	8
Ambuláns osztály-külön műtő nélkül	9
3. rész Szervezési szempontok	9
Szakmai vezető.....	9
Vezető ápoló	9
Operatív csoport	9
4. rész Preoperatív értékelés.....	10
Szociális	10
Egészségügyi.....	10
5. rész A betegek tájékoztatása.....	12
6. rész Ambuláns sebészeti ellátásra alkalmas beavatkozások	12
7. rész Betegfelvétel napja	13
Perioperatív ellátás	13
Fájdalomcsillapítás	13
Infiltrációs anesztézia	13
8. rész Lábadozási folyamat	14
Lábadozás első szakasza.....	14
Lábadozás második szakasza.....	14
9. rész A betegek hazabocsátása és támogatása	15
10. rész Otthoni fájdalomcsillapítás	16
Cél	16
Gyógyszerek	16
Lokális érzéstelenítés	17
Helyi érzéstelenítés	17
Fájdalomcsillapítók kiadása.....	17
Tájékoztatás	17
11. rész A minőség monitorizálása – ellenőrzés és standardok alkalmazása	17
Monitorozás	17
Telefonos nyomon követés	18
A. függelék: Az aneszteziológus kettős szerepe az egynapos sebészen (Day Surgery Unit -DSU): egy egynapos sebészeti osztály működtetésének lehetséges szervezési modellje	19

Néhány szó a szakmai munkáról:	20
Összefoglaló	21
Szakirodalom	22
B. függelék: Betegtájékoztató: Irányelvek és a gyakorlati alkalmazás eszközei.....	23
Bevezetés	23
Betegtájékoztatósi kritériumok	23
Betegtájékoztató fázisai.....	25
I. fázis – betegfelvétel előtt.....	25
II. fázis – a betegfelvételtől	25
III. fázis – elbocsátáskor.....	25
Betegtájékoztató füzetek - Példák	30
1. melléklet Egynapos sebészeti betegek általános tájékoztató füzet	31
2. melléklet Információs füzet az otthoni segítőknek	35
3. melléklet Beavatkozás-specifikus tájékoztató füzet.....	37
4. melléklet EGYNAPOS SEBÉSZET Kérdőív.....	39
5. melléklet Az Egynapos Sebészet betegtájékoztatójával és az írásos anyagok összeállításával kapcsolatos példák	42
C. függelék: BELEEGYZŐ NYILATKOZAT	43
D. függelék: Egynapos sebészeti beavatkozások.....	45
E. függelék: A fájdalom és a PONV megelőzésének stratégiái az egynapos sebészeti beteg ellátásának optimalizálása érdekében.	48
A fájdalom menedzselése	48
A posztoperatív émelygés és hányás megelőzése	49
F. függelék – Minőség / Klinikai indikátorok	49
Bevezetés	50
Klinikai indikátorok.....	50
A teljesítmény-indikátorok különböző dimenzióinak használata az egynapos sebészetben – Indoklás	53
A ráfordítás indikátorai	53
Az igénybevétel indikátorai	53
A folyamat indikátorai.....	53
A teljesítmény indikátorai	53
A kimenetel indikátorai	54
A betegek biztonsági indikátorai	54
A költség / produktivitás indikátorai	54
A betegek elégedettségének indikátorai.....	55
G. függelék: A betegápolás szerepe az ambuláns sebészetben	57
PREOPERATÍV ÉRTÉKELÉS ÉS BETEGTÁJÉKOZTATÁS.....	57

BETEGFELVÉTEL.....	58
MŰTŐ.....	58
LÁBADOZÁS.....	58
ELBOCSÁTÁS.....	59
ELBOCSÁTÁS UTÁNI NYOMON KÖVETÉS.....	59
H. függelék: Egy hivatalos szervezet megalapítása.....	60
Egészségügyi rendszer Indiában:.....	60
Szükség van egy szervezetre:.....	60
Hogyan fogjunk neki?.....	61
Kihívásokkal szembesülve:.....	61

Előszó

Ez a kézikönyv azért készült, hogy segítse az IAAS Ambuláns sebészet képzési workshopjait – **Egynapos sebészet: Megvalósítás**. Sok ember járult hozzá ehhez a publikációhoz, és az említett workshopok kifejlesztéséhez, és köszönöm nekik, hogy támogatták ezt a projektet. Név szerint szeretnék köszönetet mondani a következő kollégáimnak munkájukért: Carlo Castoro, Paulo Lemos, Jan Eshuis és Gamal Mohamed, akik kapcsolatokat létesítettek Kelet-Európában, és akik 2013-ban a workshopokat tartják.

Reményeim szerint ez még csak a kezdet, és 2014-ben egész Európában, és azon túl meg tudjuk szabni az irányt, és el tudjuk készíteni a szükséges anyagokat ehhez a fontos feladathoz.

Dr Ian Jackson
Elnök.
International Association for Ambulatory Surgery

Vegye figyelembe, hogy a kézikönyv online formában is elérhető itt: www.iaas-med.com/handbook. Magyar, román, és szerb nyelven is el tudja olvasni. Egy fórumot is létrehoztunk, ahol az egynapos sebészeti gyakorlatban felmerülő kérdéseket lehet megvitatni.

Munkatársak

Ian Jackson	Elnök
Jan Eshuis	Tiszteletbeli titkár
Luc Van Outryve	Tiszteletbeli pénztáros
Gamal Mohamed	Megválasztott elnök
Carlo Castoro	Előző elnök
Paulo Lemos	Korábbi elnök
Arnaldo Valedon	Egyesült Államok
Jost Brökemann	Németország
Douglas McWhinnie	Egyesült Királyság
Jan Jakobsson	Svédország
Svenn Felsby	Dánia
Wendy Adams	Ausztrália
Naresh Row	India

1. rész Bevezetés

Az egynapos sebészetet, vagy ambuláns sebészetet sokféleképp határozzák meg világszerte, az IAAS az **Aambuláns Sebészet** kifejezést ajánlja, amit úgy határoz meg, hogy „*műtét/beavatkozás, amit nem rendelői környezetben, vagy járóbeteg-ellátás kereteiben hajtanak végre, ahol a beteget még ugyanazon a munkanapon elbocsátják.*”

Egy külön csoportot alkotnak azok a betegek, akiket éjszakára bent tartanak, amire mi az „**Aambuláns Sebészet – Hosszú lábadozási idejű betegek**” kifejezést ajánljuk, és az alábbiak szerint határozzuk meg: „*önálló vagy kórházi háttérű ambuláns sebészet/ellátási központban/osztályon kezelt beteg, akinek hosszabb, egy éjszakás lábadozási időre van szüksége, mielőtt másnap elbocsátható lenne.*”

1. táblázat Az IAAS definíciói

Definíciók – Ambuláns sebészet	
Aambuláns műtét/beavatkozás	Műtét/beavatkozás, amit nem rendelői környezetben, vagy járóbeteg ellátás kereteiben végeznek el, ahol a beteget még ugyanazon a napon elbocsátják.
Aambuláns műtét/beavatkozás beteg	A beteg a rendelői környezet, vagy járóbeteg ellátás keretein kívül olyan műtétet/beavatkozást végeznek el, ahol a beteget ugyanazon a napon veszik fel, és bocsátják haza.
Aambuláns sebészeti központ (Létesítmény)	Központ (létesítmény), amit az ambuláns sebészeti beteg optimális ellátására alakítottak ki.
Aambuláns műtét/beavatkozás – Hosszú lábadozási idejű beteg	Önálló vagy kórházi háttérű ambuláns sebészet/ellátási központban/osztályon kezelt beteg, akinek hosszabb, egy éjszakás lábadozási időre van szüksége, mielőtt másnap elbocsátható lenne”.
Aambuláns sebészet – Központ/Osztály hosszú lábadozási idejű betegek számára	A betegek elhelyezésére épült/átalakított létesítmény önálló formában, vagy ambuláns sebészeti központon, kórházon belül, amit külön a hosszú lábadozási idejű ambuláns sebészeti beteg számára alakítottak ki.
Korlátozott ellátást biztosító elhelyezés	Aambuláns sebészeti betegek elhelyezésére szolgáló szálloda/szálló, ahol a professzionális egészségügyi ellátás telefonhívásra érhető el.
Szállodai/szállói elhelyezés	Professzionális egészségügyi ellátás nélküli szállodai/szállói elhelyezés egynapos sebészeti műtétek/beavatkozások esetén; a beteg otthoni, szociális vagy utazási okok miatt veszi igénybe

Ha egy meghatározott műtéttel kapcsolatban az egynapos sebészeti ellátás nemzetközi arányait hasonlítjuk össze, fontos megérteni, hogy a fogalom értelmezése országonként eltérő lehet. Egyes országokban a 24 óránál rövidebb kórházi ellátást tekintik ambuláns sebészeti ellátásnak.

Mivel a kézikönyv nemzetközi együttműködésben készült, az egynapos sebészet és az ambuláns sebészet kifejezéseket azonos értelemben használjuk benne.

Az egynapos sebészet nem új találmány, James Nicoll már 1909-ben arról számolt be, hogy Glasgow-ban a Royal Hospital for Sick Children intézményben majdnem 9000 gyermek esett át egynapos sebészeti beavatkozáson olyan betegségek miatt, mint a nyúlszáj, sérv, dongaláb, vagy a masztoid betegség. Ez egy tehetséges megszállottnak köszönhető, aki évekkal megelőzte a korát, és már akkor is a megfelelő otthoni körülmények, és a háziorvossal való együttműködés fontosságát hangsúlyozta.

Az egynapos sebészeti beavatkozások számának növekedésében három tényező játszik szerepet

1. A klinikai gyakorlat változásai – a sebészeti beavatkozást követő kórházi tartózkodás hossza folyamatosan csökkent az elmúlt évtizedben, és ezt még fel is gyorsították a gyorsabb felépülési programokkal, amelyek a korai mobilizációra bátorítottak.
2. Az aneszteziológia és a sebészeti technikák fejlődései következtében egyre több műtét vált elvégezhetővé az egynapos sebészet keretében. Ezek a fejlesztések azt is lehetővé tették, hogy azoknak a betegeknek is ajánlhassuk az egynapos sebészeti beavatkozást, akiknél korábban a

különbéle egyéb betegségük miatt ez nem volt lehetséges. Ma már sok kórház abba az irányba tart, hogy sok műtét esetében az egynapos sebészeti ellátás az alapértelmezett választás. A sebész ma már nem azt kérdezi, hogy „El lehet látni a beteget egynapos sebészeti beavatkozás keretében?“, ma már alkalmasnak tekinti rá, és inkább azt a kérdést teszi fel, hogy „Mi indokolja a beteg hagyományos kórházi ellátását?“

3. Az országok próbálják leszorítani az egészségügyi ellátások növekvő költségeit, és az idősödő lakosság miatt küzdenek a sürgősségi betegellátás eszkalációjával is. Az, hogy kevesebb kórházi ágyon több beteget tudnak ellátni, jól mutatja az egynapos sebészet költséghatékonyságát, így a politikai napirendben is fontos helyet foglal el ez az ellátási mód.

Azonban sok országban csak hosszú idő alatt tudják növelni az egynapos sebészeti ellátások arányát. Ennek okai összetettek, de fontos őket átgondolni, mivel az egynapos beavatkozásokra áttérni szándékozók találkozni fognak ezekkel a kérdésekkel.

Egynapos sebészeti ellátásra alkalmas intézmények hiánya

Az egynapos sebészet megvalósítható kifejezetten erre a célra létesített intézmények nélkül is, de azokban a kórházakban, ahol nagy arányban végeznek egynapos sebészeti beavatkozásokat, külön létesítmények vannak erre a célra – ezzel még részletesebben is foglalkozunk majd könyvünkben.

Klinikai preferencia

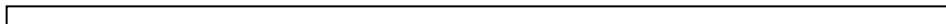
Fontos elismerni, hogy sok sebész, aneszteziológus és ápoló hajlamos előnyben részesíteni a hagyományos kórházi ellátást. Sokan „kis” feladatnak tekintik az egynapos sebészeti ellátást, ami nem igényel olyan felkészültséget; egyes esetekben a sebészek pedig attól tartanak, hogy a kórházi ágyak, vagy a „saját kórtermek” kikerülnek az ellenőrzésük alól.

Beteg preferencia

A kórházi személyzet gyakran említi, hogy a betegek nem akarják az egynapos ellátást, és ezért fontos, hogy azokon a helyeken, ahol az egynapos sebészet új dolognak számít, fel kell világosítani a betegeket a módszer előnyeiről. Ha az egynapos sebészetről tájékoztatják a beteget, akkor országtól független, egyetemes tapasztalat, hogy legtöbbször a gyógyulásukhoz az otthoni környezetet választják.

Az egynapos sebészet elterjedése magával hozza a klinikusok, az ápolók, a kórház vezetői és a betegek gondolkodásának megváltozását is. Lehet, hogy a nemzeti politika és a szabályozások megváltoztatása is szükséges, például a szükségtelen kórházi ellátást támogató ösztönzések eltörlése. Azonban az egynapos sebészetet sikeresen bevezethetik azok is, akik változásokat szeretnének elérni a betegek számára. Az elején a legtöbb kórházban a már kialakított létesítményekben kezdik el az egynapos sebészeti beavatkozásokat. Ebben a helyzetben a döntő változás a betegek ellátásának módja, és hogy az ellátás kezdetétől nyilvánvaló legyen mind a beteg, mind a kórházi személyzet számára, hogy a beteg a beavatkozás napján haza fog menni. Ha egy kórházban kialakítják ezt a szolgáltatást, akkor meg kell találni, hogy az egyes létesítményeket hogyan lehet alkalmassá tenni, hogy egyre több beteget lássanak el az egynapos sebészeti beavatkozások keretében. Ez a kézikönyv remélhetőleg segítséget tud nyújtani az egynapos sebészeti szolgáltatás fejlesztésének minden szakaszában.

A kézikönyv végén egy Függelék található, amely az IAAS Végrehajtó Bizottságában ülő kollégák írásait tartalmazza. Ezek a személyes véleményeik az egynapos sebészet különféle aspektusaival kapcsolatban, és rengeteg hasznos ötletet és tudnivalót is tartalmaznak. Mindegyik a betegút különböző részeivel foglalkozik, és reményeink szerint hasznosnak találja majd – elérhetőségi adatokat is megadtunk, hogy a komolyan érdeklődők a kérdéseikkel megkereshessék a szerzőket.



2. rész Ambuláns sebészeti intézmény típusai

Sokféle módon kínálhatnak ambuláns sebészeti ellátást.

- Önfenntartó ambuláns sebészeti egység - önálló
- Rendelői háttérű sebészet
- Önfenntartó ambuláns sebészeti egység – az anyakórházba integráltan
- Önfenntartó ambuláns osztály – a műtőkomplexumon belül külön műtőket használva

- Önfenntartó ambuláns osztály – a kórházi betegek műtéti listáján szereplő páciensek

Az ambuláns sebészetet támogató publikációk gyakran koncentrálnak az önfenntartó egységek hatékonyságára, különösen azokra, amelyek saját műtővel is rendelkeznek. Európában az anyakórházba integrált önfenntartó egységek, és a külön műtőket használó önfenntartó egynapos osztályok a leggyakoribbak, míg az Egyesült Államokban nagyobb arányban fordulnak elő az önálló egységek. Mindegyik típusnak megvannak a maga előnyei és hátrányai, de fontos tudni, hogy mindegyik csak akkor működik, ha a betegút egyértelmű, és a helyi csapat gondosan megszervezett.

Önfenntartó - Önálló

Az Egyesült Államokban az ilyen egységek előnye az általános költségek alacsony szintje, és ez tapasztalható az Egyesült Királyságban található Független Ellátási Központok (Independent Treatment Centres) esetében is. Azonban Európában kevesebb önálló egység van, amely nem az anyakórház tulajdonában áll, és így vállalniuk kell a Tröszt általános költségeinek egy részét is. A parkolás, ami sok európai kórház számára komoly gondot jelent, itt általában nem kérdés. Azonban az önálló egységek olyan problémákkal szembesülhetnek, amelyek mérete az egészségügyi és a paramedicinális munkaerőt biztosító anyaintézménytől való távolsággal egyenes arányban áll. Az egységtől távol találhatóak a fizioterápiás szolgáltatások, az intenzív ellátáshoz szükséges laborszobák, és a radiológia is. Az ambuláns ellátást biztosító osztályok helyben találhatóak? Ha nem, akkor a betegeknek utazniuk kell, hogy a betegfelvétel előtti értékelésen átessenek. Az egészségügyi személyzet utaztatásához szükséges idő az értékes források nem hatékony kihasználása lehet. Így alaposabban meg kell válogatniuk a betegeket, és az elvégezhető beavatkozások kínálata is korlátozottabb. A problémákat enyhítheti, ha az egység rendelkezik egészségügyi ellátást is nyújtó, éjszakai tartózkodásra alkalmas helyiséggel – ezzel csökkenteni lehet azok számát, akiket a sikertelen napon belüli beavatkozás után egy nagyobb intézménybe kell szállítani, így komolyabb feladatokat is lehet vállalni.

Rendelői háttérű sebészet

Bizonyos országokban népszerű, hogy a rendelő egy megfelelő részén nyújtsanak sebészeti ellátást. A sebész számára ez a létesítmény beruházási költségeinek maximális megtérülését biztosítja. Azonban korlátozó tényezőként jelentkezik az elvégezhető beavatkozások, és a beavatkozásra alkalmas betegek száma. Komoly aggodalmak fogalmazódnak meg az ilyen létesítmények szabályozásával, és a betegek biztonságával kapcsolatban.

Integrált

Az ilyen típusú egységeket sokan tekintik ideálisnak. Teljes körű ellátást biztosítanak, és a betegek számára is egyszerű ugyanazon a napon elvégezni a műtétet megelőző értékeléseket, és magát a beavatkozást is. Az utazással nem vesztegetik a kórházi dolgozók munkaidejét, és ha valami váratlan történik, pl. a betegen laparotomiát kell végezni, mert a laparoszkópos beavatkozás során nem kontrollálható vérzés lépett fel, egyszerűen elvégezhető a beavatkozás, és a beteget a megfelelő egységbe lehet utalni, mint a kórterem, a szubintenzív osztály, vagy az intenzív terápiás osztály.

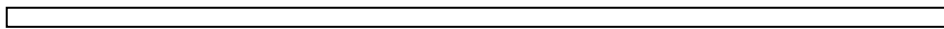
Egynapos osztály-külön műtővel(kkel) a műtőkomplexumban

Ebben a kialakításban fontos a kórházi osztály és a műtőkomplexum közötti távolság. Az ambuláns sebészet hatékonysága függ a betegek gyors cseréjétől a műtőben, hogy ne vesztegessük el az értékes műtőidőt. Így fontos a betegek hatékony szállítása, amit komolyan megnehezít az osztály és a műtők különválasztása. Azonban a műtők közelében, a betegek ideiglenes elhelyezésére használt helyiségekkel meg lehet oldani a problémát. A lábadozó szoba vagy a posztoperatív betegőrző kérdéséről gyakran megfelelnek. A sikeres ambuláns sebészet fontos aspektusa a betegek ébredésének megfelelő menedzselése – ha a személyzet nem szán elegendő időt erre, azzal kérelmetesebb a beteg hazabocsátását, akár meg is akadályozhatják, hogy a beavatkozás napján hazamehessen a beteg.

Ambuláns osztály-külön műtő nélkül

Őszintén meg kell mondani, hogy ez nem kielégítő módja az egynapos sebészeti ellátásnak, és nem is támogatja az IAAS. Ezzel nemcsak az ambuláns sebészet hatékonysága csökken, hanem súlyos hatással van az egynapos sebészeti betegek ellátásának minőségére is. Az ambuláns sebészeti osztályra kerülő betegeknek sokáig kell várniuk a beavatkozásra, ha a lista végén vannak, a fontosabb esetek után. Helytelen, ha az ambuláns sebészeti beavatkozások listájának utolsó, esetleges félórájára is beteget raknak, mivel a lista elejére kellene rakni őket, hogy elegendő idejük legyen a lábadozásra. Nagy a veszélye annak is, hogy törölni kell a beavatkozást, ha arra egy nagyobb műtét után kerül sor. Sokkal jobb, ha a lista elejére teszik az ilyen beavatkozásokat, de lehet, hogy így is gond lesz az egyes beavatkozásokra szánt időkerettel – az ilyen gondok mindenki számára ismerősek, akinek van valamilyen műtői tapasztalata. Akárhogy is sikerül, az a jellemző, hogy az ambuláns sebészeti esetek kezeléseik sikerességi rátája alacsonyabb.

Elismerjük, hogy a fenti helyzet különösen a folyamat elején, szinte elkerülhetetlen. Gondos szervezéssel segíteni lehet a felmerülő problémákon. Az egyértelmű betegút kialakítása, hogy a beteg, a kórtermi ápolószemélyzet, és a műtőben dolgozók is tisztában legyenek azzal, hogy egynapos sebészeti esetet látnak el, sokat segíthet ezen. Komoly előny, ha vannak ambuláns sebészeti továbbképzésen átesett ápolók az őrzőben, akik a csapat tagjaként mutatják be a szolgáltatásokat.



3. rész Szervezési szempontok

Szakmai vezető

Minden DSU-nál kell olyan szakmai vezető, vagy igazgató, aki elkötelezett az egynapos sebészet iránt, és aki irányítja a helyi módszerek, irányelvek és a gyógyító munka kialakítását. Egy konzultáns aneszteziológus, vagy sebész vezetői tapasztalatokkal ideális jelölt lehet a posztra. Erre a feladatra elegendő időt kell meghatározni az illető szerződésében. A Függelékben található írásokban van egy rész, amelyben részletesen elmondják egy aneszteziológus feladatait szakmai vezetőként, de ne feledje, ezek vonatkozhatnak egy ambuláns sebészetben jártas sebészre is.

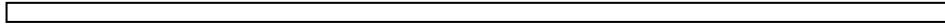
Vezető ápoló

Minden egységben szükség van a főápoló által irányított munkatársakra, akik az igazgatóval együttműködve látják el az egység napi működésével kapcsolatos feladatokat. Az ambuláns sebészet felelős főápolójának az ideje nagy részét az egységen belül kell töltenie. A vezetőség gyakorlati tevékenysége biztosítja, hogy a napi munkában felmerülő minden problémát képesek megfelelően értékelni, és gyorsan megoldani. A munkatársak tudásszintje függ az intézmény típusától, az elvégzett munkától, és a helyi igényektől is. Az egynapos sebészeti egységnek rendelkeznie kell képzett recepcióssal, valamint saját ápolószeméllyel. Azt ajánljuk, hogy minden DSU a helyi igények figyelembevételével alakítsa ki a saját személyzeti struktúráját.

Operatív csoport

Minden egységben szükség van operatív csoportra, amelyik ellátja a napi működéssel kapcsolatos feladatokat. Ide tartoznak az aneszteziológusok, a sebészek, a kórházi ápolók, közösségi ápolók, belgyógyászok, gyógyszerészek, a vezetőség, a pénzügyi és számviteli munkatársak, és a kisegítő dolgozók. Ennek a csoportnak is szüksége van működési irányelvekre, időbeosztásra, meg kell beszélniük a munka során felmerülő problémákat, és ellenőrzési stratégiákat is ki kell dolgozniuk. Rendszeres megbeszéléseket kell szervezni, és a felmerülő kérdésekre a kórház vezetésének kell reagálnia.

Az A. függelékben felsoroljuk, hogy milyen potenciális előnyei vannak, ha egy aneszteziológus irányítja az egynapos sebészeti egységet



4. rész Preoperatív értékelés

A sikeres ambuláns sebészethez szükséges gondosan megválogatni a betegeket, figyelembe véve a munkatársak képességeit is. Ezért, ami az egyik szakterület számára megfelelő lehet (és valójában egy adott műtét) az egyik esetben, az nem felel meg egy másikban. Például, egy helyi érzéstelenítésben végzett szürkehályog-műtétet egy idősebb, és gyengébb egészségű betegen is el lehet végezni, mint egy vállízületi arthroscopiás vizsgálatot. További példaként, ha a körülmények nem megfelelőek egy kisgyerek járóbetegként történő ellátásához, akkor sem tudnak ellátni ilyen betegeket, ha a preoperatív értékelés szerint klinikailag stabil az állapotuk, és a műtéti kockázat alacsony.

A megfelelő preoperatív értékelés nélkülözhetetlen, hogy az ambuláns sebészet szoros időbeosztással működhessen. A hatékony preoperatív értékelésnek jól szervezettnek, eredményesnek, informatívnak és viszonylag egyszerűnek (de mégis átfogónak) kell lennie. Ha ilyen pontos értékelést végeznek el, akkor az egynapos sebészeti beavatkozás során nem történnek váratlan események, vagy csúszások, és törölni sem kell egyetlen beavatkozást sem.

A preoperatív értékelést lényegében kétféleképpen lehet elvégezni. A betegek kivizsgálását elvégezheti egy erre specializálódott klinika, vagy telefonon keresztül is fel lehet venni a beteg anamnéziséét. Mindegyik rendszernek megvannak a maga előnyei és hátrányai is, a fenti két módszer kombinációját sok országban használják eredményesen.

Ha a szakklinikán értékelik a beteget, akkor személyes kapcsolatot létesítenek vele, fizikális vizsgálatokat tudnak elvégezni, illetve szükség esetén preoperatív laborvizsgálatokat is. Hátránya, hogy a beteg számára gondot okozhat, hogy külön vizsgálaton kell részt vennie. A szakklinikán megfelelően képzett ápolószemélyzet foglalkozik a beavatkozást megelőzően az összes beteggel – ez a modell jellemző az Egyesült Királyságban, míg más országokban az aneszteziológusok foglalkoznak a betegekkel.

A preoperatív telefonos megbeszélés az Egyesült Államokban jellemző. Ez a rendszer egyszerű, és kényelmes, de a betegnek pontosan ismernie kell hozzá a kórelőzményeit. Az ilyenkor szükséges fizikális és laboratóriumi vizsgálatokat egy külső létesítményben végzik el, ahonnan átküldik az eredményeket.

Bármelyik modellt is használják, a betegellátás irányítását az Aneszteziológiai osztály szakmai vezetésével kell végezni. Fontos, hogy a betegek szűréséhez ők dolgozzák ki az aneszteziológusok által is elfogadott irányelveket. Fontos, hogy a szűrés során felmerülő problémákkal is foglalkozzon a rendszer. Általánosságban elmondható, hogy a preoperatív értékelést azokra a körülményekre kell korlátozni, melyek eredménye befolyásolhatja a betegek kezelését, és annak végeredményét. Minden országnak saját irányelveket kell kidolgoznia, de a NICE (Egyesült Királyság), az Amerikai Aneszteziológusok Társasága (US) és az Ambuláns Aneszteziológiai Társaság (US) által kidolgozott irányelveket sok országban használják. Meg kell szervezni, hogy az értékelés során (vagy ahhoz közeli időpontban, ha telefonos beszélgetéssel vették fel az anamnézist) az összes szükséges tesztet elvégezzék, és biztosítani kell, hogy az elvégzett vizsgálatokat megfelelően átnézzék. Azt sem szabad elfelejteni, hogy a preoperatív értékelés során a beteg és a segítői felvilágosítását is meg kell kezdeni a műtéttel, és a műtét utáni gondozással kapcsolatban.

Az értékelés két kategória szerint történik.

- 1) Szociális
- 2) Orvosi

Szociális

A betegnek vállalnia kell, hogy az egynapos sebészet kereteiben esik át a beavatkozáson, és a legtöbb esetben szükség van egy felelős felnőttre, aki képes és hajlandó a beteg felügyeletére legalább az első 24 órában. A betegeknek és/vagy segítőiknek telefonközelben kell lenniük, és a beteg otthoni körülményeinek alkalmasnak kell lennie a posztoperatív ellátásra. Az elvégzett beavatkozástól függ, hogy mennyi ideig tarthat a műtét után a hazautazás, de általában 1 órát tekintenek elfogadhatónak.

Egészségügyi

A betegnek és segítőinek meg kell ismerniük az elvégzendő beavatkozást, és az azt követő posztoperatív ellátást. A betegnek teljesen fittnek kell lennie, vagy ha krónikus betegségben szenved, mint az asztma, diabetes,

hipertenzió, vagy epilepszia, akkor annak jól kontrolláltnak kell lennie. A betegeket az értékelés során megállapított fiziológiai állapotuk alapján kell kiválasztani. Sok vizsgálat igazolta, hogy a rutin laboratóriumi vizsgálatok NEM csökkentik a perioperatív események előfordulási gyakoriságát az ambuláns sebészeti betegek körében. Az ilyen vizsgálatoknak azokra a pontokra kell fókuszálniuk, melyek befolyásolhatják a beteg perioperatív ellátását. Ahogy azt már említettük, a szakmai vezetésnek meg kell állapodnia az aneszteziológusokkal a szükséges orvosi vizsgálatokról.

Életkor

A fiziológiai állapotot és fittséget kell inkább figyelembe venni, és nem pusztán az életkort. Ez alól egyetlen kivételt a koraszülött csecsemők jelentik, akik még nem érték el a 60 napos életkort. Teljesen elfogadott, hogy az ilyen betegeket a koraszülöttek apnoéja miatt a műtét után obszerválni kell.

Vérnyomás

A múltban már sokszor írtak a vérnyomás kontrollálásának és az anesztéziának a fontosságáról. Azonban a közelmúltban megjelent publikációk már különválasztották a vérnyomás hosszú távú kontrollját, mint a beteg általános egészségi állapotának részét az anesztézia és a műtét kockázatától. Nincs bizonyíték arra, hogy az enyhe-közepes fokú magas vérnyomásban szenvedő betegeket törölni kell az elektív műtétre várók közül. Azonban az elsődleges ellátásukat végző orvos figyelmét fel kell hívni ezekre a betegekre, hogy a vérnyomásuk megfelelő értékelését el lehessen végezni.

Testtömeg-index (BMI)

A BMI-t a szelekciós kritériumok között használják a legtöbb ambuláns sebészeti létesítményben. Az elhízás egyik mérőszöke, kiszámításához a testtömeget (kilogrammban) kell elosztani a beteg testmagasságának (méterben) négyzetével.

Ezen a területen fontos változások történtek – néhány évvel ezelőtt a 30-nál nagyobb BMI-vel rendelkező betegeket nem tekintették alkalmasnak az ambuláns sebészeti ellátásra. A sebészeti és aneszteziológiai technikák fejlődése következtében a sokkal magasabb BMI-vel rendelkező, de egyébként fitt betegeket ma már alkalmasnak tekintik. Bár egyes intézmények ma már a 40 feletti BMI-t is elfogadják, tanácsos kisebb értékekkel kezdeni, és fokozatosan emelni a határt, ahogy egyre több tapasztalatot és önbizalmat gyűjtenek az ilyen betegek menedzselésében.

Alvási apnoe

Sok országban komoly vita alakult ki az alvási apnoében szenvedők ambuláns sebészeti ellátása, főleg, mivel sok ilyen beteg nem is rendelkezik tényleges diagnózissal a beavatkozás idején. Érdekes módon sok vizsgálat igazolta, hogy az ambuláns műtéten átesett OSA-, és nem OSA-betegek között nincs eltérés a szövődmények számát tekintve. Azonban az alvási apnoében szenvedő betegeknek több olyan csoportja is van, akiknél nem ajánlottak az ambuláns sebészeti beavatkozások:

- Centrális alvási apnoében szenvedő betegek
- Súlyos OSA-betegek, akiknél a társult betegség nincs megfelelően ellátva
- Azon betegek, akik nem képesek betartani a hazabocsátás utáni időszakra vonatkozó utasításokat, beleértve a CPAP (folyamatos pozitív légúti nyomás) -compliance kérdését is
- Azok a beteget, akik folyamatosan visszautasítják az éjszakai CPAP használatát a hazabocsátásuk után
- Tartós hatású opioidokkal kezelt betegek

Az ilyen betegek menedzselése bonyolult lehet, és szükséges a megfelelő berendezések (pl. CPAP lélegeztetőgép) biztosítása is a betegeknek a posztoperatív időszakban.

Diabetes mellitus

A diabetes a populáció 2-3%-át érinti, akiknél nem kontraindikált az ambuláns sebészeti ellátás. Azonban amikor végiggondoljuk, hogy alkalmas-e a beteg az ellátásra, fontos felmérni, hogy stabilnak tekinthető-e a betegsége, és hogy a beteg hogyan tudja kezelni a diabetesét. A Brit Egynapos Sebészeti Társaság készített egy kézikönyvet az ilyen betegek menedzseléséről.

Végezetül fontos hangsúlyozni, hogy ez a fejezet a beteg értékeléséről szól. Az ambuláns sebészeti egység beteg-kiválasztását az alábbiak is befolyásolják:

- A team tapasztalata
- az egység típusa – önálló, rendelkezésre állnak-e kórházi ágyak, vagy sem, stb. és

- az elvégzendő műtét típusa

A gyakorlat igazolta, hogy könnyebb olyan korlátozó kritériumokkal kezdeni, melyekkel csak azok a betegek kerülnek kiválasztásra, akiknél a legnagyobb az esélye a sikeres műtétnek, és a tapasztalatok megszerzésével együtt fokozatosan enyhíteni a kritériumokon. A preoperatív értékelés kitűnő lehetőség a beteg tájékoztatására a műtétjéről, arról, hogy mi történik majd azon a napon, amikor felkeresi az egynapos sebészeti egységet, és hogy mire számíton a műtét után. Ezt erősíthetik meg az írott információk, amikről a következő részben lesz szó.

Az ápolók szerepét ebben a folyamatban a G. függelékben írjuk le.

5. rész A betegek tájékoztatása

A hagyományos sebészeti beavatkozáshoz képest az ambuláns sebészeti betegek felelőssége nagyobb a preoperatív előkészületek, és az otthoni lábadozás tekintetében. A beteg ambuláns sebészeti beavatkozásához szükséges felkészítésére fordított idő egy sebészeti intézményben kevesebb, mint amit egy fekvőbeteg felkészítésére szánnak.

Éppen ezért fontos, hogy a sebészeti folyamat minden szakaszáról megfelelően tájékoztassuk a beteget, hiszen ezzel nemcsak a beavatkozás eredményességét biztosíthatjuk, hanem a beteg biztonságát is. A hatékony tájékoztatás céljai:

- a beteg pszichológiai felkészítése a műtétre;
- a beteg tájékoztatása a konkrét beavatkozásról, és a pre-, és posztoperatív ellátásról;
- a kockázat minimalizálása a posztoperatív időszakban;
- elősegíteni, hogy a beteg elégedett legyen az egynapos sebészeti beavatkozással, és csökkenteni a szorongását;
- elérni, hogy minden szükséges ismeret birtokában egyezzen bele a műtétbe.

Egy tájékoztatott beteg jobban alkalmazkodik a műtéthez, így kisebb eséllyel okoz késést, a műtét elhalasztását, kerül vissza sürgősségi ellátásra, vagy kerül újrafelvételre a kórházban. Mind orvosi, mind szervezési kérdésekről is tájékoztatni kell a beteget, lehetőleg szerkesztett formában. Fontos, hogy szóbeli és írásos információkat is kapjon: az egyik tájékoztat, a másik megerősíti az információkat, és vice versa. Egyéb médium, pl., videofelvétel, vagy az internet is alkalmazható. Fontos, hogy végig konzisztens információkat kapjon a beteg, mind az orvostól, mind az intézményi dolgozóktól, és az utógondozást végzőktől is. Célja, hogy a beteg lehetőleg képes legyen elvégezni a saját posztoperatív ellátását. Végül meg kell határozni minden egyes intézményi dolgozó szerepét a tájékoztatásban, ennek időzítését koordinálni kell, hiszen a beteg a folyamat különböző szakaszaiban találkozik az adminisztrációt, az ápolást és a műtétet végzőkkel.

A B. függelékben egy részletes írást talál a betegek és ápolóik megfelelő tájékoztatásának fontosságáról, és megtervezéséről. Ehhez mutatnak be jó példákat a tájékoztató füzetek, és a hasznos internetes linkek, amiket bárki megtekinthet.

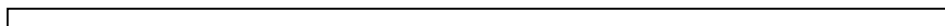
6. rész Ambuláns sebészeti ellátásra alkalmas beavatkozások

Azok a beavatkozások végezhetőek el az egynapos sebészet kereteiben, ahol megoldható a posztoperatív tünetek megfelelő ellenőrzése, és a beteg a beavatkozás után belátható időn belül újra képes magától inni és enni. Fontos a fájdalom, az émelygés és a hányás csillapítása, és a betegnek lehetőleg magától kell mozognia is. A módszer rajongói egyre kijebb tolják a határokat világszerte – radikális prostatectomiát, laparoszkópos nephrectomiát, és még csípőprotézis-beültetést is végeztek az egynapos sebészet keretein belül. Új műtéti technikákat, mind az endoszkópos sebészet, és egyéb típusú minimál invazív eljárásokat fejlesztenek ki, és a sebészek egyre tudatosabban választják ki a betegeiket, és egyre jobban odafigyelnek a perioperatív ellátás fontosságára is az ambuláns sebészetben. Az alapelvnek azonban a beteg igazolt biztonságának és minőség

ellátásának kell lennie az egynapos sebészet kereteiben elvégzett műtéteknél, a létesítményeknek ezért gondosan kell eljárniuk az új beavatkozások bevezetése során.

Eredetileg a 60 percnél rövidebb idő alatt elvégezhető beavatkozásokat tekintették ambuláns sebészeti beavatkozásnak. Azonban megfelelő betegszelekcióval, a modern anesztetikumok alkalmazásával, és a gondos posztoperatív ellátással ma már egyre hosszabb beavatkozásokat végeznek így el. Sok létesítményben nem is korlátozzák az elvégezhető beavatkozás időtartamát. Egyes kórházakban 23 órás benntartózkodásra alkalmas létesítményeket alakítottak ki, hogy nagyobb beavatkozásokat is elvégezhessenek, és, hogy a beteg újravétele nélkül tudják ellátni a posztoperatív szövődeményeket. Ezek segíthetnek, hogy az egyes műtéteket a hagyományos kórházi ellátás helyett az ambuláns sebészet keretein belül végezhessek el, és az ambuláns sebészeti műtőket a kora esti órákban is hasznosíthassák.

Az egynapos sebészet keretein belül potenciálisan elvégezhető beavatkozások részletes listáját a D. függelékben tekintheti meg.



7. rész Betegfelvétel napja

A beteget fel kell venni az intézménybe, és egy gyors vizsgálattal ellenőrizni kell, hogy nem változott az egészségi állapota, és az otthoni körülményei. A beteget az őt ellátó sebésznek, és aneszteziológusnak is meg kell néznie.

Perioperatív ellátás

Fájdalomcsillapítás

Az ambuláns sebészeti ellátás sikere függ a posztoperatív fájdalom menedzselésétől. A fájdalmat a beteg kórházi tartózkodása során folyamatosan értékelni kell. Felnőtteknél ehhez egy vizuális analóg skálát (VAS) használnak, melyen egy 10 cm hosszú vonal egyik végén a „nincs fájdalom”, míg a másikon az „elképzelhető legerősebb fájdalom” áll. A betegnek az általa az adott pillanatban érzett fájdalomnak megfelelő helyet kell megjelölnie a skálán. A skálán megméri a távolságot, és rögzítik azt. A 3 cm-nél rövidebb távolságot általában elfogadható mértékű fájdalomnak tekintik. A fájdalomcsillapításnak balanszírozottnak, és több ponton hatónak (multimodálisnak) kell lennie: helyi érzéstelenítést, nem szteroid gyulladáscsökkentőket (NSAIDs), paracetamolt, rövid hatású opioidot (alfentanil, fentanil) kell használnia, és lehetőség szerint el kell kerülni a tartós hatású opioidokat, mint a morfin.

A fájdalom menedzselése team-munkát igényel, a sebész, az aneszteziológus és az ápolók közreműködésével. Például egy laparoszkópos vizsgálat által okozott fájdalom minimalizálható

- a nyílások helyi érzéstelenítésével még a port bevezetése **előtt**
- a lehető legtöbb széndioxid eltávolításával a hasüregből
- a beavatkozás után a hasüreg átöblítésével fiziológiás sóoldattal

Infiltrációs anesztézia

A műtéti terület infiltrálása helyi érzéstelenítővel egyszerű, biztonságos, és a legtöbb beavatkozásnál elégséges fájdalomcsillapítást biztosít. Bizonyítékok vannak arra, hogy a bemetszés előtti helyi érzéstelenítés jobb posztoperatív analgéziát eredményez, és csökkentheti a műtét közbeni fájdalomcsillapítás iránti igényt. A helyileg alkalmazott lokális fájdalomcsillapítók, mint a szemcseppek, vagy az érzéstelenítő kenőcsök, pl. az EMLA krém szintén hatékony posztoperatív analgéziát tudnak biztosítani az olyan beavatkozásoknál, mint a kancsalságot megszüntető műtét, vagy a körülmetélés.

NSAID

NSAID-et mindig adni kell, ha nem kontraindikált. Nem szükséges az intravénás vagy rektális alkalmazást választani, és bizonyították, hogy a műtét előtt 1 órával szájon át beadott első adagnak hatékonyabb, és hosszabb a fájdalomcsillapító hatása.

Paracetamol

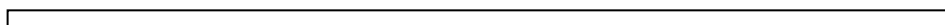
Paracetamol biztonságossági és analgéziai profilja régóta ismert, csökkenti a nem kívánt mellékhatásokkal is rendelkező hatékonyabb opioidok iránti igényt. Az intravénásan adagolható paracetamol sok országban elérhető, de drága – a preoperatíván, megfelelő adagban szájon át adva a multimodális fájdalomcsillapítás egyik formája lehet.

Regionális anesztézia

A perifériás idegblokád tökéletes körülményeket biztosíthat egy ambuláns sebészeti beavatkozáshoz. A beteget haza lehet bocsátani a reziduális motoros vagy szenzoros blokáddal, feltéve, hogy az érintett végtagot védik, és a betegnek van segítője otthon.

Az alacsony dózisu spinális anesztézia bevezetése fokozta a centrális idegblokád alkalmazhatóságát az ambuláns sebészeti beavatkozásokban. Ez jól használható az alsó végtagon, a perineális tájékon, vagy az alhason végzendő beavatkozások során, és lehetővé teszi, hogy a problematikusabb betegeken is alkalmazhassák az egynapos sebészeti eljárásokat. A nagyon vékony, kúpos végű tűk használatával 1% alá lehet csökkenteni a dura punkció utáni fejfájás előfordulását.

A fájdalom menedzseléséről, és a posztoperatív émelygés és hányás megelőzéséről szóló összefoglalót az E. függelékben találja. Az ápolók szerepét ebben a folyamatban a G. függelékben írjuk le.



8. rész Lábadozási folyamat

Lábadozás első szakasza

Ez az anesztéziát követő ébredés időszaka, akkor kezdődik, amikor a beteget a műtőből átviszik a posztoperatív őrzőbe, és addig tart, amíg a beteg a kórterembe kerül. Az ambuláns sebészetben ekkor kell meggyőződni, hogy a betegnek nincsenek fájdalmai, nem émelyeg, és orientált. Ezzel lehet minimalizálni az időt, amit a betegek az őrzőben kell töltenie.

Még a leggondosabb ellátás mellett is támadhatnak problémái a betegeknek, és fontos, hogy az aneszteziológusok által jóváhagyott protokollok alapján kezeljék az ápolók a posztoperatív émelygést, hányást és fájdalmat. A lehető leggyorsabban el kell látni ezeket, hogy a betegek simán átkerülhessenek a kórterembe, ahol a lábadozás második szakasza történik. Fontos megjegyezni, hogy az őrző berendezése nem tér el a kórházi betegek hasonló célú helyiségétől. Azonos kritériumok alapján lehet a betegeket elbocsátani az őrzőből.

Lábadozás második szakasza

Az ambuláns sebészeti ellátás fontos szakasza, mivel a beteg és a segítői menedzselése és tájékoztatása a lábadozás második szakaszában döntő fontosságú a műtét sikere szempontjából. Elsősorban ez az az időszak, ahol eldől, hogy minőségi ellátást tudunk nyújtani, vagy csak a „futószalag” egy állomásának tekintjük. Ezen felül, ha itt eredményesek vagyunk, akkor döntően befolyásolhatjuk, hogy milyen arányban kell újra a kórházba kerülniük az egynapos sebészeti betegeknél. Ezt észben tartva fontos, hogy elegendő idejük legyen a betegeknek a lábadozásra, és ne érezzék azt, hogy minél előbb meg kívánunk tőlük szabadulni. Azonban az is fontos, hogy az ápolók rutinszerűen elvégezzék a betegek mobilizációját is. De ez a rutin a különböző szakterületek, és beavatkozások szerint más és más kell legyen, és egyes esetekben ugyanazon sebész és beavatkozás esetében betegenként is változhat.

Környezet

Ambuláns sebészeti ellátás során nem ajánlott az ágyak használata, mivel elősegíti, hogy a betegek maguk is, illetve segítőik, ápolóik, sőt orvosai is betegként tekintenek rájuk.

A kerekesszékek használata mindenkinben azt a látszatot kelti, hogy csak rövid kórházi tartózkodásról van szó. A megfelelő kerekesszékek előnyei:

- csökkenthető a betegek manuális mozgatásának igénye (ami mind a beteg, mind a kórházi dolgozók számára veszélyes lehet a gyors betegforgalomban)
- segíti a beteg posztoperatív mobilizációját

Az intézménynek minden nap fel kell mérnie az elérhető kerekesszékeket, hogy azok mennyire felelnek meg a betegek igényeinek, és az elvégzendő műtéteknek. A kerekesszéknek ideális esetben:

- meglehetősen vastag a párnázata (hiszen a beteg órát is eltölthet benne)
- széles tartományban állítható a magassága (sokkal biztonságosabbak azok a kerekesszékek, amikhez nem kell lépcső a ki-, és beszálláshoz)
- mindenféle egészségügyi igényt kielégít (szélesség- és magasság-állítás, tartozékok)
- az aneszteziológiai igényeknek is megfelel (könnyen hátrabilenthető és mozdítható!)
- megfelel a biztonsági igényeknek (megfelelő oldalak, hogy a beteg ne tudjon kiesni, megfelelő teherbírás - az intézményben ellátható legsúlyosabb betegnek is, gyermekek számára is átalakítható legyen)

Ezért nyilvánvaló, hogy az aneszteziológiai elvárások csak egy részét képezik az ideális kerekesszék-től elvártaknak. A gondos kiválasztás minden felhasználó számára előnyökkel bír, azonban sajnos, sokszor bizonyos kompromisszumokra is szükség lehet.

Az egynapos sebészeti intézményben elegendő számú dönthető székekre is szükség van, hogy a beteget fokozatosan félig fekvő helyzetbe lehessen ültetni, mivel ezzel fokozatosan fel lehet készíteni a betegeket a felállásra. A kórtermekben szükség van:

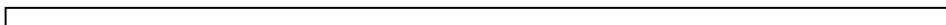
- elegendő számú ápolóra a betegek monitorozásához, és tájékoztatásához
- csöndes, pihentető légkörre
- magánszférára
- elegendő számú mosdóra és toalettre
- étel-, és italfogyasztás biztosítására

Tippek és trükkök

A lábadozási időszakban a megfelelő étel és ital kiválasztása komolyan elősegíti a beavatkozás sikerességét, és hogy a beteg azt érezhesse, minőségi ellátást kap. Akik már elláttak szülő nőket, azok tudják, hogy milyen hatással van a pirítós illata az ízlelőbimbókra. Ez az ambuláns sebészeti létesítményekben is működik, és érdemes megfontolni. Az anesztézia miatt a betegek szája gyakran száraz, így nehéz elfogyasztani egy szendvicset – de úgy tűnik, hogy egy szelet vajos pirítós elfogyasztása sokkal könnyebb.

Egy másik hasznos trükk a gyerekek figyelmének lekötése a műtét után. Ha van TV és video, és elegendő gyermekfilm vagy rajzfilm, akkor sok síró gyermekből (akinek fájdalmai vannak, rosszul érzi magát, vagy zavarban van) nyugodt, békés emberi lény lesz.

Az ápolók szerepét ebben a folyamatban a G. függelékben írjuk le.



9. rész A betegek hazabocsátása és támogatása

A műtét után minden beteget meg kell vizsgálnia az ellátásába bevont aneszteziológusnak, és sebésznek.

Azonban sok országban a beteg végső, hazabocsátás előtti vizsgálatát az ápolók végzik el. Minden egynapos sebészeti intézményben egyértelmű hazabocsátási kritériumokra van szükség, a minden dolgozó által betartandó írásos irányelvek részeként. Ebben a szociális helyzetet is figyelembe kell venni, valamint a beteg hazabocsátása előtti értékelésének eredményét is. Az alábbi táblázat a szükséges szempontokat sorolja fel:

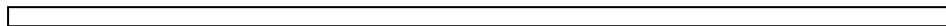
- Stabil életjelek, legalább 1 órán keresztül
- Térben és időben orientált beteg, megismeri az embereket
- Megfelelő fájdalomcsillapítás, elegendő szájon át bevehető fájdalomcsillapító
- Tudja, hogyan alkalmazza az adott fájdalomcsillapítót, amit le is írtak neki
- Fel tud öltözni, és magától tud járni (adott esetben)
- Legfeljebb enyhe émelygés, hányinger, szédülés
- Legalább egy keveset ivott

- Minimális vérzés, vagy drenált seb
- Vizeletet ürített (csak ha a műtét ezt nem akadályozza)
- Felelős felnőtt kíséri haza
- Beleegyezett, hogy valaki legalább 24 órán át ápolja otthon
- A posztoperatív ápolásról írásos és szóbeli tájékoztatást is kapott
- Tudja, hogy mikor kell visszajönnie felülvizsgálatra (adott esetben)
- Kapott sürgősség esetén hívható telefonszámot.

Hazabocsátása előtt minden beteget szóban és írásban is tájékoztatni kell azokról a tünetekről, amikre a műtétet követő első 24 órában számíthat. Tájékoztatni kell arról is, hogy legalább 24 órán át nem vezethet, bár ez az elvégzett műtét típusától is függ. A további tájékoztatásnak ki kell terjednie a gépek használatára, a törvényes dokumentumok aláírására, a munka ismételt megkezdésére, és a varratszedés időpontjára. Minden beteget tájékoztatni kell arról is, hogy mi a teendője sürgős esetben, vagy ha tanácsra van szüksége, és át kell adni nekik az ilyen helyzetben hívható telefonszámot.

Ha odafigyelnek ezekre a részletekre is, akkor a beteg úgy érzi, hogy minden szükséges segítséget megkapott, és a sürgős esetben hívható telefonszám segít abban is, hogy kevesebb beteg keresse fel a háziorvosát.

A hazabocsátási folyamat részeként lehet használni a pontrendszereket, amire néhány példát az A. függelékben mutatunk be. Az ápolók szerepét ebben a folyamatban a G. függelékben írjuk le.



10. rész Otthoni fájdalomcsillapítás

Cél

Minimális mellékhatások mellett elfogadható szintű analgézia fenntartása az egynapos sebészeti létesítményből történő hazabocsátást követően.

Gyógyszerek

Az ambuláns sebészetről történő hazabocsátást követő fájdalomcsillapításra használható gyógyszerek

- Paracetamol
- NSAIDs
- Opioidok
- Lokális fájdalomcsillapítás
- Helyi fájdalomcsillapítás

Paracetamol

A paracetamol a biztonságossága, és a kevés mellékhatása miatt a fájdalomcsillapítás alapja lehet. A hatása korlátozott, és gyakran szükséges erősebb hatású szerrel megtámogatni. Lehetőleg szájon át kell adagolni, mivel rektálisan adva kiszámíthatatlan a felszívódása.

NSAIDs

NSAID gyógyszerek alkotják a következő szintet. A szívbetegségek kockázata szempontjából az ibuprofen és a naproxen a legjobb választás. Az NSAID szükség esetén, vagy előre meghatározott időpontokban is adagolható. Az ibuprofen gyorsan jelentkező hatása hasznos, ha szükség esetén adagoljuk. A szelektív Cox-2 gátlóknak alig, vagy semmilyen hatása sincs a vérlemezke-funkcióra, de a kardiális szövődmények kockázata nagyobb.

Gyenge vagy idősebb betegeknél a vesefunkcióra kell figyelni, különösen akkor, ha az illető ACE-gátlót szed; ilyenkor módosítani kell az NSAID adagját és az adagolás időtartamát, és protonpumpa-gátlót is fel lehet írni.

Opioidok

Ha más szerekkel nem sikerül elérni a megfelelő analgéziát, a betegnek hazabocsátása után opioidokra lehet szüksége. A szájon át adható morfin-készítmények, és az oxikodon adagolása elterjedt. Bár a kodeint is

használják még, a kaukázusi rasszba tartozók 5%-a nem rendelkezik azzal az enzimmel, amely a kodeint morfinná tudja átalakítani, míg mások szélsőségesen gyorsan metabolizálják, és megnő a mellékhatások kockázata. Ezért sok ambuláns sebészeti intézményben nem használnak kodeint.

Hazabocsátáskor a betegek szükség esetén korlátozott adagban kaphatnak opioidot és hashajtót otthoni használatra.

Lokális érzéstelenítés

A helyi érzéstelenítés időtartama meghosszabbítható, ha egy egyszer használatos mechanikus pumpát csatlakoztatnak a perifériás ideg mellé behelyezett katéterhez vagy a sebkatéterhez. Ha megfelelő utasításokat kapott, a beteg el is távolíthatja a katétert az adott időben.

Helyi érzéstelenítés

Szemészeti műtétek, körülmetélés és más, lokális nyálkahártya fájdalommal járó beavatkozások után is hasznosak lehetnek a lidokain-készítmények.

Fájdalomcsillapítók kiadása

Ez a szokásoktól és az adott egészségügyi szolgáltatók gyakorlatától függ. Ha nem lehet így gyógyszert kiadni, akkor a beteget tájékoztatni kell, hogy előre beszerezhesse a szükséges fájdalomcsillapítókat. Ahol a gyógyszerek kiadhatóak, akkor az előre kiszámított mennyiségű fájdalomcsillapítót és adjuváns készítményt kell átadni a betegnek hazabocsátáskor. Az átadott gyógyszer mennyiségét dokumentálni kell.

Tájékoztatás

A hazabocsátás előtti tájékoztatóban el kell mondani, hogy a paracetamol és az NSAID gyógyszereknél mekkora a maximális napi adag, hogy az opioidok alkalmazásakor hashajtót is szedni kell, és protonpumpa-gátlókra is szükség lehet.

Szerzőinknek a témával kapcsolatos további gondolatait az A. és E. függelékben olvashatja el.

11. rész A minőség monitorizálása – ellenőrzés és standardok alkalmazása

Az ellenőrzés, és az azt követő lépések alapvetően fontosak a sikeres ambuláns sebészeti praxisok számára. Ezen felül, ha nem állapítanak meg standardokat, nem vezetnek be megfelelő monitorozást, ellenőrzést, és minőségbiztosítást, akkor a betegeknek, a háziorvosainak, és végül az érintett intézménynek támadhatnak problémái. Miközben az egészségügyi ellátást a hagyományos kórházi körülmények közül az ambuláns sebészet keretei közé visszük át, fontos, hogy monitorozzuk és ellenőrizzük ezt az egészségügyi ellátást, hogy a betegek és az ellátásban résztvevő egészségügyi dolgozók által tapasztalt problémákat gyorsan beazonosítsák és megoldják. Az ambuláns sebészeti ellátásra történő áttérés talán a praxisban bekövetkezett legnagyobb változás bármilyen egészségügyi szolgáltató esetében, ami hatékony irányítást igényel. Ha bárhogy csorbát szenved a minőség, akkor az a betegeket is érinti, ezért fontos, hogy gyorsan észleljük és reagáljunk rá.

Monitorozás

A meghatározása: rendszeres felügyelet fenntartása, amibe a szabályozás fogalma is beletartozhat. A felügyelet és a szabályozás kombinációja hasznos a gondolatmenetünk szempontjából. A monitorozás lehetővé teszi, hogy az egynapos sebészeti osztály egyértelmű standardok szerint ítélje meg a saját teljesítményét. Ebben a környezetben a standardokat úgy lehet definiálni, mint egyezményes mérőszámokat, melyek alapján a teljesítmény vagy az elért eredmény megítélhető. Ezeket elő lehet írni helyileg (a létesítmény), országosan (a

kormányzat), vagy nemzetközi szinten (IAAS standardok) és támpontokat nyújthatnak, amik alapján értékelni lehet a teljesítményt.

A monitorozáshoz alkalmazható tényezők:

- a törlések száma, ami annak a következménye, hogy egyes betegeket a műtét napján nem találunk alkalmasnak a beavatkozás elvégzésére
- a betegek aránya, akiket éjszakára bent kell tartani
- az egy héten belül újra felvett betegek aránya
- meg nem jelentek aránya
- az egyes sebészek műtőhasználatának időtartama
- az ambuláns sebészeti beavatkozások aránya a hagyományos kórházi, elektív műtétekhez képest
- betegek száma, akik problémával keresik fel az intézményt hazabocsátásuk után
- betegek száma, akik hazabocsátásuk után a háziorvoshoz fordulnak
- betegek száma, akiknél a beavatkozást a műtét napján törölték

A beavatkozás napján lemondott esetek száma egyértelműen jelzi a perioperatív értékelés hatékonyságát. Az éjszakára benntartott betegek aránya figyelmeztető jel arra, hogy egyes területeken gondosabban kell eljárni. Minden kórházi felvétel okát alaposan meg kell vizsgálni, megfelelően mérték-e fel a betegeket, vagy nem megfelelő beavatkozást végeztek-e el a létesítményben. A szövődmények miatt újra kórházba kerülő betegek száma is ugyanilyen fontos – az orvos nem a megfelelő betegeken végzi el a beavatkozást? Ha a beteg nem jelenik meg, az olyan fontos erőforrások elvesztegetését jelenti, mint az ápolási vagy klinikai idő, amit az adott betegre kívántak fordítani. A problémáikkal a létesítményhez forduló betegek száma, vagy azoké, akiket a kórházi elbocsátást követően a háziorvosuknak kellett kezelnie a betegek kiválasztásának, az aneszteziológiai vagy sebészeti technikának, esetleg az elbocsátás előkészületeinek problémájára utal.

Ez néhány ok, ami miatt esetleg érdemes a területeket monitorozni, de más, az Ön létesítménye számára fontosabb okok is felmerülhetnek.

Telefonos nyomon követés

Az ambuláns sebészetben nagyon hasznosnak találták a telefonos nyomon követést a beteg ellátását követően.

Az ilyen szolgáltatás célja kettős;

1. szolgáltatást nyújtani a betegeknek a hazabocsátásukat követően is,
2. a korai posztoperatív időszakban auditálási célból meghatározott adatokat gyűjteni

Ez nagyon gondoskodónak tűnik, és nehéz megérteni, hogy egyes emberek mennyire nem szeretik, ha zavarják őket, és az állapotukról kell beszélniük. Azonban, mint a gyógykezelés és az ellátás bármely egyéb területén, a betegeknek itt is megvan a joguk a visszautasításra, így még a hazabocsátásukat megelőzően kell engedélyt kérni tőlük a telefonáláshoz. Bár egy spontán hívás tűnik a legjobb megoldáshoz a közvetlenség megőrzéséhez, a kérdések megszerkesztett listája több információt szolgáltat az ambuláns sebészet munkájának értékeléséhez. A beteget meg kell kérdezni a posztoperatív mellékhatások (pl. álmoság, torokfájás, fejfájás, izomfájdalom, émelygés és hányás) súlyosságáról. Ezt ki kell egészíteni a fájdalom erősségét, és a csillapítás sikerességét felmérő kérdésekkel.

A standardok, klinikai indikátorok és a minőség témájában áttekintő összegzést talál az F. függelékben.

A. függelék: Az aneszteziológus kettős szerepe az egynapos sebészen (Day Surgery Unit -DSU): egy egynapos sebészeti osztály működtetésének lehetséges szervezési modellje

Dr. Jan H Eshuis, aneszteziológus, igazgató

Egynapos Ellátási Központ, Academic Medical Centre - University of Amsterdam j.h.eshuis@amc.nl

Hagyományosan az aneszteziológust úgy ismerjük, mint az az ember, aki a műtőben az ébrenlét különböző stádiumaival foglalkozik, megelőzi, hogy műtét közben a beteg fájdalmat érezzen, az idegek menték különféle injekciókat ad be, megnyugtatja a beteget vagy a sebészt, életmentő tudásával képes kezelni a legösszetettebb és legnehezebb orvosi és sebészeti helyzeteket, és képes gyors döntéseket hozni. Ez az aneszteziológusok legalapvetőbb feladata, ez felelős a róluk kialakult képért is.

Azonban ez csak az alap; az egynapos sebészetben ennél több van.

Az 1980-as évek elejétől az aneszteziológusok mozgástere kitágult. Ez - valószínűleg nem véletlenül- az egynapos sebészet kezdeteivel, és fokozatos felemelkedésével esik egybe. Ez az az időszak, amikor az aneszteziológusra perioperatív szakemberként kezdték tekinteni. A feladata már nemcsak a műtőre korlátozódott, hanem kiterjedt a járóbetegek preoperatív vizsgálatára, a távoli helyeken végzett szedálásra, a fájdalommal kapcsolatos tanácsadásra, az intenzív ellátásra, a sürgősségi ellátásra a kórházon, ambuláns osztályokon belül és kívül, és sok egyébire is. Különösen az elmúlt években az egynapos sebészet sok országban gyors fejlődésen ment keresztül. Ugyanebben az időszakban az ambuláns műtétek aránya Hollandiában meghaladta az összes műtéti beavatkozás 50%-át. Mivel a magánklinikák adatai nem mindig ismertek, ez a szám elérheti, vagy meg is haladhatja az 55%-ot is. Más országokban az egynapos sebészet fejlődése még erőteljesebb volt: az Egyesült Államokban becslések szerint az összes műtét 75-80%-át teszik ki. Ilyen arányok mellett sok aneszteziológus napi szinten találkozik az egynapos sebészeti esetekkel.

Szerintem az aneszteziológusnak kétféle feladata van: az egyik orvos igazgatóként a DSU munkájának szervezése és menedzselése, a másik a szakmai munka. A fent említett kitágult mozgástér, és a műtéti program megszervezésének hagyományos feladata következményeként az aneszteziológus szakmai és menedzselési feladata egyre több és több helyen kapcsolódik egymáshoz

A vezetői munka: minden DSU-nál szükség van az ambuláns sebészetet ismerő szakmai vezetőre vagy igazgatóra, aki irányítja a helyi irányelvek, programok kialakítását, kapcsolatot teremt a kórházzal, tájékoztatja a terület többi specialistáját, a HR-t és a gyógyító munka irányítóit.

Egy vezetési tapasztalattal rendelkező, az egynapos sebészetben jártas aneszteziológus az ideális jelölt erre a posztra. Nincs más olyan orvosi szakterület, amelynek specialistái folyamatosan részt vennének egynapos sebészet logisztikai láncolatában; ezt a későbbiekben részletesen is kifejtem. Más szakorvosok nem érintkeznek ennyi kollégával, segítőtvel a betegút alatt, a preoperatív vizsgálatától a műtőn át a betegőrzőig. Az aneszteziológus gyakran használ különféle listákat is a műtőben. A posztot egy sebész is betöltheti (és gyakran be is tölti), de nekik meg kell küzdeniük azzal, hogy hiányzik a napi szintű kapcsolat a kollégákkal, főleg a saját szakterületükön kívül esőkkel, így kevésbé látják át az ő speciális problémáikat. Az orvosigazgatónak kell megszerveznie a DSU-t, irányítani a betegek kiválasztását, felállítani a saját csapatát, és felszerelni a műtőt. Minden intézménynek szüksége van megfelelően képzett szakemberekre, akiket a főnövér irányít, a szakmai igazgatóval együttműködve látva el az intézmény napi szintű működésével kapcsolatos feladatokat. Ők együtt alkotják a vezetés magját; rendszeresen megbeszéléseket kell folytatniuk az intézményt működtető sebész szakorvosokkal, akiket lehetőleg egy szóvivő képvisel. Esetleg ők működtetik az intézmény HR részlegét is, szerveznek továbbképzéseket, és heti szinten ellenőrzik a műtéti renddel kapcsolatos időbeosztásokat. A helyi körülményektől függően a vezetésnek egy harmadik emberre is szüksége lehet, egy pénzügyi és adminisztrációs vezetőre. Ez nagyrészt az intézményi struktúra függvénye: egy nagy kórház DSU egységénél ezt a feladatot a kórházi hierarchia magasabb szintjén levő pénzügyi vezető látja el. Egy önálló egynapos sebészeti intézményben érdemes egy pénzügyi-adminisztrációs feladatokkal megbízott szakembert alkalmazni a vezetőségben.

Mitől olyan speciális az aneszteziológus szerepe? Mivel az aneszteziológus szinte minden tevékenységben részt vesz, a háziorvos beutalójától a beteg zárójelentésének elkészítéséig, így nyilvánvalóan ő a központi figura. Az egynapos sebészet logisztikai láncolatának minden részében megvan a maga szerepe.

A házi orvos beutalója alapján a sebész dönti el, hogy a beteg alkalmas-e az egynapos sebészeti ellátásra. A beteget elküldi a perioperatív értékelésre, ahol az egynapos sebészeti alkalmasságát az aneszteziológus méri fel, a szakápolók, és a szükséges laboratóriumi tesztek segítségével (amely sohasem lehet rutinszerű). Az egynapos sebészeti ellátásra alkalmas betegeket előjegyzik a műtetre. Egyes intézményekben a szakmai vezető ellenőrzi a sebész szakorvosok műtéti rendjét, hogy optimalizálja a DSU hatékonyságát. Sok praxisban az aneszteziológus is részt vesz a programok és a betegek időbeosztásának megszervezésében.

Ezután elvégzik a beavatkozást, ismét az aneszteziológus aktív részvételével; az ő képességei nagyban befolyásolják az egynapos sebészet eredményességét. A beavatkozást követően a beteget átviszik a kórterembe, vagy az ébredő szobába (PACU - post-anesthesia care unit) vagy betegőrzőbe, amit szintén általában az Aneszteziológiai Osztály felügyel. A betegeket a hazabocsátási protokoll kritériumai vagy pontrendszere alapján a PACU szakápolója engedi tovább a hazabocsátása előtti utolsó szakaszba. A DSU kórtermében is az ápoló dönti el, hogy a beteg mikor engedhető haza, a megfelelő kritériumok, vagy a Francis Chung által összeállított PADS-pontrendszer alapján. White / Aldrete pontrendszere, ami alapján a beteget a PACU-ból átviszik a kórterembe, és Chung pontrendszere, ami alapján a beteg hazabocsátható, megbízható és egyszerű módszer a szakorvosok által irányított, de az ápolók által működtetett egynapos sebészeti létesítmények gyakorlatában. Az aneszteziológus vállalja ezért a felelősséget. 0, 1, és 2 osztályzatokkal az ápoló egyszerűen tudja értékelni a beteg életjeleit, mint a tudat, a hemodinamikai paraméterek, a fájdalom, a PONV, stb. Elvégzi a beteg tájékoztatását, és oktatását. Végül a beteg hazaindul, de mindig egy felelősségteljes felnőtt kíséretében, aki vele tölti az első 24 órát. Így a szakképzett ápolók biztonságosan irányíthatják a beteg útját az őrzőből az otthonáig.

Ha a beteg már a műtőben, a műtétet követően megfelel ezeknek a kritériumoknak, akkor nyugodtan átvihető a kórterembe, a PACU-t kihagyva. Ugyanezt a rendszert alkalmazza az ápoló is a kórterembe, amikor a beteget hazaengedi.

Néhány szó a szakmai munkáról:

Külön egynapos sebészeti lista vagy program működtetéséhez igazán proaktív perioperatív orvosra van szükség. Fontos, hogy előre tervezzon, már a tervezett idő előtt 2 órával gondolja végig a perifériás idegblokád alkalmazását, hogy a nap későbbi részében legyen elég ideje! Rövid hatástartamú hatóanyagokat használjon, biztosítson megfelelő analgéziát, és próbálja meg minimalizálni a posztoperatív émelygés és hányás (PONV) előfordulását. Az önálló aneszteziológusnak ki kell fejlesztenie azokat a technikákat, melyek segítségével a beteg minimális stresszel, maximális kényelemben eshet át az egynapos sebészeti beavatkozás, úgy, hogy minden esélye meglegyen a korai hazabocsátásra; ehhez az adott technikának maximális sebességet és kiváló szakmai munkát kell biztosítani az ébredés első és második fázisában.

Az összefoglalóba nem fér bele, hogy az ambuláns anesztézia minden szakmai kérdését érintsük; csak egyes meglepő, és talán provokatív kérdéseket tekintünk át. Összpontosítsunk az egynapos sebészeti betegek kiválasztására.

Minden egynapos sebészeti beteget a klasszikus szempontok szerint kell értékelni: beavatkozás, a beteggel kapcsolatos tényezők, szociális tényezők, és az intézmény lehetőségei. Ezek mindegyikének megfelelőnek kell lennie az egynapos sebészeti beavatkozás elvégzéséhez. Az egynapos sebészet kezdeteitől a korai nyolcvanas években folyamatosan tágítjuk a határokat. Egyre komplikáltabb beavatkozásokat végeznek egyre több társbetegségben szenvedő betegen az egynapos sebészet kereteiben; az idő minden szempont esetében tágította a határokat. Jó példa erre a beavatkozás hossza – korábban 90 percre korlátozták, de ma már a 3-4 órás beavatkozások sem szokatlanok egy egynapos sebészeti műtőben. A mi praxisunkban ma már felső korhatár sincs, és az egyetlen szelekciós kritériumot, a BMI-indexet is 40-45-re emeltük.

Sok orvos még ma is úgy gondolja, hogy csak ASA 1 vagy 2 betegen lehet ilyen beavatkozást elvégezni. Ezt én jó példának tartom arra, hogy mennyire eltűntek a korlátok az egynapos sebészeti betegek kiválasztásában. Sok könyvben hivatkoznak arra, hogy ASA 3-ba tartozó betegeket is beválasztanak, és már a kilencvenes években ez szerepelt a könyvekben, de sok orvos mégis visszautasítja ezt.

Néhány vizsgálat, ami segíthet eldönteni a kérdést:

1. Warner (JAMA 1993; 270:1437) klasszikus Mayo-klinika vizsgálatában az egynapos sebészeti beavatkozást követő 30 napban figyelték a morbiditást és mortalitást. Összesen 38 598, legalább 18 éves beteg kapott 45 090 ambuláns ellátást anesztéziában. Egynegyedük ASA 3-ba tartozott. A műtétet követő 1 hétben egyetlen beteg sem halt meg szövődmény miatt. A morbiditás nagyon alacsony volt: 31 betegnél alakult ki súlyosabb betegség (1:1455): myocardialis infarktus, központi idegrendszeri elváltozások, tüdőembólia alacsony számban fordult elő, és 48 óra, vagy hosszabb idő után jelentkezett.

Következtetés: Ebben a nagy, ambuláns sebészeti ellátáson átesett populációban, ahol egyforma arányban fordultak elő ASA 1-3 betegek, az összes morbiditás és mortalitás értékei nagyon alacsonyak voltak.

2. Chung és Mazei Torontóban (BJA 1999;83:262-70) a perioperatív mellékhatások kockázatát becsülte meg az egynapos sebészeti betegségen áteső, társbetegségben is szenvedő betegeknél. 17 638 egynapos sebészeti beavatkozáson átesett beteget figyeltek meg a prospektív vizsgálatban. Pre-, intra-, és posztoperatív adatokat gyűjtöttek össze. 18 társbetegséget vizsgáltak. Az életkor, nem, a beavatkozás hossza és típusa figyelembevételével a társbetegségek és a perioperatív mellékhatások közt hét, statisztikailag szignifikáns összefüggést találtak. A magas vérnyomás esetében bármilyen intraoperatív eseményre és intraoperatív kardiovaszkuláris eseményre lehet számítani. Az elhízásnál az intra-, és posztoperatív légzőszervi események előfordulása valószínű, míg a dohányzás és az asztma esetében a posztoperatív légzőszervi eseményeké. Gastro-oesophagealis reflux esetében az intubációval kapcsolatos események fordulhatnak elő
3. Ansell és Montgomery (BJA 2004;92:71-4) a számítógépes betegnyilvántartás segítségével retrospektív esetvizsgálatot végzett 896 ASA III betegnél, akik 1998. január és 2002. június között estek át egynapos sebészeti beavatkozáson. A rendszer rögzítette a betegfelvételi arányokat, az előre nem tervezett kapcsolatfelvételt egészségügyi szolgáltatóval, és a posztoperatív szövődeményeket a hazabocsátást követő 24 órában. Nem találtak szignifikáns eltérést az előre nem tervezett betegfelvétel arányaiban, az előre nem tervezett kapcsolatfelvételnél az egészségügyi szolgáltatóval és a posztoperatív szövődeményeknél sem a hazabocsátást követő 24 órában az ASA I, II, és III betegek között. Következtetés: Megfelelő preoperatív vizsgálattal, és adekvát előkészítéssel az ASA III betegek biztonságosan elláthatóak az egynapos sebészeti intézményekben.

Mindannyian alkalmazzuk az ASA besorolásokat, talán annak felismerése nélkül is, hogy ehhez kritikus szemléletre van szükség!

1. Egy másik példa a túl sok véleményre (szubjektíven). Az ASA fizikális állapot besorolási rendszer konzisztenciáját 100 aneszteziológus bevonásával vizsgálták. Arra kérték őket, hogy 10 hipotetikus beteg ASA-besorolását végezzék el. Egyetlen esetben sem volt teljes egyetértés az ASA fokozatot illetően, és csak egy esetben korlátozódtak a válaszok az öt lehetséges fokozatból kettőre. Az egyes aneszteziológusok értékelése a mindennapi betegségek leírásakor annyira eltért egymástól, hogy az ASA besorolás önmagában nem képes kielégítően leírni egy beteg fizikális állapotát. (Anaesthesia 1995;50: 195)

Kétség esetén tegye fel a kérdést magának pl. egy ASA-4 (kardiális eredetű) besorolású beteg fájdalmas végbélrepedése esetén: Miben különbözik egy járó-, és egy fekvőbeteg ellátása? Bármit másképp csinálnak?? Nem valószínű, hogy az alacsony dózisu spinális anesztézia rontana a beteg állapotán. Tökéletes fájdalomcsillapítás műtét közben, enyhe hemodinamikai zavar, a műtét gyenge utóhatása, de jó fájdalomcsillapítás.

Elmondhatjuk, hogy egy stabil ASA-3 beteg esetében nem kontraindikált az egynapos sebészeti ellátás, és egy ASA 4 fokozatú betegnél is egyedi alapon, a beavatkozás figyelembe vételével kell gondosan mérlegelni. Döntő fontosságú, hogy ne legyenek kevert listák a műtő klinikai részével. A kevert listák a sürgősségi vagy a súlyos klinikai esetek miatt megzavarják az egynapos sebészet műtéti rendjének sima menetét.

Milyen beavatkozások végezhetőek el? A minimálisan invazív technika drámaian lecsökkentette a szövetek sérülését és a vérvesztéséget, emellett egyre jobban megismerjük a sebészeti szövődemények természetét és időzítését, valamint az egyre jobb anesztetikumok és aneszteziológiai technikák állnak rendelkezésre, így a potenciális egynapos sebészeti beavatkozások köre egyre jobban tágul. Az úttörők mutatnak példát, míg a többiek fokozatosan követik őket.

Összefoglaló

Míg korábban az egynapos sebészetet egy specializált ellátási formának tekintették, amely csak a legegyszerűbb beavatkozások esetében alkalmazható gondosan megválogatott betegek esetében, ma már sok műtét esetében ez is egy választható opció, amiből a betegeket csak nyomós érvek alapján lehet kizárni. Ekkor az egészségügyi kockázatot kell mérlegelni a sebészeti beavatkozás invazivitásának függvényében: minimálisan, közepesen, vagy nagyon invazív-e a beavatkozás, valamint a beteg fittségének ÉS az intézmény lehetőségeinek mérlegelésével együtt az egynapos sebészet választása megalapozottan történik. A megfelelő aneszteziológiai technikák széles körével, és a korábban már említett szervezési előfeltételek meglétével megfelelhetünk az Egyesült Királyság

Nemzeti Egészségügyi Szolgálatának (NHS) kettős célkitűzésének. Az Egyesült Királyságban az NHS és a kormányzat aktívan támogatja az egynapos sebészetet, és két célt határoztak meg

- 1) Az egynapos sebészeti ellátás legyen az alapértelmezett ellátási forma.
- 2) A beavatkozások 75%-át az egynapos sebészet kereteiben végezzék el

Szakirodalom

Anesth Analg 2007;104:1380–96 White, PF, Kehlet H et al The Role of the Anesthesiologist in Fast-Track Surgery: From Multimodal Analgesia to Perioperative Medical Care

Can J Anest 2006;53:9, 858-72 Imad Awad, T, Chung F Factors affecting recovery and discharge following ambulatory surgery

Anaesthesia 2006, 61, pages 1191–1199, Smith I, Cooke T, Jackson I and Fitzpatrick R Rising to the challenges of achieving day surgery targets

B. függelék: Betegtájékoztatás: Irányelvek és a gyakorlati alkalmazás eszközei

Christina Ann Drace, Gamal Eldin Mohamed és Carlo Castoro

Dr. Carlo Castoro, Sebészeti Onkológia, Veneto Institute of Oncology IRCCS, Via Gattamelata 64, 35100 Padova (Italy). E-mail: carlo.castoro@unipd.it

Bevezetés

Az egynapos sebészetben a betegekkel rövid és intenzív a kapcsolat. Nem hasonlítható össze azzal, amennyi időt a kórházi betegek felkészítésére szánunk ugyanannál a beavatkozásnál. Ráadásul itt a beteg a felelős a preoperatív felkészítésért, és a gyógyulás is az otthonában zajlik. Éppen ezek miatt jelent komoly feladatot a tájékoztatás az egynapos sebészetben. Általánosan elfogadott, hogy a beteg tájékoztatása az egynapos sebészetről, és az adott beavatkozásról fontos szempont egy egynapos sebészeti intézmény menedzselésében [1-2]. A hatékony tájékoztatási irányelvek segítenek abban, hogy a beteg elégedetten távozhasson az egynapos sebészeti ellátást követően, és segít enyhíteni a szorongást is. A megfelelően tájékoztatott beteg tényleg kevésbé szorong, és így jobban viseli a műtétet is. Ezzel pedig a kórházi dolgozók munkáját segíti, elkerülhetővé teszi az esetleges csúszásokat, és hozzájárul az egynapos sebészeti intézmény (DSU) egyenletes működéséhez. A tájékoztatásnak a betegellátás jól megszabott kereteiben kell zajlania, strukturált módon, az egynapos sebészeti betegút alatt végig konzisztensen. Fontos szempont az átadni kívánt információ mennyisége is, mivel egyes betegeknek komolyabb tájékoztatásra van szükségük, mint másoknak. A túl kevés információ zavart és csúszásokat okozhat. Lehet, hogy a beteg nem érti, mit várnak el tőle, vagy a segítőjétől. Másrészt a túl sok információ felesleges szorongást válthat ki a betegnél. Végül, meg kell határozni, hogy a kórházi személyzet tagjainak mi a szerepe a beteg tájékoztatásában, és koordinálni kell annak időzítését is, mivel a beteg az ellátás különböző szakaszaiban találkozhat, és kap tájékoztatást a személyzet tagjaitól, az adminisztrációtól, az ápolásaitól, és a műtétet végzőktől [1,3-5].

Ideális esetben az emberek a szóbeli információknak csak a 20%-ára emlékeznek. Ezért a legegyszerűbben úgy biztosíthatjuk, hogy a beteg ne csak megkapja, hanem emlékezzen is a tájékoztatásban foglaltakra, ha azt érthető formában, tájékoztató füzetekben kapja meg, amiket bármikor újra átnézhet. A jó verbális képességek ettől még fontosak, mivel a beteg tájékoztatása, és kérdéseinek megválaszolása szóban is történik, hogy jól viselje a beavatkozást. A verbális és írott tájékoztatásnak egymást kell erősítenie.

Betegtájékoztatói kritériumok

Az egynapos sebészeti létesítményekben a betegtájékoztatás megszervezése és menedzselése a létesítmény egyéni jellemvonásaitól függ, pl. a helyétől, a kórházi irányelvektől, stb. Azonban léteznek általános kritériumok az irányelvek kialakításában. Az egynapos sebészeti betegekkel történő kapcsolatfelvétel szakaszokra osztható, amelyek száma egyéni jellemzőktől függ. Az 1. ábrán 8 szakaszt ábrázoltunk, a beteg beutalásától a posztoperatív vizsgálatig. Minden egyes szakaszban annak helyét, a kapcsolatfelvétel típusát, a beteget tájékoztató személyét, és a tájékoztatás témáját megjelöltük. A 8 szakaszon belül az betegeknek szóló információknak 2 csoportja van, az általános és a beavatkozás-specifikus. A betegtájékoztatás ideje 3 fázisra osztható – a betegfelvételt megelőzően, a beteg felvételekor és hazabocsátásakor.

Információ csoportosítása

A betegnek szóló információknak két csoportja van: általános, és beavatkozás-specifikus.

Az általános információk közé tartoznak a DSU-val, az ott végzett beavatkozásokkal és az ottani gyakorlattal kapcsolatos szervezési kérdések. Tájékoztató az intézmény helyéről, és olyan hasznos információk ad meg, mint a cím és a telefonszám, a tömegközlekedés, és a parkolás, stb. A beavatkozással kapcsolatban olyan alapvető, minden egynapos sebészeti beavatkozásra vonatkozó információt is megad, mint a betegfelvétel ideje, stb. Ezekből az információkból a beteg megtudhatja, hogy általánosságban mire számíthat, és mi a feladata. A beavatkozás-specifikus klinikai információk a beteg egészségi állapotától, és a sebészeti beavatkozástól függenek.

Ráadásul a közelmúltban végzett vizsgálatok szerint nem minden betegnek van szüksége ugyanolyan mennyiségű információra [4], attól függően, hogy mennyire képesek kezelni a helyzetet. A szorongás enyhíthető, ha a beteg igényeinek és preferenciáinak megfelelő mennyiségű információt nyújtunk neki. Az átadott információknak két szintjét, a minimális és az átfogó információt különböztethetjük meg.

1. ábra: A BETEGEK TÁJÉKOZTATÁSÁNAK SZAKASZAI AZ EGYNAPOS SEBÉSZETBEN

	Helye	Szemtől szembe	Telefonhívás	Miről szól
1. szakasz Egynapos sebészeti beavatkozás választása	Alapellátás Orvosi rendelő Ambuláns klinika Egynapos sebészet	Alapellátás Orvos Szakkonzulens Egynapos sebészet munkatársa		Egynapos sebészet bemutatkozó füzet Szóbeli tájékoztatás Beavatkozás-specifikus információ Felkészítés
2. szakasz Időpont megbeszélése			Adminisztrációs részleg Egynapos kórházi osztály	Időpont megbeszélése a műtét előtti vizsgálathoz Hova menjen, mire számíton További információ: fax, e-mail, weboldal
3. szakasz Műtét előtti felmérés	Kórház ambuláns részlege; Egynapos sebészet Magánorvosi rendelő	Szakorvos – Sebész Ápoló		Egynapos sebészet Tudnivalók és beavatkozás füzet Beavatkozás-specifikus általános tájékoztató füzet Műtét előjegyzése, preoperatív vizsgálat, tájékoztatást követő beleegyezés
3/b szakasz Preoperatív vizsgálat Műtét előtt két héttel (ha a műtétet legalább egy hónappal előre előjegyezték)	Egynapos sebészet	Aneszteziológus Ápoló		Szóbeli tájékoztató Beavatkozás-specifikus tájékoztatáson alapuló beleegyező nyilatkozat nyomtatvány Tanácsok/tudnivalók az előző füzetekből Kérdés-válasz, kérdőív bemutatása
4. szakasz 2-3 nappal a műtét előtt			Ápoló adminisztráció?	Műtét megerősítése és szóbeli információ
5. szakasz A műtét napján	Egynapos sebészet	Ápoló Sebész Aneszteziológus		Szóbeli tájékoztató Tanács/tudnivalók a korábbi füzetekből Otthoni segítők füzet
6. szakasz Elbocsátás	Egynapos sebészet	Ápoló Sebész Aneszteziológus		Szóbeli tájékoztatás az elbocsátásról és a lábadozás időszakáról, kérdőív kiosztása Kérdés-válaszok
7. szakasz Nyomon követés: az adott napon, és a következő héten			Sebész Ápoló	Szóbeli tájékoztatás - tanácsadás
8. szakasz Posztoperatív vizsgálat (Meghatározott napon, a beavatkozás típusától függően)	Egynapos sebészet Alapellátást végző orvosi rendelő	Sebész Háziorvos		Szóbeli tájékoztatás - tanácsadás Kitöltött kérdőív begyűjtése

Betegtájékoztatás fázisai

A betegtájékoztatás 3 fázisra osztható: a betegfelvétel előtt, a betegfelvételkor és az elbocsátáskor. Így a tudnivalók egymásra épülnek, ami segít, hogy a beteg megértse és emlékezzen is a fontosabb kérdésekre.

I. fázis – betegfelvétel előtt

Ebben a fázisban a hangsúly azon van, hogy a beteg megismerje a beavatkozást, hogy mire számíthat, és megismerje a szükséges tudnivalókat (posztoperatív gyakorlatok, fájdalomcsillapítás). A műtét előtti beszélgetésnél a beteg az ápolóval közösen választhatja meg, hogy mennyi információra van szüksége. A betegek általában azt is értékelik, ha végigvezetik őket a létesítményben.

II. fázis – a betegfelvételkor

Ebben a fázisban a kulcsszó a „támogatás”. Ilyenkor már a betegnek tisztában kell lennie azzal, hogy mi fog történni. A hangsúlyt ekkor a fontos információk ismétlésére és megerősítésére kell fektetni, ezzel segítve a betegnek, és enyhítve a szorongásán. Az elbocsátás előtt az otthoni segítőknek is jelen kell lennie a beteg tájékoztatásánál.

III. fázis – elbocsátáskor

Az elbocsátást követő két hét a legfontosabb, mivel a beteg ekkor próbál visszatérni a normális életbe. A tájékoztatásnak arról kell szólnia, hogy a betegnek mit kell tennie, hogy a lehető leggyorsabban és legbiztonságosabban vissza tudjon térni a megszokott életéhez. A tájékoztatásnak ki kell térnie a posztoperatív fájdalom menedzselésére és csillapítására, az émelygésre, a hétköznapi sebkezelésre, az alvászavarra, a higiéniaira, a nyújtással és a nagy erőfifejtéssel járó testgyakorlásra, a visszatérésre a munkába, az autóvezetésre, ki kell térnie a nemi életre, és arra, hogy szövődmények esetén hogyan tudja elérni a szükséges embereket.

Az otthoni segítőknek is meg kell ismerniük ezeket az információkat.

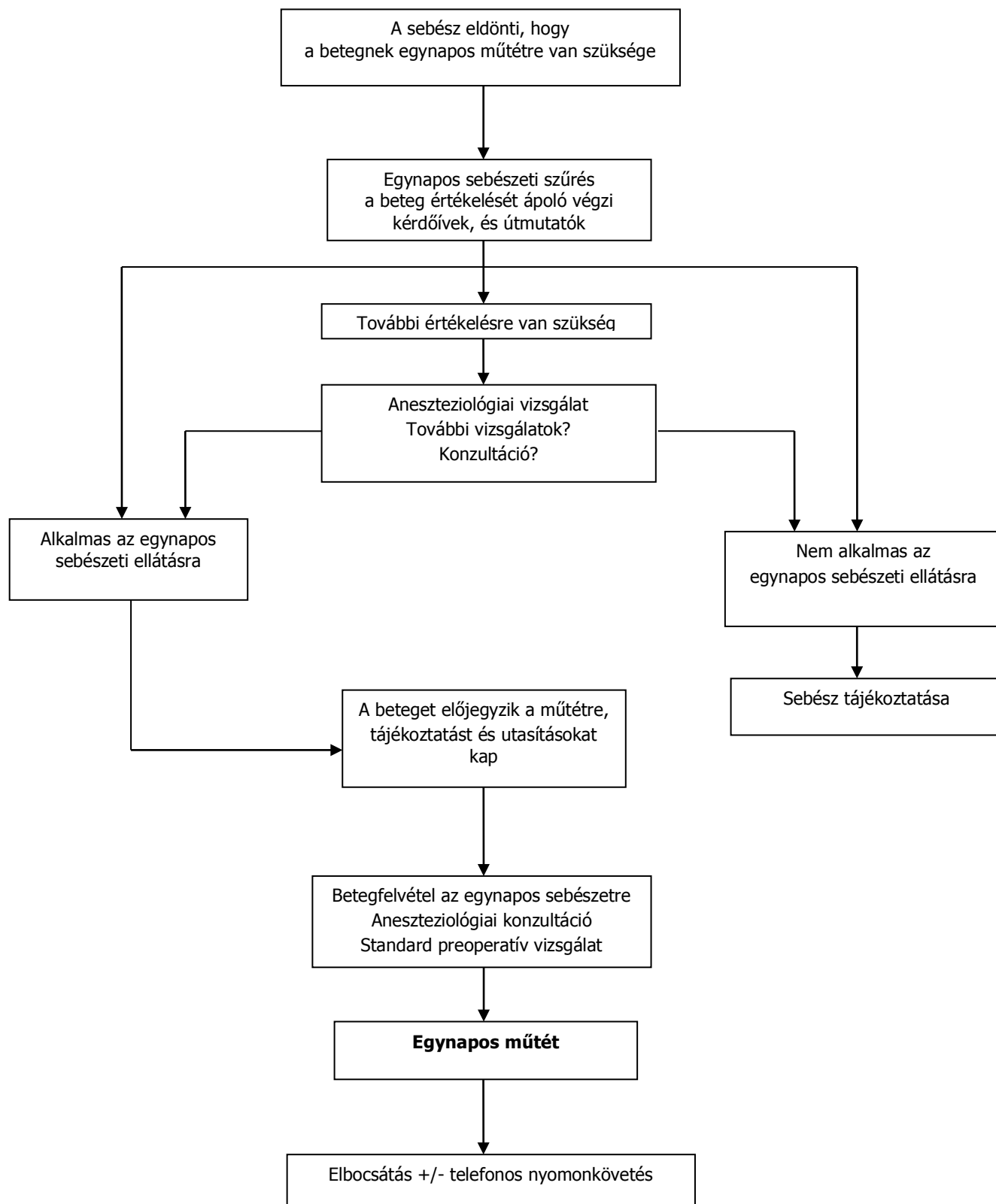
Formalizált keretek

Minden DSU-ban a betegtájékoztatási irányelvek formalizált kereteiben oda kell figyelni, hogy a kórházi személyzet egyes tagjainak milyen feladata van a betegtájékoztatásban, és meg kell szabni azt is, hogy ezt mikor kell elvégezni. Fontos, hogy a beteg a megfelelő mennyiségű tudnivalót a megfelelő időben kapja meg, a megfelelő személytől. Enélkül a beteg egymásnak ellentmondó információkat kaphat, ami összezavarhatja őt, és így kevésbé lesz elégedett az ellátással. A sebészeti dolgozók feladatát az 1. táblázat írja le. A betegtájékoztatás menetrendje a 2. ábrán bemutatott jellemző értékelési folyamat alapján összeállítható.

1. táblázat: Az egynapos sebészet személyzete, és feladatuk a betegtájékoztatásban

<i>Alapellátást végző orvos</i>	<ul style="list-style-type: none">- bemutatja a betegnek az egynapos sebészetet- bevezető tájékoztatás általános témákról, és konkrétan a beavatkozásról
<i>Sebész</i>	<ul style="list-style-type: none">- értékeli a beteg alkalmasságát az egynapos sebészeti ellátásra- tanácsokat ad a betegnek- specifikus tájékoztatást ad a betegségről és a beavatkozásról, és hogy orvosként mit vár el a betegtől- megszerzi a tájékoztatást követő beleegyezést- posztoperatív telefonos nyomon követést is végezhet
<i>Aneszteziológus</i>	<ul style="list-style-type: none">- preoperatív értékelés- tájékoztatja a beteget, hogy mi történik a műtét napján
<i>Ápoló</i>	<ul style="list-style-type: none">- üdvözi és gondját viseli a betegnek az előzetes vizsgálat alatt és a műtét napján- megfelelő kapcsolatot alakít ki a beteggel- tájékoztatja a beteget, és meggyőződik róla, hogy a szükséges információkat meg is értette- meghallgatja a beteget, és válaszol a kérdéseire
<i>Adminisztrációs ügyintéző</i>	<ul style="list-style-type: none">- telefonos kapcsolat, előjegyzés, összeköttetés az egészségügyi személyzettel- hivatkozás a tudnivalókra- adminisztrációs ügyintézés: betegfelvétel és elbocsátás

2. ábra
Jellemző értékelési folyamat



Gyermekek egynapos sebészeti ellátása

A gyermekek tájékoztatása az egynapos sebészeti ellátásról kissé eltér a fentiektől. Sok gyerek számára a kórházi betegfelvétel nagyon ijesztő lehet, és ez mindig enyhíthető, ha a szülők is vele lehetnek, amikor csak lehetséges. A szülők szorongását is enyhíteni kell, mert egy nyugodt, jól tájékozott szülő segíthet abban is, hogy a gyermeke is vidám és nyugodt lehessen. A szülőknek az egynapos sebészeti ellátással kapcsolatos összes információt meg kell kapnia, amiről a betegeket tájékoztatják, de nekik szólóan. Egy bátorság-bizonyítványt lehet kiállítani minden gyereknek az elbocsátáskor.

Amikor az éjszakai koplalásról esik szó, érdemes erre külön is kitérni a szülőkkel: "Étel- és italfogyasztás korlátozása – Fontos, hogy ezeket az utasításokat tartassák be a gyermekükkel. A gyermek műtétje csúszhat, vagy törölhetik is, ha nem tartják be őket."

Útmutatók információs csomagok összeállításához

Bevezetés

Minden írásos információ tartalma és formája döntő fontosságú. A DSU költségvetésének egy részét ennek elkészítésére, és az információs csomagok aktualizálására kell fordítani. A jogi szempontokat is figyelembe kell venni, mivel bizonyos törvények megszabják, hogy miről kell a beteget tájékoztatni [5]. Ezen felül, a legújabb kutatások arra utalnak, hogy összefüggés van a beteg egészségügyi ismeretei és a beavatkozás sikeressége között [6]. Ezért oda kell figyelni, hogy a beteg tájékoztatás összhangban legyen az egynapos sebészeti ellátásra jelentkező beteg kompetenciájával.

Négy különböző információs füzet ajánlott, amelyek tartalmát illetően a következő táblázatokban talál javaslatokat.

1. Egy képekkel illusztrált füzet röviden bemutatja a DSU-t, és annak feladatait. Ezzel megtörtént a létesítmény bemutatása. (2. táblázat).

2. táblázat: Tájékoztató füzet összeállítása – Egynapos sebészet általános információk

<i>Egynapos sebészet</i>	Mi az az egynapos sebészet? Miért jó nekem az egynapos sebészet? Biztonságos? Én is jelentkezhetek egynapos sebészeti beavatkozásra? Mi történik a műtét után? Mire lesz szükségem otthon?
<i>Egynapos sebészeti intézmény</i>	Hol található az osztály? Jellemezze az intézményt, és a szolgáltatásokat Cím, telefonszám és nyitva tartás Jellemezze a szolgáltatások minőségét Betegbeutalás egynapos sebészeti intézménybe térkép az elhelyezkedéséről, megközelítés tömegközlekedéssel és autóval, parkolás, kórház rövid leírása

2. DSU-val kapcsolatos általános információkat, a beavatkozásokat és a tudnivalókat részletesebben bemutató füzet (3. táblázat).

3. táblázat: Tájékoztató füzet összeállítása – Egynapos sebészet: Tudnivalók és beavatkozások

Üdvözljük a DSU-ban Jellemezze az Egynapos sebészeti osztályt Mutassa be a személyzetet, a létesítményt és a szolgáltatásokat Elérhetőség Az egynapos sebészeti ellátás egyes lépéseinek rövid jellemzése. <ol style="list-style-type: none">1. Előzetes konzultáció2. Műtét előtti vizsgálat3. A műtét napja4. Elbocsátás5. Lábadozás <p>A tájékoztatásnak az alábbi kérdésekre is választ kell adnia:</p>

<p>Mire számíton a beteg? Mit várnak a betegtől?</p> <p>Egyéb</p> <p>Mit viseljen Mit hozzon magával, mivel töltheti a várakozási időt</p> <p>Az előzetes tudnivalók és a tennivalók ellenőrző listája</p>
--

3. Egy információs füzet, amely minden egyes sebészeti beavatkozást bemutat, a kapcsolódó tudnivalókkal, valamint a posztoperatív ellátás tennivalóival és az ehhez kapcsolódó tudnivalókkal (4. táblázat).

4. táblázat: Tájékoztató füzet összeállítása: Beavatkozás-specifikus információk

<p>Egészségügyi információk</p> <p>Jellemezze a betegséget – mi ez? miért kell műteni? Jellemezze a sebészeti beavatkozást Írja le a műtét lépéseit</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Műtét előtt, étel- és italfogyasztás, gyógyszerek ... 2. anesztézia 3. szövődmények 4. elbocsátás 5. lábadozás <ul style="list-style-type: none"> • Normális/rendellenes állapot • Fájdalomcsillapítás, és gyógyszerei • Sebkezelés • Otthoni segítő szerepe • Mentális állapot • Személyi higiéné • Visszatérés a hétköznapi életbe (munka, autóvezetés, gépek működtetése, fizikai és szexuális aktivitás) • Étrend 6. Műtét utáni tennivalók és vizsgálatok <p>Tájékoztató utáni beleegyező nyilatkozat Elegendő hely a beteg-specifikus utasításoknak (kézzel írva) Elegendő hely a műtét dátumának és időpontjának beírásához (kézzel írva) Elérhetőségek</p>
--

4. Tájékoztató füzet az otthoni segítőnek és a hozzátartozóknak, bemutatva az intézményt, leírva, hogy mit várnak tőlük, és egyéb általános információk (pl. hol tudnak enni és inni) (5. táblázat).

5. táblázat: Tájékoztató füzet összeállítása: Információk az otthoni segítő számára

<p>Érintendő kulcsfontosságú témák</p> <p>Az otthoni segítő szerepe az egynapos sebészetben Mit várunk el a segítőtől, a műtét előtt, alatt és után Parkolási lehetőségek – térkép és díjak Frissítők beszerzése Az intézményről további adatok, például a boltok A részleg napi rutinja, például a betegfelvétel és elbocsátás szokásos időpontja Kapcsolatfelvétel</p>
<p>Fontos azokat a speciális tudnivalókat is megadni, amikre a segítőnek szüksége lehet valamilyen specifikus kezeléshez</p> <p>Jelezzze, hogy körülbelül mennyi ideig van szükség a beteg ápolására A felírt gyógyszerekkel kapcsolatos tudnivalók</p>

Stílus

A forma és a nyelvezet fontos. Az írott információkat a lehető legkevesebb oldalon kell közölni. A füzet kézbe vehető, és könnyen használható legyen. A nyelvezete legyen egyszerű, egyenes, könnyen olvasható, rövid mondatokkal és egyértelmű kifejezésekkel. Ne használjon szaknyelvet, és kerülje a passzív szerkezeteket. A DSU elhelyezkedésétől függően érdemes lehet különböző idegen nyelvekre is lefordítani, és készletben tartani az információs csomagokat az etnikai kisebbségek számára (érdemes gondolni a vak és süket betegekre is).

Győződjön meg arról is, hogy az információ naprakész és pontos. Fontos jelezni a füzet kiadási dátumát, és verziószámát is. A betegek, segítők és a kórházi személyzet értékelheti a kiadvány aktualitását.

A nyomtatott anyagokhoz általános stílust kell választani és használni. A megjelenés, a formátum és a szín legyen végig konzisztens, néhány illusztrációval, vagy a létesítmény fényképével. A tartalom megfelelő megjelenéséhez használjon legalább 12 pont betűméretű, clear type karaktereket, pl. Times Roman, Trebuchet vagy Garamond. Serif betűtípust, ahol a betűk fő vonalát kis vonalak zárják le, használjon a normális szöveghez, mivel ezt könnyű olvasni. Sans serif betűtípus, ahol nincsenek lezáró vonalak, használható a fejezetek címeihez, és alcímeihez. A szöveg legyen balra zárt, és félkövér betűtípussal lehet hangsúlyozni a fontosabb pontokat. Fontos, hogy a tudnivalókat logikus rendbe szervezzék; fejlécek, listák és összefoglalók alkalmazásával a beteg könnyebben érti meg, és jobban is emlékezik a fontos részekre (6. táblázat).

6. táblázat: Az összeállítandó információs csomag stílusának irányelvei

<i>Nyelvezet</i>	12 évesek olvasási szintje Könnyen olvasható, egyértelmű Rövid mondatok, világos kifejezések, semmi szaknyelv Csak a fontos információkról szóljon Más nyelveken is hozzáférhető Alternatív információ-források a süket és vak betegek számára
<i>Saját stílus</i>	Egy alap design Egy alapszín Kórházi logó és/vagy az intézmény fényképe
<i>Típus, stílus és formátum</i>	Használjon legalább 12 pontos betűméretet, szembetegeknek és gyerekeknek nagyobbat Konzisztens és clear type betűtípust használjon, pl. Times Romant A normális szöveghez használjon serif fontokat, míg a fejezetcímekhez sans serifet Használjon alcímet, listákat s összefoglalókat Balra zárja a szöveget A hangsúlyozandó részeket írja félkövér betűvel, eltérő betűtípussal vagy használjon felsorolásjelet

Az információ megszerkesztésének hasznos módja, ha azt kérdésekre adott válaszként írja le. Weboldalt is érdemes készíteni, hogy könnyebben hozzáférhetővé tudja tenni az információt.

Kérdőív

A betegtájékoztató utolsó lépése a beteg és segítője véleményének kikérdezése. Ehhez készíthet kérdőívet, ahol a vélemény kifejtésére is hagyjon elegendő helyet. Ezzel tudja felmérni az elégedettséget, és az egynapos sebészet minden aspektusáról kaphat értékes információkat. Az egyes területekre fókuszálva is készíthet kérdőívet, pl. a fájdalom vagy a betegtájékoztató (7. táblázat).

7. táblázat: Füzet szerkesztése: Beteg és segítőjének elégedettsége - Kérdőív

Bevezetés
Tudnivalók a kérdőívről Magyarázat annak szükségességéről
Formátum
igen- nem kérdések osztályozás 1-5-ig szabadon kifejezhető vélemény
Kerülje a túl sok, és túl hosszú kérdést
A betegtájékoztatással kapcsolatos fontos kérdések
Kapott szóbeli és írásos tájékoztatást és tanácsokat az egynapos sebészettel kapcsolatban? Melyik információ volt a legfontosabb? A tájékoztató füzetek egyértelműek voltak, elegendő információt tartalmaztak? Mivel tudnánk fejleszteni a betegek tájékoztatását? Mire nincs szükség? Milyen egyéb javaslata van a füzetek fejlesztéséhez?

A betegeket már a lelegején tájékoztatni kell, hogy a véleményüket egy kérdőíven fogják kikérni, és hogy a válaszaikkal segíthetik az egynapos sebészet munkájának fejlődését. A kitöltött kérdőíveket rendszeresen ellenőrizni kell, és az ebből adódó javaslatokat a lehető leghamarabb implementálni kell.

Betegtájékoztató füzetek - Példák

A rengeteg bemutatott anyag útmutatóként szolgálhat a betegtájékoztatók összeállításához. Az interneten is sok anyag, és útmutató elérhető a vezető DSU-któl az írott tájékoztatók elkészítéséhez (5. függelék). Az információs protokollok kialakításánál nem szabad elfelejteni, hogy minden egynapos sebészeti részleg különböző. Az ebben a részben bemutatott anyagok adaptálhatóak az egyes DSU-k igényeinek megfelelően. Az anyagok véglegesítése előtt érdemes azokat a betegeken tesztelni. Az anyagokat rendszeresen felül kell vizsgálni, és módosítani a betegek javaslata, és panasa alapján, valamint a DSU irányelveinek, és az alkalmazott beavatkozások változása alapján.

1. melléklet: *Egynapos sebészet: általános tájékoztató.*
2. melléklet: *Egynapos sebészet: tájékoztató a betegek segítői számára.*
3. melléklet: *Egynapos sebészet: Lágysérv-műtéti tájékoztató*
4. melléklet: *Egynapos sebészet: Kérdőív*
5. melléklet: *Linkgyűjtemény: Egynapos sebészeti betegtájékoztatók és az írott anyagok elkészítése*

Szakirodalom

1. Penn S, Davenport HT, Carrington S et al. Principles of Day Surgery Nursing, Blackwell Science, Oxford, 1996.
2. Gilmartin J. Day surgery: patients' perceptions of a nurse-led preadmission clinic. J Clin Nurs 2004; 13: 243-250.
3. Mitchell MJ. Patient's perceptions of day surgery: a literature review. Ambul Surg 1999; 7: 65-73.
4. Mitchell MJ. Psychological preparation for patients undergoing day surgery. Ambul Surg 2000; 8: 19-29.
5. Mitchell MJ. Constructing information booklets for day case patients. Ambul Surg 2001; 9: 37-45.
6. Berkman ND, Sheridan SL, Donahue KE, et al. Low Health Literacy and Health Outcomes: An Updated Systematic Review. Ann Int Med 2011; 155:97-107.

1. melléklet Egynapos sebészeti betegek általános tájékoztató füzet

Kedves Betegünk!

Köszönjük, hogy gyógykezeléséhez a mi Egynapos központunkat választotta. Kérjük, hogy gondosan olvasson el mindent, amit ebben a füzetben elírtunk. Nagyon fontos, hogy kövesse az utasításainkat. Ha ezt nem teszi meg, akkor lehet, hogy le kell mondanunk a műtétjét, vagy kezelését.

Az intézményünket speciálisan olyan betegek ellátására alakítottuk ki, akiknek sebészeti gyógykezelésre van szükségük, de nem kell éjszakára a kórházban maradniuk. Azonban az esetleges sebészeti, vagy egyéb szövődmény esetén az ápolását is tudjuk biztosítani, amíg az otthonába vissza nem térhet. Ez a füzet olyan tudnivalókat tartalmaz, amelyek kényelmessé és biztonságossá tehetik az Ön itteni tartózkodását, és felkészítik Önt a látogatására. Kérjük, szánjon elegendő időt a füzet végigolvasására, mivel fontos információkat tartalmaz:

- Arról, hogyan készüljön fel a műtétre/kezelésre
- Arról, mire számíthat az intézményünkben
- Arról, hogy milyen teendői lesznek, ha hazatér
- Arról, hogy milyen tanácsaink vannak az otthoni segítője számára

Az Egynapos Sebészeti intézményünkben külön Információs pult található, ha további kérdései lennének, vagy segítségre lenne szüksége. Megtalálható a osztály mellett.

Tel:.....

Fax:.....

E-mail:.....

Központunk megközelítése

Központunk könnyen megközelíthető tömegközlekedéssel. Autóbuszsal, vonattal, vagy taxival gyorsabban idejuthat, mint autóval, különösen a reggeli órákban. Központunk amegállótól közelíthető meg. Címe:

.....

Ha autóval jönne, kérjük, ne feledje, hogy a reggeli csúcsforgalom miatt késésre kell számítani. Arról se feledkezzen el, hogy a kórház közelében csak korlátozott számban vannak parkolóhelyek, így nem tudjuk garantálni, hogy talál helyet az autójának. Emellett parkolási díjat is kell fizetnie. Parkolóhelyet telefonon is foglalhat, de ha ez nem megoldható, kérjük, hozzon elegendő aprópénzt magával. Külön parkolóhelyek álnak rendelkezésre a rokkantak számára a szokásos parkolási díj fejében.

Mielőtt felkeresné Egynapos Sebészeti Központunkat

Már felkeresett egy sebészt, vagy egyéb szakembert egy járóbeteg-intézményben, és úgy döntöttek, hogy Önnek szüksége van az egynapos ellátás keretein belül végzett beavatkozásra vagy műtétre. Kérjük, hozza magával a sebész által készített beutalót. Recepciókon fogadják majd Önt, és az előzetes értékelésre közösen megbeszélnek majd egy időpontot.

A járóbeteg ellátást végző sebészeti és aneszteziológiai klinikán talán már ki kellett töltenie egy nyomtatványt az Ön egészségi állapotáról, és az egyéb betegségeiről, valamint alá kellett írnia egy beleegyező nyilatkozatot is. Kérjük, hogy ezeket feltétlenül hozza magával!

Az előzetes értékelés célja az, hogy megállapítsák, Ön megfelelő egészségi állapotban van, hogy egynapos ellátásban kezelhessük. Ha az előzetes értékelést elvégezték, és Önt alkalmasnak találták a beavatkozásra, akkor telefonon, vagy e-mailben tájékoztatjuk annak időpontjáról. Megkapja az ügyintézőnk nevét és telefonszámát is, akivel megbeszélheti az előzetes vizsgálat időpontját, és a kezelés/műtét lehetséges dátumát.

Az összes szükséges papírt ekkor adjuk át Önnek. Fontos, hogy minden utasítást betartsa. Ha a megbeszéltek időpontban nem keres fel minket, vagy nem telefonál előre, akkor törölhetjük Önt a várakozási listáról. Kérjük, előre rendezze el, ha kisgyermekait kívánja otthon hagyni. Általános anesztézia után 24 órán át nem lehet Önt egyedül hagyni a gyermekeivel.

Az egynapos sebészeti intézmény csak a műtétre váró gyermekek elhelyezésére készült fel.

Ha általános anesztéziában végzik a műtétét, akkor szüksége lesz egy felelős felnőttre, aki hazaviszi Önt, és Önnel marad legalább 24 órán keresztül. Ha taxival kíván hazamenni, akkor egy felelős felnőttnek kell Önnel utaznia.

Még ha lokális anesztéziában végzik a kezelését, ajánlott, hogy valaki hazakísérje önt. Nem vezethet, ha a mozgását korlátozza a műtét.

Ha a műtét előtt rosszul érzi magát (például: megfázott vagy influenzás), telefonon kérje ki a véleményünket, mielőtt felkeresne minket.

Kérjük, hogy a műtét előtt 2 napig ne dohányozzon.

Kérjük, adja meg egy rokona vagy barátja elérhetőségét.

Fürödjön meg, vagy zuhanyozzon, mielőtt felkeresne minket.

Kérjük, hogy a sminket és körömfestéket távolítsa el magáról.

Kérjük, hogy ne hozza magával értékeit, ékszereit, nagyobb pénzüsszeget, hitelkártyát, vagy mobiltelefont. Ha ez nem megoldható, kérje meg rokonát/barátját, hogy vigyázzon rájuk.

Kérjük, hogy hozzon magával:

- Minden olyan gyógyszert, vagy inhalálót, ami a kezeléséhez szükséges
- valamit, ami segít az idő eltöltésében (könyv, újság, stb.)
- Szemüveget/kontaktlencsét, és tartót
- Műfogsor-tartót
- A kényelme érdekében hozhat magával papucsot, és köntöst. Hozhat magával törülközőt, és pipercikket, mivel zuhanyzó is áll az Ön rendelkezésére.

Kopplás a beavatkozás előtt:

Ha reggel lesz a műtétje, akkor az előző nap éjféltől semmit ne egyen, vagy igyon, még egy rágógumit se. Az egyetlen kivétel az ivóvíz. Víz a műtét napján reggel 5:30-ig fogyaszthat.

Ha délután lesz a műtétje, akkor fogyasszon el egy könnyű reggelit (tea és pirítós) 7:30 előtt. Víz a délelőtt 10:30-ig fogyaszthat.

Ha Ön cukorbeteg, vagy egyéb okból fél a koplalástól, kérjük, hogy telefonon kérjen tanácsot tőlünk.

Az Egynapos Sebészeti Központunkba érkeve:

- Kérjük, hogy jelentkezzen be a recepción. Be kell mutatnia a papírjait (személyi igazolvány, TB-kártya, beutaló, korábbi zárójelentések) az ápolónak, aki azonosítja Önt, és segít Önnek az ápolási nyomtatványok kitöltésében.
- Megkapja a kórházi azonosító karkötőjét, a nevével és adataival.
- Elkísérik a kórterembe, ahol elfoglalhatja az ágyát.
- Ekkor kezdődik az Ön műtéti felkészítése.
- Kérjük, hogy vegye be a szükséges gyógyszereit, hacsak az aneszteziológus mást nem mondott az előzetes vizsgálatnál.
- Kérjük, ne feledje, hogy egy Egynapos Sebészeti Központban van, és nem egy járóbeteg-ellátó klinikán. A műtéti listát csak a betegfelvétel napján hagyják jóvá, így várnia kell egy keveset, amíg sorra kerül. A beavatkozás napján is időt kell hagynia a beavatkozásra, és a lábadozásra. Így arra számíthat, hogy a nap legnagyobb részét az Intézményünkben fogja tölteni.
- Ha már bejelentkezett a recepción, akkor a rokonai, barátai, vagy kísérlője nem maradhat Önnel. A kezelőhelyiségekben csak korlátozott hely áll rendelkezésünkre. A kísérlője csak akkor maradhat Önnel, ha aktívan részt kell vennie az Ön ellátásában, például ha Ön tanulási zavarban szenved, vagy rokkant. A rokonokat, barátokat, vagy kísérlőket szívesen látjuk a várakozásra kijelölt helyiségekben.
- A 18 év alatti, kezelésre váró gyermekek kivételt jelentenek. Egy szülő, vagy gyám végig a gyermekkel maradhat, annak kezelése során. Testvéreket nem szabad az intézménybe hozni.
- A kezelését, és lábadozását követően Önt hazabocsátják. Kérje meg a kísérlőjét, hogy lépjen kapcsolatba az egynapos Sebészeti Központtal, hogy megtudja, mikor kell Önért jönnie. A délelőtti időpont esetén 11:30 után, míg a délutáni időpont esetén 15:30 után kell telefonálnia. Esetenként az ápolók is felhívhatják a kísérlőjét, ha Ön már az említett időpontok előtt hazamehet.

Mikor lesz a kezelésem?

Lehet, hogy 4 órát kell várnia a kezelésre. Időre van szükségünk, hogy felkészítsük Önt a beavatkozásra.

Hatékonyan próbáljuk működtetni az intézményünket. Az ápolók előkészítik Önt a műtétre, és válaszolnak az esetleges kérdéseire. Az aneszteziológus és a sebész általában felkeresi önt a műtét előtt, és elmagyarázza, hogy milyen anesztéziára lesz szüksége. A sebésze és aneszteziológusa ezután megvizsgálja Önt, és elmagyarázzák a tervezett műtétet/beavatkozást. **Ha egy meghatározott testrészén végzik a műtétet, akkor a kórházi**

személyzet nyíllal jelöli ezt meg. Minden beteg fontos a számunkra, és a munkatársaink mindig szánnak elegendő időt Önre. Bármikor nyugodtan tegye fel nekik a kérdéseit, és mondja el azt is, ha valami zavarja Önt. Az ápolók kétszer is ellenőrzik a személyes adatait, mielőtt a műtőbe kísérik. Ezt a műtétek megkezdésekor végzik el. Kérjük, hozzon magával valamit, amivel elfoglalhatja magát a várakozás közben.

Közvetlenül a műtétet követően

A műtét után, ha általános anesztéziában részesült, a betegőrzőbe viszik, ahol bármilyen fájdalmát, vagy egyéb tünetét megfelelően kezelik.

Itt rendszeresen ellenőrzik a pulzusát, és vérnyomását, és valaki figyel Önre. Az elején kicsit álmosnak érzi majd magát. Lehet, hogy émelyegni is fog, ez a beavatkozástól függ, és enyhe fájdalmat is érezhet a műtét helyén. A torka kissé kiszáradhat, és lehet, hogy enyhe torokfájást is tapasztal (mivel az altatása közben egy csövet helyeznek a torkába, az segíti a légzésben).

Ha felébred, és tiszta a tudata, visszaviszik a kórterembe, ahol nyugodtan tud pihenni, és fogyaszthat egy kis frissítőt is, mielőtt hazaindulna. Ez a lábadozási szak egyénről-egyre változik, így egy-hat óra között bármeddig eltarthat. Az ápolók majd megmondják, hogy mikor mehet nyugodtan haza. Ha helyi érzéstelenítést kapott, akkor a műtét után egyenesen a kórterembe viszik. Kap valami frissítőt (egy italt, és néhány kekszet), mielőtt hazaindulna. Kérjük, vegye figyelembe, hogy a lábadozáshoz szükséges idő egyénenként, és a beavatkozástól függően is változik. Az ápolók majd megmondják, mikor mehet nyugodtan haza.

Az anesztetikumok még órákig a szervezetében maradnak, és ez alatt lassabb a reakcióideje, így nagyobb eséllyel éri valamilyen baleset. Kérjük, ne vezessen, mert hirtelen helyzetekre lassabban reagálhat. Néhány napig ne dolgozzon, és legyen otthon segítségére.

Közvetlenül az elbocsátás után

Ha általános anesztéziában részesült, a sebész és az aneszteziológus a nap során felkeresheti Önt, hogy elmondják, hogyan zajlott a beavatkozás, és tanácsokat adhatnak a következő napokra. Kaphat valamilyen fájdalomcsillapító gyógyszert otthonra, vagy más gyógyszert is, a műtéttől függően. Egy felelős felnőttnek kell hazakísérnie autóval, vagy taxival – tömegközlekedés nem használható. Kérjük, hogy az előzetes vizsgálaton kapott utógondozási füzetben nézze át az otthoni ápolásról szóló részt, és azt, hogy mire számíthat az otthon töltött napok során. Ha már nincs meg ez a füzet, akkor kérjen egyet az ápolószemélyzet egyik tagjától. A műtéti jegyzőkönyv/zárójelentés egy másolatát megküldik a házi orvosának. Ön is megkapja a zárójelentés egy másolatát. Ha Önnek, vagy valamelyik hozzátartozójának valamilyen kérdése lenne a távozása előtt, kérjük, beszéljenek az ápolószemélyzet egy tagjával. Minden szükséges gyógyszert felírunk Önnek, amire az otthoni gyógyulása alatt szüksége lehet. A gyógyszereket az elvégzett beavatkozástól függően írják fel (pl. fájdalomcsillapító, antibiotikum, stb.).

Otthon

Fáradtnak érezheti magát; csak annyit csináljon, mire képesnek érzi magát.

- Ne működtessen gépeket, és ne vezessen autót az általános anesztézia után 48 óráig.
- Ha lokális anesztéziát kapott, akkor az ápolók elmondják, hogy mikor tud biztonságosan autót vezetni, vagy gépeket működtetni.
- Fogyasszon sok folyadékot, s valamilyen könnyű ételt, de legalább 24 órán keresztül ne igyon alkoholt.
- Ha lokális anesztéziát kapott, az ápolók elmondják, hogy mikor fogyaszthat alkoholt.
- Kérjük, hogy tartsa be az ápolók, és az orvosok külön tanácsait a felírt gyógyszereket illetően – ez a fájdalomcsillapítókra is vonatkozik.
- Próbáljon segítséget szerezni a fürdéshez, vagy zuhanyozáshoz, mivel kissé szédülhet, ha kiszáll a kádból, vagy bizonytalanul állhat a lábán a zuhanyzóban.
- Ne hozzon fontos döntéseket, és ne írjon alá szerződéseket az általános anesztéziát követő 24 órán belül.

Utasítások a segítőknek

Kérjük, győződjön meg arról, hogy a segítője megértette a feladatát:

- Hazaviszi Önt taxival, vagy autóval (nem tömegközlekedéssel)
- 24 órán át Önnel marad az Ön, vagy a saját otthonában
- Segít Önnek a házimunka ellátásában, mint a főzés, takarítás
- Rendszeresen folyadékkal kínálja (nem alkohollal)

- Segít Önnek a fürdésben/mosakodásban, és az öltözködésben
- Meggyőződik róla, hogy rendszeresen beveszi a fájdalomcsillapítót, ahogy azt a recept vagy az ápoló mondta
- A szükséges tennivalókat elintézi Ön helyett
- Tudatában van a műtét utáni gyakori szövődményeknek, mint a vérzés, váladékozás, a fertőzésre utaló jelek, és tudja, hogy mit kell tennie,

24 – 48 óra múlva sokkal jobban érzi majd magát, és kevesebb segítségre és támogatásra lesz szüksége. A segítőjének már nem kell Önnel maradnia éjszakára, de nap közben segíthet még, például a vásárlásban, főzésben, takarításban, és hajmosásban.

Kérdések és problémák

Ha a műtét/beavatkozás után bármilyen problémája van, amit szeretne megbeszélni velünk, kérjük, hívja az Egynapos Sebészeti Központot:

Tel:.....

Ügyeletes ápoló:

Tel:.....

Az Ön sebésze:

Tel:.....

2. melléklet Információs füzet az otthoni segítőknek

Kedves Gondozó!

Egy Önnek fontos személy sebészeti beavatkozáson fog átesni a Multidiszciplináris Egynapos Sebészeti Központban. Az egynapos sebészetnek nagyon sok előnye van a beteg számára. A beavatkozás után néhány órával a beteg hazatérhet, és az ismerős környezetben lábadozhat. Egyetlen éjszakát sem kell a kórházban töltenie.

Mint az otthoni segítője, néhány nap szabadságra lesz szüksége, hogy gondoskodhasson a betegünkről. A szükséges idő a beavatkozás típusától függ.

Ápolóink és sebészeink mindig az Ön rendelkezésére állnak, ha a szükség úgy kíváná.

Dr. U. Feelbetter

Igazgató, Multidiszciplináris Egynapos Sebészeti Központ

Általános figyelmeztetések:

- Beteglátogatás: Minden betegnek 2 látogatója lehet egyszerre, családtagok, vagy barátok. A látogatóknak 14 évnél idősebbnek kell lenniük. Kérjük, hogy a kisebb gyermekekkel a várószobába menjenek. A legjobb, ha a kisgyermeket nem is hozzák be az intézménybe. A látogatók a műtétet megelőzően, és a lábadozás során lehetnek a beteggel, ha már a kórterembe visszavitték. A legtöbb beteg a műtét után 4 órával hazamehet
- A várószobában étel-, és ital automaták állnak az Ön rendelkezésére. A kórház bejárata mellett egy kávézó is található.
- A kórház területén belül tilos a dohányzás.
- Mobiltelefon használata a várószobában, és a kórházon kívül engedélyezett.
- A műtét utáni specifikus ápolással kapcsolatos utasításokat az orvostól kapják meg a hazamenetel előtt.
- A műtét napján, és másnap a Központ sebészetének egy munkatársa fogja Önöket felhívni, hogy a beteg állapotáról érdeklődjön. Azonban szükség esetén bármikor hívhatja a posztoperatív telefonos központunkat (lásd lent).

Felkészülés egynapos sebészeti beavatkozásra – Ellenőrző lista

Beteg:

q Érkezzen időben

q A beavatkozás napján éjfél után **semmit** ne egyen, vagy igyon

q A beavatkozás napján reggel a gyógyszereit pár korty vízzel vegye be

q Viseljen kényelmes, laza öltözéket

q A műtét előtti napokban ne fogyasszon alkoholt, és ne dohányozzon

q Az egynapos sebészetre az előzetes vizsgálat leleteivel, a Tb-kártyájával és a személyi igazolványával jöjjön

q Szervezze meg, hogy valaki autóval hozza-vigye a kórházba, és legyen, aki Önnel marad otthon a műtét utáni 24 órában

q Tájékoztassa a Központot, ha a műtétet megelőző héten bármilyen betegségben (pl. nátha) megbetegedne

Mielőtt bejönne a Központunkba a műtét napján:

q Fürödjön meg, vagy zuhanyozzon

q A sminket és körömlakkot törölje le magáról, ne viseljen ékszereket

Mit hozzon magával:

q Valami olvasnivalót a várakozásra

q Tartót a kontaktlencsének/műfogsornak

Mit NE hozzon:

q Értékeket, mint ékszert, vagy túl sok pénzt

Műtét után:

q Ellenőrizze, hogy az összes szükséges utasítást, és gyógyszert megkapta, ha nem, akkor kérje azt a sebésztől, vagy valamelyik munkatársától

- q A gyógyszerek szedésében, a javasolt étrendben, és pihenésben tartsa be az utasításokat
- q Ne hagyja, hogy a beteg autót vezessen
- q Ne hagyja, hogy a beteg alkoholt fogyasszon
- q Ne hagyja, hogy a beteg gépet működtessen
- q Ne hagyja, hogy a beteg üzleti tevékenységet végezzen, vagy fontos dokumentumot írjon alá
- q Győződjön meg róla, hogy a beteg magával viszi az összes korábbi röntgenfelvételt, és leletét

Multidiszciplináris Egynapos Sebészeti Központ

Hol található a Központ?

Az Egynapos Sebészet a

.....

..... található.

A földszinten a főbejáraton át, a központi folyosó végén jobbra találhatóak a:

- Vizsgálók (5,6,7,8,9-es szobák)
- Titkárság (2-es szoba)
- Orvosi rendelő (3-as szoba)
- Pihenőhelyiség (11-es szoba)

Fizető parkolási lehetőséget az Egyetemi Kórház melletti parkolóban talál.

A vasútállomástól a24-es, vagy 19-es busszal jöjjön a Kórházig (a buszmegálló a főbejárat mellett van), gyalog menjen el a közlekedési lámpáig, majd balra menjen tovább. A kórház kb. 100 m-re lesz, a bal oldalon.

Hazaérve

Posztoperatív Telefonos Szolgálat

Telefonon hívható orvos

049 8311323

"Van egy problémám..."

Létrehoztuk ezt a telefonos szolgáltatást a szervezeti kérdések megoldására, hogy az Egészségügyi Szolgálat meg tudjon felelni a betegek igényeinek. Bármilyen probléma esetén kérjük, hívja:

Mrs. C.White (Főnővér)

049 8773455

Hétfő - péntek 9 – 12 óráig

Ha az egészségügyi munkatársainkkal szeretne beszélni, kérjük, hívja:

Mrs. Smith (Titkárságvezető)

049 8311324

Hétfő - péntek 9 – 11, és 14 – 18 óráig

Egynapos Sebészeti Részleg

Egyetemi Kórház

(Cím).....

A Központ nyitvatartási ideje:

Hétfő - péntek

7:30 – 13, és 14 - 19:30 óráig

Tel. 049 8632399

3. melléklet Beavatkozás-specifikus tájékoztató füzet

Lágyéksérv-műtét Egyetemi Kórház Egynapos Sebészet

Kedves Betegünk!

Üdvözljük Önt az Egynapos Sebészetünkön.

A műtétje sikere érdekében szeretnénk megkérni Önt, hogy gondosan tartsa be az orvosaink utasításait. Szeretnénk arra is megkérni, hogy olvassa végig az átadott anyagokat, és tegye fel az esetleges kérdéseit. Ahogy azt már az orvosa is elmagyarázta, a lágyéksérv-műtét egynapos sebészeti ellátásban is elvégezhető. Reggel kell bejönnie a Központunkba, és a műtétje kb. 1 órán át fog tartani. Délután már haza is tud menni, ha befejeződtek a műtét utáni vizsgálatok.

Dott. U. Feelbetter

Igazgató, Multidiszciplináris Egynapos Sebészeti Központ

Mi az a lágyéksérv?

Sérv alakul ki, ha a hasizom belső rétegei meggyengülnek. A hasfalból kis zsákot képez, amibe belekerül a belek és a hasi zsírszövet egy része.

Az emberek egy részénél a sérv szinte semmilyen tünetet sem okoz, míg másoknál duzzanat alakul ki, és egyes esetekben erős fájdalom is. Egy sérv okozhat más, akár súlyos problémákat is (pl. fertőzés, bélelzáródás). Csak műtéttel lehet gyógykezeltetni, maguktól nem gyógyulnak meg.

Mi történik a műtét közben?

A sérvműtét kb. egy óráig tart. Általában helyi, vagy epidurális érzéstelenítésben végzik, ez utóbbit spinális anesztéziának is nevezik, amelynek hatására a test sérv körüli része zsibbad el. A sérv felett egy bemetszést ejtenek. Az elődomborodó szöveteket visszahelyezik a hasüregbe, és eltávolítják a kialakult zsákot. A sebész úgy javítja ki a lyukat, vagy gyenge részt a hasfalban, hogy a környező erősebb izmot varr a hibás rész fölé. Olykor a hasfalat egy darab szintetikus anyaggal, az ún. hálóval kell megerősíteni, amit az emberi szervezet általában jól tolerál.

Vannak szövődmények?

A lágyéksérv-műtétnél csak ritkán fordul elő szövődmény. Ami előfordulhat:

- Duzzanat és érzékenység a bemetszés helyén
- Fejfájás és émelygés az anesztézia után
- Posztoperatív fertőzés a bemetszés helyén, antibiotikummal kezelhető
- Érzéskiesés a bemetszés körül
- Allergiás reakció az anesztéziára

Bár valószínűtlen, de az esetek kb. 5%-ában a sérv kiújul, akár sok évvel a műtét után is.

Mi történik a műtét után?

A műtét után önt visszaviszik a szobájába lábadozni. Normális esetben délután haza is mehet, miután az orvosa megbizonyosodott róla, hogy képes állni, és menni. A sebész posztoperatív utasításokat ad majd, amiket otthon be kell tartania, és tanácsot ad a súlyos dolgok emelésével, a kocogással, és a fárasztó testgyakorlatokkal kapcsolatban is. Általában a műtét utáni első néhány órában nehezen tud menni, a lépcsómászás akár napokig is problémát okozhat. A fürdés is odafigyelést igényel, mivel a sebet nem érheti víz. Az első egy-két héten a nemi élet is kényelmetlen ahhoz, hogy élvezni tudja. Néhány nap múlva autót is tud majd vezetni. A foglalkozásától függően egy-hat hetes lábadozásra számíthat.

A műtét napján

- Érkezzen időben, és éjfél-től koplaljon
- Pár korty vízzel vegye be a szokásos gyógyszereit, és a felírt antibiotikumot
- Tájékoztassa az orvosát, ha a családjában előfordult thrombophlebitis
- Az utasítás szerint borotválja le a lágyékát
- Hozza magával a preoperatív leleteit, a TV-kártyáját és a személyi igazolványát is az egynapos sebészetre
- Szervezze meg, hogy legyen, aki autóval hozza és viszi a kórházba, és aki a műtét utáni első 24 órában Önnel marad

Otthon

- Pihenjen sokat. Fogyasszon sok folyadékot, könnyű ételeket, és kerülje az alkoholt.
- Enyhe fájdalmat érezhet az ágyékában. Az orvos utasításai szerint vegye be a fájdalomcsillapítót.
- A seb körül kialakulhat duzzanat és érzékenység is, ez nem rendellenes
- A varratokat kb. 1 hét után szedik ki. Ha erősödik a fájdalom, lüktetést, vagy bármilyen egyéb elváltozást tapasztal a seb körül, hívja fel a Központot.
- Hőemelkedés is előfordulhat. Ha azonban a láza meghaladja a 38°C-t, hívja fel a Központot.
- Posztoperatív ellenőrzés, és varratszedés 1 hét után esedékes. A rendszeres kontrollvizsgálatok 3 hét, 6 hónap, valamint 1, 2 és 3 év után esedékesek.
- Ha bármilyen problémája van, vagy bármi miatt aggódik, hívja azonnal az orvosát, vagy a telefonos szolgálatot.

Posztoperatív Telefonos Szolgálat

Telefonon hívható orvos

049 8313361

Dátum-émlékeztető

Aneszteziológiai vizsgálat

Műtét:

Dátum: _____ időpont: _____ Dátum: _____ időpont: _____

Gyógyszerek:

Egyéb utasítások:

Ha segítségre van szüksége, kérjük, hívja:

Mrs C. White, Főnővér

049 8773455

Hétfő - péntek 9 – 12 óráig

Ha az egészségügyi munkatársainkkal szeretne beszélni, kérjük, hívja:

Mrs. P. Wilson

049 8311324

Hétfő - péntek 9 – 11-ig, és 14 – 18 óráig

A Központ nyitvatartási ideje:

Hétfő - péntek

7:30 – 13 és 14 - 19:30 óráig

Tel. 049 8632399

4. melléklet EGYNAPOS SEBÉSZET Kérdőív

Kedves Hölgem/Uram!

Kérjük, hogy szánjon rá időt, és válaszoljon a füzetünk kérdéseire. Számunkra fontos, hogy tudjuk, Ön betegként vagy segítőként mit gondol a mi Egynapos Kórházunkról.

Az Ön észrevételei segíteni fognak, hogy jobbat tegyünk a szolgáltatásainkat, hogy pozitív élménnyel távozhassanak betegeink az egynapos kórházból, és mindenekfelett, hogy a betegek igényeihez igazítsuk. Véleményét és észrevételeit bizalmasan kezeljük.

Előre is köszönjük szíves részvételét,

Dott. U. Feelbetter

Igazgató, Egynapos Sebészeti Részleg

1. Életkor:

18 éves, vagy fiatalabb

19-30 éves

31-50 éves

51-60 éves

61-70 éves

min. 71 éves

4. Foglalkozás

alkalmazott

tanuló

nyugdíjas

egyéb

munkanélküli

főállású anya

2. Nem

férfi

nő

3. Iskolázottság

Alsó középiskola

Gimnáziumi érettségi, vagy azzal egyenértékű végzettség

Főiskola vagy egyetem

5. Ki ajánlotta Önnek az Egynapos Sebészeti Központot?

Egy barátom

A házi orvosom

Egy szakorvos

Más

Kérjük, részletezze _____

6. Most van először Egynapos Sebészeti Központban?

Igen

Nem, másodszor

Nem, ez a harmadik alkalom, vagy annál

többször voltam.

7. Hogyan beszélte meg az első találkozót?

Telefonon

Személyesen a Központban

8. Volt valamilyen problémája a telefonos ügyintézésrel?

Nem

Igen, többször is vissza kellett hívnom

Egyéb _____

9. Ha személyesen jött el, hogyan értékelné az útmutató tábláinkat? (a kerek táblákat)

Nagyon zavaró

1

2

3

4

Teljesen egyértelmű

5

10. Mennyit várt az első megbeszélésre?

Kevesebb, mint 2 hetet

2 hetet - 1 hónapot

1 - 2 hónapot

több mint 2 hónapot

11. Hogyan értékelné a várakozási időt? (karikázza be a megfelelőt)

túl hosszú

1

2

épp megfelelő

3

4

túl rövid

5

12. Megfelelően tájékoztatták a lehetséges várakozási időről az első látogatásakor?

q Igen q Nem

13. Az egynapos sebészetről, a műtéti előkészületről, az utasításokról és a beavatkozásokról szóló tájékoztatást egyértelműnek és megfelelőnek találta? (karikázza be a megfelelőt)

Zavaros teljesen egyértelmű
1 2 3 4 5

Nem megfelelő megfelelő
1 2 3 4 5

14. Hogyan értékelné a kapott írásos információkat? (karikázza be a megfelelőt)

Használhatatlan nagyon hasznos
1 2 3 4 5

14a. Ha a tájékoztatást nem találta megfelelőnek, milyen információval kellene kiegészíteni, vagy mit kellene megváltoztatni, hogy hasznosabb legyen?

14b. Ha túl sok volt az információ, mit lehetne törölni?

15. Melyik tájékoztatás volt a leghasznosabb?

q Szóbeli q írásos q mindkettő

16. Hogyan lehetne még a brosúrákon javítani, hogy jobban megfeleljenek a betegek igényeinek?

17. Hogyan értékelné azt, ahogy az Egynapos Sebészeti Központban fogadták a műtét napján?

hűvös nagyon szívélyes
1 2 3 4 5

18. Hogyan értékelné a várószoba kényelmét?

Kényelmetlen kényelmes
1 2 3 4 5

18a. Miért volt kényelmetlen/kényelmes?

19. Ha műtéten esett át, ki volt a legmegnyugtatóbb a műtét előtt?

- q A sebész
- q Az ápolók
- q Az aneszteziológus
- q Senki
- q Valaki más _____

20. Hogyan értékelné a posztoperatív időszakról, és a kontrollvizsgálatokról kapott tájékoztatást?

érthetetlen könnyen érthető
1 2 3 4 5

21. Amikor hazaengedték műtét után, segítőkész volt a személyzet?

Egyáltalán nem nagyon segítőkész
1 2 3 4 5

22. Mi tetszett Önnek az Egynapos Sebészeti Központban? (jelölje be a megfelelő válaszokat)

- Szervezés
- Orvosi ellátás
- Betegápolás
- Felszereltség
- Adminisztráció
- Környezet kényelme és tisztasága

23. Mi nem tetszett Önnek az Egynapos Sebészeti Központban? (jelölje be a megfelelő válaszokat)

- Szervezés
- Orvosi ellátás
- Betegápolás
- Felszereltség
- Adminisztráció
- Környezet kényelme és tisztasága

24. Összességében hogyan értékelné az Egynapos Sebészeti Központot?

Negatívan										Pozitívan
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

26. Milyen javaslatai vannak a szolgáltatásaink minőségének javítása érdekében?

5. melléklet Az Egynapos Sebészet betegtájékoztatásával és az írásos anyagok összeállításával kapcsolatos példák

Az Egynapos Sebészet betegtájékoztatásával kapcsolatos példák

King's College Hospital, London Egyesült Királyság

<http://www.kch.nhs.uk/patientsvisitors/patients/day-surgery-patients>

TriHealth, Cincinnati OH, USA

<http://www.trihealth.com/institutes-and-services/trihealth-surgical-institute/patient-information/outpatient-surgery/>

WOMEN AND NEWBORN HEALTH SERVICE, King Edward Memorial Hospital, Western Ausztrália

<http://www.kemh.health.wa.gov.au/brochures/consumers/wnhs0474.pdf>

North Bristol NHS Trust, Egyesült Királyság

<http://www.nbt.nhs.uk/our-services/a-z-services/day-surgery-unit/day-surgery-unit-patient-information-leaflets>

Brigham and Women's Hospital, Boston MA, USA

http://www.brighamandwomens.org/patients_visitors/yourvisit/daysurg.aspx

Útmutatók írásos anyagok összeállításához

Centers for Medicare & Medicaid Services. U.S. Department of health and Human Services. 2012. Toolkit for Making Written Material Clear and Effective - Centers for Medicare & Medicaid Services». CMS.gov.

<http://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Outreach/WrittenMaterialsToolkit/index.html?redirect=/WrittenMaterialsToolkit/>.

C. függelék: BELEEGYZŐ NYILATKOZAT

Dr. Ian Jackson, IAAS elnök, kapcsolat: ian.jackson@york.nhs.uk

Érdeemes átnézni a beleegyező nyilatkozatot, különösen az egynapos sebészetben, ahol jelentős idő is eltelhet a beleegyező nyilatkozat aláírása, és a műtét elvégzése között. Felmerült az elgondolás, hogy az egészségügyi szakemberek ismerete és tudása a nyilatkozatról legalábbis nem teljes, és erre utal az is, hogy autonómia és partnerség fogalma csak a szavak szintjén létezik, és az ápolók és klinikusok maguk is büntető, és polgári pereknek lehetnek kitéve.

Morális szempontból a beleegyező nyilatkozatnak két alapvető eleme van-

- tájékoztatás és
- beleegyezés a kezelésbe;

az elsőhöz kommunikációs képességekre van szükség, míg a másodikhoz szövegértésre.

A beleegyezés 3 alapkritériuma

- **képesség-** az egyén azon képessége, hogy megérti a javasolt kezelést
- **az információ közzététele** –
 - az egyénnek általában véve meg kell értenie a javasolt kezelés természetét, és hogy miért javasolták azt
 - a lehetséges mellékhatások feltárása, vagy fel nem tárása – az egyénnek meg kell értenie a kezelés elmaradásának elsődleges előnyeit, veszélyeit és következményeit
- **önkéntesség** – a beleegyezésnek önkéntes alapon kell történnie; ez nem garantálható, ha az egyén szedált állapotban van

Jó tudni, hogy a beleegyezés történhet szóban, írásban, vagy hallgatólagosan, ezek mindegyike érvényes jogilag, de csak abban az esetben, ha ez a 3 komponens jelen van.

Hasznos úgy tekinteni a nyilatkozatra, hogy az sokkal több, mint a beteg rábeszélése, hogy írjon alá egy nyomtatványt, inkább a beteg és ápolója vagy orvosa kapcsolatának hangsúlyozása- az angol orvosi kamara (General Medical Council – GMC) "partnerségként" írja ezt le.

A beleegyező nyilatkozat tehát nemcsak egy kutatásban való részvételbe, vagy kezelésbe való beleegyezés, hanem bármilyen kapcsolatba, az egészségügyi dolgozó, és a beteg között. A nyilatkozatnak ez az értelmezése bizonyos felelősséget ró az ápolókra és az orvosokra, és a folyamatnak ezért:

1. tisztelnie kell az egyén autonómiáját
2. védenie kell a beteget
3. kerülnie kell a hazugságot, az erőszakot, és a szorongást
4. elő kell segítenie a racionális döntés meghozatalát

Egy beavatkozással kapcsolatos beleegyező nyilatkozat csak az adott beavatkozásra vonatkozik, és az adott betegre. Az írásos beleegyező nyilatkozat csak annak jelzése, hogy az aláírás időpontjában az egyén beleegyezését adta; ez nem garantálja, hogy az egyén még mindig ugyanígy érez. Ugyanígy, amikor a beteg megjelenik az egynapos sebészetben, nem lehet feltételezni, hogy ezzel valóban beleegyezését adta. Ideális esetben a sebésznek még egyszer ellenőriznie kell, és még egyszer el kell magyaráznia a beavatkozás természetét, az előnyeivel és korlátaival együtt, amikor a műtét előtt felkeresi a beteget. Az információknak elegendőnek kell lennie ahhoz, hogy a beteg tájékozottan hozhassa meg a döntését; a múltban sok klinikus úgy gondolta, hogy ők tudják, mi a jó a betegnek, és hogy a túl sok információ nem tesz jót nekik. Ma már egyértelmű, hogy téves ez a feltételezés. Sok országban a törvény nem írja elő, hogy minden lehetséges mellékhatásról tájékoztatni kell a beteget – azonban a más országokban előforduló esetekből egyre nyilvánvalóbb, hogy a beteg tájékoztatásának elmulasztása a potenciális mellékhatásokról, vagy kockázatokról, az orvos elleni sikeres pereket eredményezhet.

Az Egyesült Királyságban a GMC útmutatása szerint az egészségügyi személyzetnek

1. *Egyértelmű, pontos információt kell adniuk a javasolt vizsgálat, vagy kezelés kockázatairól, oly módon, hogy a beteg azt meg tudja érteni, segítve őket, hogy a tájékoztatás alapján tudjanak dönteni. A kockázatokról szóló tájékoztatás részletességét az adott beteg alapján kell megszabni, és annak alapján,*

hogy mit akarnak, vagy mit kellene tudniuk. A beteggel történő megbeszélésének az egyén helyzetére kell fókuszálnia, és a rájuk váró veszélyekre.

2. *Ahhoz, hogy hatékonyan tudja tájékoztatni a beteget a kockázatokról, fel kell sorolni azokat a nemkívánatos kimeneteket, amelyek a javasolt opcióból következnek. Ezek közé tartoznak annak következményei is, ha semmit nem csinálnak. A kockázatoknak számos formája lehet, de általában:
 - a. mellékhatások
 - b. szövődmények
 - c. a beavatkozás nem éri el a kívánt célját.*
3. *El kell mondania a betegnek, ha egy vizsgálat, vagy kezelés súlyos nemkívánatos kimenetellel végződhet, még abban az esetben is, ha annak esélye nagyon csekély. A kevésbé súlyos mellékhatásokról, vagy szövődményekről is beszélnie kell a betegével, ha azok gyakran előfordulnak, és el kell magyaráznia, hogy mit kell tennie a betegnek, ha ezeket tapasztalja.*

A beavatkozás-specifikus tájékoztató füzetek segíthetnek a beleegyezés folyamatában azoknál a betegeknél, akik előnyben részesítik az ilyen anyagokat. Azonban az orvos nem feltételezheti, hogy a beteg elolvasta ezeket. A beteg tájékoztatása során is fel lehet ezeket használni. A korábban elkészített beleegyező nyilatkozatok, amelyek információt tartalmaznak a kockázatokról, szintén hasznosak lehetnek a beleegyezési folyamatban.

A beteg nem akar tudni a kockázatokról, és mellékhatásokról

Ha a beteg visszautasítja, hogy tájékoztassák a kockázatokról és mellékhatásokról, fontos

- Megtudni, hogy miért
- Megmagyarázni neki, a lehetséges mellékhatások nem ismeretének következményeit

Ha még mindig visszautasítja, akkor fontos megmagyarázni neki, hogy bármikor meggondolhatja magát, és kérhet felvilágosítást, majd részletesen dokumentálni kell a megbeszélést, és azt lehetőleg mind a betegnek, mind Önnek alá kell írnia.

További olvasnivaló

Az angol GMC weboldalán még rengeteg hasznos információ található a nyilatkozatról

http://www.gmc-uk.org/guidance/ethical_guidance/consent_guidance_index.asp.

Ugyanígy, az Amerikai Sebészeti Kollégium (American College of Surgeons) is hasznos információkkal szolgál

http://www.facs.org/public_info/operation/consent.html.

D. függelék: Egynapos sebészeti beavatkozások

Mr Gamal Eldin Mohammed, az IAAS megválasztott elnöke. E-mail: gamal13@gmail.com

Az egynapos sebészeti beavatkozások listája nem teljes, de jól megmutatja az olvasónak, hogy mire képes az egynapos sebészet. Hasznos útmutatót állított össze a Brit Egynapos Sebészeti Társaság (British Association of Day Surgery) – A BADS katalógusa a beavatkozásokról (The BADS Directory of Procedures.- <http://www.daysurgeryuk.net/en/shop/publications/>) A listán több mint 190 féle beavatkozás szerepel 10 szakterületről, és az ideális körülmények között egynapos esetként, rövid kórházi tartózkodással elérhető arányokat is közli.

FÜL-ORR-GÉGÉSZET

Torok:

A garat- és orrmandulák műtétje – különösen gyermekeknél – az egyik leggyakrabban végzett beavatkozás az egynapos sebészetben. Egyes országokban a felnőttteknél fekvőbeteg-ellátásban végzik a tonsillectomiát, mivel vérzés alakulhat ki, de érdemes megjegyezni, hogy sok ország már évek óta problémamentesen végzi ezt a beavatkozást egynapos sebészeti betegeken. Mivel komoly eltérések vannak a betegek egynapos sebészeti ellátásra való alkalmasságának megítélésében, és a szociális körülményekben is, ez hatással lehet arra is, hogy helyileg hogyan döntenek ebben a kérdésben.

Fülműtétek:

A transzmeatális úton végzett műtéteket, mint a grommet tubus behelyezése vagy a miringoplastika, általában az egynapos sebészet kereteiben végzik el. Még a korábban posztoperatív ágynyugalomhoz kötött beavatkozások, mint a csecsnnyúlvány műtétei is elvégezhetőek az egynapos sebészet kereteiben, de ez is a helyi körülményektől függ.

Orr:

Szinte az orron végzett összes beavatkozás (endoszkópos orrmelléküreg-műtét, vagy az orr rekonstrukció) elvégezhető ambulánsan.

ÁLTALÁNOS SEBÉSZET

A műtéti technikával kapcsolatos fontos, általános javaslatok:

- a szövetek felesleges nyúlásának elkerülése;
- a szövetek felesleges feszülésének elkerülése;
- minimálisan invazív beavatkozások;
- minimális ischaemia;
- tökéletes vérzéscsillapítás;
- a felesleges szöveti manipuláció elkerülés;

Sérvműtét:

Az ágyéki sérvek gyógykezelése felnőttekben a kórházi tartózkodással, varratokkal történő sebzárással, és általános vagy spinális anesztéziával járó klasszikus módszer (Bassini-műtét, és módosításai) helyett a modern megközelítés felé mozdul el, amelyre az egynapos sebészeti ellátás, a lokális anesztézia szedációjában, és a nyitott hálóbeültetési technika (Lichtenstein-műtét) a jellemző.

Proktológiai műtétek:

A végbél műtéteinek körülbelül 90%-át egynapos sebészeti ellátásban végzik el: laterális sphincterotomia interna végbél-repedés vagy sipoly kezelésére. Egy-két aranyér kimetszése, a HAL-műtét a ligatúra felhelyezése az aranyeres csomóra, és a Lono-műtét az aranyér kimetszéséhez III-IV. fokú aranyereknél,

Periproktális tályog kimetszése

Proktológiai beavatkozások fekvőbeteg-ellátásban (fájdalomcsillapítás és sebkezelés):

magas fisztulák, IV-fokú aranyerek sebészeti kimetszése (Eisenhammer-műtét)
Figyelem: az anális csatorna feltöltését el kell kerülni, mert vizeletretenciót okozhat.

laparoszópos cholecystectomy (LC)

Indikáció: tüneteket okozó epekövek

Kontraindikáció:

akut cholecystitis

choledocholithiasis (gyanú, vagy igazolt)

nagyobb sebészeti beavatkozás szükségessége (konverzió gyanúja)

ASA III (kivéve az említett eseteket)

ASA IV

A beteg a műtét napján hazabocsátható, ha a megszabott elbocsátási kritériumoknak megfelel. A beavatkozást célszerű olyan központokban végezni, ahol 23 órás ellátás is megoldható, hogy elkerülhető legyen a beteg kórházi újrafelvétele.

Pajzsmirigy-műtét:

Carcinoma-gyanús göbök miatti féloldali thyreoidectomiát el lehet végezni egynapos sebészeti ellátásban. Hematóma-kialakulása az egyetlen életveszélyes szövődmény, ezért legalább 6 órás posztoperatív lábadozásra van szükség.

MELLMŰTÉTEK:

Jóindulatú elváltozások: ciszta, fibroadenoma eltávolítása, tapintható/nem tapintható elváltozásokból biopsziás mintavétel, tejcsatorna eltávolítása, gynecomastia korrekciója

Rosszindulatú elváltozások: az emlőrák-műtéteket egyre gyakrabban végzik egynapos sebészeti ellátásban, mivel az őrszem nyirokcsomó biopsziáját végzik el az axillaris nyirokcsomó eltávolítása helyett primer emlőrák esetében

NŐGYÓGYÁSZAT

Egynapos sebészetben alkalmazható gyakori nőgyógyászati beavatkozások:

Diagnosztikai hiszteroszkópia, operatív hiszteroszkópia a méh üregébe bedomborodó elváltozások (fibroidok) esetében, endometrium abláció hiszteroszkópiával, és rezektoszkópos méh fibroid embolizáció angiográfiával, női sterilizáció, diagnosztikus laparotómia, Hidrolaparoszkópia.

Operatív laparoszkópia:

Kontraindikációk:

extrém nagy méh

adnexum elváltozása (petefészek-ciszták) és malignitás gyanúja

Indikáció:

méhen kívüli terhesség, kisméretű és jóindulatú petefészek-ciszták eltávolítása, hysterectómia és prolapsus-műtét

SZEMMŰTÉTEK

Szürkehályog-műtét: a leggyakrabban végzett egynapos sebészeti beavatkozás. Általában helyi vagy regionális anesztéziában végzik el.

szemészeti plasztikai műtétek, kancsalság műtét, glaukóma, dacryocystorhinostomia, refraktív sebészet

ORÁLIS ÉS MAXILLOFACIÁLIS SEBÉSZET

Az orális és maxillofaciális sebészeti beavatkozások majdnem 90%-át helyi érzéstelenítésben végzik, egynapos sebészeti ellátásban:

szuvas fogak kihúzása gyermekeknél, impactált fogak eltávolítása, impactált caninusok sebészeti feltárása

Általános anesztézia a következő egynapos sebészeti beavatkozásoknál alkalmazható:

nagy dentigerous, folliculáris ciszták, vagy keratociszták enukleációja, retenciós nyálcsiszták marsupializációja a szájfenéken, szublingvális nyálmirigy kimetszése

premoláris és moláris fogak autotranszplantációja, fogbeültetés

ORTOPÉD SEBÉSZET

Térd

térd artroszkópia (diagnosztikus)

kisebb elváltozások artroszkópiás kezelése

(meniscus sérülés, leszakadt porcdarabok

eltávolítása, kisebb porcsérülések artroszkópos debridementje

oszteoszintézis anyagainak artroszkópos eltávolítása

elülső keresztszalag artroszkópos rekonstrukciója

Váll

artroszkópia és vizsgálat általános anesztéziában

artroszkópos acromion plasztika mini-open eljárással

kulcsont oldalsó részének eltávolítása

artroszkópos vállízületi stabilizálás (ie. Bankart-rekonstrukció)

Könyök

artroszkópia és vizsgálat általános anesztéziában

kisebb sérülések artroszkópos kezelése

extensor ín felszabadítása teniszkönyök kezelésénél

ulnaris ideg áthelyezése

csavarok és lemezek, és/vagy cerclage eltávolítása

Csukló/kéz (az egynapos sebészeti esetek 95%-át lokális anesztéziában végzik el)

kisebb sérülések artroszkópos kezelése (ie.

leszakadt porcdarabok, synovium biopszia)

karpális alagút felszabadítása

I. CMC ízület artroplasztikája osteoarthritisnél

ujjízület műtétje reumatoid arthritisben

Dupuytren kontraktúra műtétje

Láb:

hallux valgus műtétje
kalapácsujj deformitás reszekciós artroplastikája
vagy artrodézis

Boka

kisebb sérülések artroszkópos kezelése (ie.
leszakadt porc darabok, synovium biopszia)

szalag rekonstrukció (laterális vagy syndesmosis)
oszteosintézis anyagainak eltávolítása

Gerinc

oszteosintézis anyagainak eltávolítása
microdiscectomia a porckorong sérv gyógykezelésére

Csípő

oszteosintézis anyagainak eltávolítása

GYERMEKSEBÉSZET

Gyermekeket csak akkor vegyenek fel a kórházba, ha a szükséges ellátásuk nem oldható meg ugyanolyan szinten otthon, vagy egynapos sebészeti ellátásban. Az egynapos sebészetben az orvosi, ápolási, pszichológiai és ellátási standardoknak a kórházi betegekével egy szinten kell lenniük.

Gyakori gyermeksebészeti beavatkozások:

lágycső és vízcső, köldökcső, orchidopexia, circumcisió, bőrelváltozások
dermoid ciszták.

PLASZTIKAI SEBÉSZET

Csukló/Kéz sebészete:

az ortopédiai beavatkozásokat plasztikai sebész is elvégzi

Kozmetikai sebészet:

blepharoplastika, mellnagyobbítás, arcplasztika, hasplasztika zsírleszívással, vagy anélkül (a dréneket másnap reggel lehet eltávolítani), rekonstrukciós műtétek (Z-plasztika, V-Y plasztika)

UROLÓGIA

Általános urológiai beavatkozások:

Vasectomia, hydrocelectomia, varicocelectomia, vasectomia visszaállítása, circumcisió

Minimál invazív beavatkozások

hólyagdaganatok transzuretrális reszekciója, ureteroszkópos beavatkozás uréterkövek miatt

ESWL-kezelés vesekő miatt.

ÉRSEBÉSZET

A leggyakoribb beavatkozás a visszértágulat műtétje (hagyományos műtét, rádiófrekvenciás endovénás obliteráció, lézer)

Minimál invazív beavatkozás

subfascialis endoszkópos diaszekció (SEPS) az elégtelen perforáns vénák kimetszésére

mellkasi sympathectomia (hiperhidrózis vagy Raynaud-kór kezelésére)

endovasculáris beavatkozások, mint az artéria carotis stentelése

E. függelék: A fájdalom és a PONV megelőzésének stratégiái az egynapos sebészeti beteg ellátásának optimalizálása érdekében.

Dr Jan Jakobsson. Docens, Anesztézia és Intenzív ellátás, Élettani és Gyógyszertani Intézet, Karolinska Institutet, Stockholm. Svédország. Email: Jan.Jakobsson@ki.se

A fájdalom menedzselése

A preventív, balanszírozott, multimodális opioid-spóroló fájdalom-menedzsment váltta az „arany standarddát” a posztoperatív fájdalom perioperatív menedzselése érdekében. A stratégia célja az opioid fájdalomcsillapító iránti igény, és ezzel a szedáció opioidokhoz köthető mellékhatásainak (émelygés/hányás, légzésdepresszió) csökkentése. Ezek a tünetek mind hozzájárulhatnak ahhoz, hogy csak késve lehet a beteget biztonságosan elbocsátani.

A különböző hatásmechanizmusú, egymás analgetikus hatását kiegészítő gyógyszerek kombinálását minimális mellékhatás mellett már majdnem két évtizede alkalmazzák. A helyi anesztézia kombinálása paracetamollal, NSAID-ekkel és az opioid legalacsonyabb hatékony adagjával elterjedt klinikai gyakorlat.

Az ultrahang vezérelt idegblokád technika egyre népszerűbb a fiatal aneszteziológusok között, és ma már a műtétekhez kapcsolódóan különböző major és perifériás blokád technikákat alkalmaznak, mind az intra-, mind a posztoperatív fájdalom menedzselésére. A műtéti terület infiltrációja egyszerű, és biztonságos alternatíva. Megfelelő bizonyítékok vannak arra, hogy az első bemetszés előtti lokális fájdalomcsillapítás még általános anesztéziában is csökkenti az intraoperatív analgetikum iránti igényt, és elősegíti a posztoperatív fájdalom menedzselését. Hosszú hatású helyi érzéstelenítők pl. bupivakain, vagy a chirocaine javasolt, a hatástartam megnyújtása érdekében.

Ha a műtéti terület infiltrációját alkalmazzák, kombinálva az első bemetszés előtti, és a seb zárásakor megismételt infiltrációt, így megfelelő intra-, és posztoperatív analgéziát lehet biztosítani.

A paracetamol egy biztonságos analgetikum, így érdemes a fájdalomcsillapítás alap gyógyszereként használni. Paracetamol-naív betegeknél a kezdő dózis 30 mg/kg-ra növelhető. Egészséges felnőtteknél a szájon át, az anesztézia előtt 60-90 perccel beadott 2 gramm a műtét alatt terápiás plazmaszintet biztosít.

A posztoperatív fájdalom menedzselésében 1 gramm paracetamol naponta négyszer adva biztonságos alap gyógyszer.

A nem szteroid analgetikumok, az NSAID-ek analgetikus hatása jól ismert, és a helyük a multimodális/balanszírozott analgéziában jól dokumentált. Az orális adagolás olcsó, biztonságos és hatékony. Orális paracetamollal kombinálva a megszokott adagban a műtét előtt 60 – 90 perccel beadva preventív analgéziát biztosítanak.

Ibuprofen 800 mg naponta háromszor hatékonyan egészíti ki a paracetamol hatását.

A coxibok is hatékony alternatívát jelenthetnek. A coxibok kifejlesztésének az volt a célja, hogy csökkentsék a gyomor- és bélrendszeri vérzés kockázatát, és a vérlemezke-funkcióra gyakorolt hatásuk is csökkent. A coxiboknál minimális a gyógyszer-okozta vérzés veszélye is. A preoperatíván szájon át adott 400 mg, majd utána napi 2*200 mg Celecoxib, vagy a 120 mg feltöltő dózisú Etoricoxib, amiből utána naponta egyszer 90 mg-ot az Ibuprofen két különböző alternatívája.

A rizikófaktorokat, mint az ismert NSAID/acetilszalicilsav érzékenység, a GI-vérzés korábbi előfordulása, vagy a kardiovaszkuláris betegség, természetesen mind figyelembe kell venni. Ésszerűnek tűnik a coxib kombinálása protonpumpa-gátlóval, a GI-vérzés kockázatának minimalizálása érdekében. A naproxenről igazolták, hogy a kardiovaszkuláris/thromboembóliás veszély tekintetében a legkisebb a kockázata. Általános szabály, hogy ezeket a gyógyszereket csak a rövid posztoperatív időszakra írjuk fel, ami nem jelenthet komoly veszélyt.

Az egyszeri 4 mg-os intravénás dexametazon alkalmazása egyre jobban terjed a PONV prevenciójának részeként, és egyre több bizonyíték van a kiegészítő analgetikus hatásával kapcsolatban is, ha az adagot 0,1 mg/kg-ra emelik. A szteroidot korán kell beadni, de akkor a legjobb, amikor a beteget már elaltatták – ha ébren lévő betegnek adják be, komoly perineális diszkomfort érzést okozhat.

Az egyszeri preoperatív iv. dexametazon kockázata alacsony, és a legújabb irányelvek azt mutatják, hogy a kontrollált diabeteses betegeknek is lehet szteroidot adni, de a rövid távú vércukor-szint emelkedést megfelelően kell kezelni.

Opioidok esetében sürgősségi gyógyszernek is rendelkezésre kell állnia. Az oxikodon népszerű egyes országokban, de a sürgősségi opioid megválasztását a helyi tradíciókra kell alapozni. A legalacsonyabb hatékony dózissra javaslatot kell tenni.

A posztoperatív émelygés és hányás megelőzése

Az összes fenti módszer hozzájárul a posztoperatív émelygés és hányás (PONV) megelőzéséhez. Ha a leírt technikákat alkalmazza, akkor a PONV előfordulásának aránya alacsony. Azonban azok, akiknél kialakul a PONV, ezt a szolgáltatással kapcsolatos negatív élményként élik meg, ami késlelteti a kórházból történő elbocsátásukat is. A standard gyakorlat részévé vált a PONV kockázatának értékelése, és a kockázattal arányos prophylaxis/prevenció. Létezik egy ingyenes online PONV Kockázat-kalkulátor az egynapos sebészeti esetekhez, a Brit Egynapos Sebészeti Társaság készítette, elérhető: <http://www.daysurgeryuk.net/en/resources/ponv-calculator/>

Van egy ingyenes bemutató is az eszköz kifejlesztésének hátteréről <http://videos.bads.101test1.co.uk/SWF/PONV/PONV.html>

A profilaktikus hányáscsillapítók rutinszerű alkalmazását minden praxisnak mérlegelnie kell – mások, mint a fenti prezentációban bemutatott is, csak akkor használja, ha nagy a PONV kockázata.

1. táblázat Az ajánlott posztoperatív analgetikumok

	Műtét napja	1. nap műtét után	2. nap műtét után	3. nap műtét után	4. nap műtét után	5. nap műtét után	6. nap műtét után
Paracetamol 1g.	feltöltő adag 2 g 1 g x 3	1 g x 4	1 g x 4	1 g x 4	1 g x 4	1 g x 4	1 g x 4
Etoricoxib	120 mg x 1	90 mg x 1	90 mg x 1	90 mg x 1	sürgősségi	sürgősségi	
Oxikodon SR	10 mg x 2	10 mg x 2	10 mg x 2				

Szakirodalom:

1. Apfel CC, Korttila K, Abdalla M et al (2004) A factorial trial of six interventions for the prevention of postoperative nausea and vomiting. *N Engl J Med* 350:2441–2451.
2. Apfel CC, Philip BK, Cakmakaya OS, Shilling A, Shi YY, Leslie JB, Allard M, Turan A, Windle P, Odom-Forren J, Hooper VD, Radke OC, Ruiz J, Kovac A. Who is at risk for postdischarge nausea and vomiting after ambulatory surgery? *Anesthesiology*. 2012 Sep;117(3):475-86.
3. Warren-Stomberg M, Brattwall M, Jakobsson JG. Non-opioid analgesics for pain management following ambulatory surgery, a review. *Minerva Anesthesiol*. 2013 Mar 19. [Epub ahead of print]
4. Jakobsson J. Preoperative single-dose intravenous dexamethasone during ambulatory surgery: update around the benefit versus risk. *Curr Opin Anaesthesiol*. 2010 Dec;23(6):682-6.
5. De Oliveira GS Jr, Castro-Alves LJ, Ahmad S, Kendall MC, McCarthy RJ. Dexamethasone to prevent postoperative nausea and vomiting: an updated meta-analysis of randomized controlled trials. *Anesth Analg*. 2013 Jan;116(1):58-74.
6. Franck M, Radtke FM, Baumeyer A, Kranke P, Wernecke KD, Spies CD. Adherence to treatment guidelines for postoperative nausea and vomiting. How well does knowledge transfer result in improved clinical care?. *Anaesthesist*. 2010 Jun;59(6):524-8.
7. Voigt M, Fröhlich CW, Waschke KF, Lenz C, Göbel U, Kerger H. Prophylaxis of postoperative nausea and vomiting in elective breast surgery. *J Clin Anesth*. 2011 Sep;23(6):461-8.

F. függelék – Minőség / Klinikai indikátorok

Dr. Paulo Lemos, a DSDP partnerek közreműködésével

Bevezetés

Egyre szélesebb körben ismerik el, hogy a minőség értékelése és véleményezése fontos építőkö, hogy rendszerint lehessen javítani az egészségügyi szolgáltatásokon és a betegek állapotváltozásain.

Az egészségügyi szolgáltatóktól gyakran kérnek különféle adatokat a tevékenységeikről. A klinikai indikátorok értékes információt nyújtanak az egészségügyi szolgáltatások teljesítményének értékeléséhez. A teljesítmény menedzselése a megnövekedett verseny miatt vált központi kérdéssé, valamint a minőség és a biztonság fejlesztésének aktualitása, és a teljesítménnyel kapcsolatos adatok iránti növekvő igény miatt.

Az Egészségügyi Standardok Ausztrál Tanácsa (Australian Council on Healthcare Standards - ACHS) által 1989 óta elvégzett munkát kivéve a klinikai indikátorok még nem rutinszerűen alkalmazott eszközei a minőségi teljesítmény értékelésének világszerte. Az egynapos sebészet népszerűsége egyre nő a hozzá kapcsolódó klinikai, gazdasági és szociális előnyök miatt. A perioperatív és a közvetlen posztoperatív időszakban a mellékhatások vagy szövődmények alacsony aránya csak újabb ok az egynapos sebészet gyors növekedésére.

Ettől függetlenül az ilyen sebészetek munkáját folyamatosan monitorizálni kell, hogy garantálni lehessen a folyamatosan magas szintű szolgáltatást. A klinikai indikátorokat, és különösen a betegek állapotváltozásának mérőszámait ezért implementálni kell, hogy biztonságos, hatékony és hatásos környezetet lehessen biztosítani az egynapos sebészetben.

Az egynapos sebészetben a minőségbiztosítás általánosan elfogadott klinikai indikátorainak megtalálása az egyik legfontosabb célja a Nemzetközi Egynapos Sebészeti Társaságnak (IAAS), és ennek megvalósulása az egyik legfontosabb lépés. hogy biztosítani lehessen az egynapos sebészetnél ajánlott magas szintű ellátási standardokat.

Nemrégiben az IAAS kifejlesztett egy európai projektet Egynapos Sebészeti Adat Projekt (Day Surgery Data Project - DSDP) néven az Európai Bizottság finanszírozásában az indikátor-készlet meghatározására és validálására, és az információs rendszer fejlesztésére az európai egynapos sebészetekben. A projekt célja az egynapos sebészetek adatainak és egészségindikátorának elemzése, mind a nemzetközi szervezet, mind a tagállamok szintjén.

Klinikai indikátorok

A klinikai indikátorok olyan szabványok, kritériumok, standardok és más direkt kvalitatív vagy kvantitatív mérőszámok, melyeket az egészségügyi ellátás minőségének meghatározásában alkalmaznak. Megpróbálják leírni az ellátás hatását a beteg és a populáció egészségi állapotára. Fontos, hogy egyszerűen lehessen meghatározni és leírni ezeket, érvényesek és megbízhatóak legyenek, a mért indikátor gyakran előforduljon, és a minőség egy fontos aspektusát tükrözze.

A minőségi kérdések teljes áttekintése érdekében a DSDP a teljesítmény különböző dimenzióit határozta meg az egynapos sebészet esetében, mint a ráfordítás, betegkarakterisztika, igénybevétel, folyamat, teljesítmény, kimenetel, biztonság, elégedettség / fogékonyság és költség / produktivitás. Az egynapos sebészet szolgáltatásait egység-szinten értékelni kívánó említett indikátorokat kétféle osztották: alapvető (1. táblázat) és ideális indikátorokra (2. táblázat).

Ezek az indikátorok az IAAS által az Ambuláns sebészetek / Egynapos sebészetek, Rendelőre alapozott sebészetek és Rövidített ellátású sebészetek számára javasolt definíciókon alapulnak, valamint az ellátási kosár listáján, amit figyelembe kell venni, ha nemzetközi szinten számolnak be (3. táblázat).

1. táblázat: Egynapos sebészet alapvető indikátorai az egynapos sebészet szintjén

Igénybevétel	Átlagos várakozási idő az ellátási kosár összességére, és a kosárban szereplő egyes beavatkozásokra nézve
Folyamat	A betegek százalékos aránya, akik az egynapos sebészeti beavatkozás előtt aneszteziológiai konzultáción vettek részt
Teljesítmény	Az egynapos sebészeti ellátásban elvégzett elektív műtétek száma (és százalékos aránya, a nem önálló intézményeknél) az ellátási kosár összességére, és a kosárban szereplő egyes beavatkozásokra nézve
Kimenetel	Halálozási arány 30 napon belül azoknál a betegeknél, akik az ellátási kosárban szereplő beavatkozáson estek át az előre nem tervezett éjszakai kórházi felvétel százalékos aránya előre nem tervezett, 7 napon belül újbóli kórházi vagy sürgősségi betegfelvétel százalékos aránya
Biztonság	az egynapos sebészetre felvett betegek százalékos aránya, akiknél rossz helyen, rossz oldalon, rossz betegen, rossz beavatkozás végeztek el, vagy rossz implantátumot használtak

	műtéti sebfertőzés százalékos aránya
Betegek elégedettsége és fogékonysága	az összességében elégedett betegek százalékos aránya
Költség és produktivitás	a törölt sebészeti beavatkozások százalékos aránya, amikor a beteg nem értesítette az intézményt ("nem érkezett meg" vagy "nem jelent meg") a törölt előjegyzések százalékos aránya, miután a beteg megérkezett a DSU-ba

2. táblázat: Egynapos sebészet ideális indikátor-készlete az egynapos sebészet szintjén

Ráfordítás	Az egynapos sebészeti ágyak / összes sebészeti ágy (nem önálló intézményeknél) száma, és százalékos aránya
Igénybevétel	Átlagos várakozási idő az ellátási kosárban szereplő egyes beavatkozásokra nézve
Folyamat	A betegek százalékos aránya, akik standardizált preoperatív vizsgálaton és teszteken vettek részt A betegek százalékos aránya, akik az egynapos sebészeti beavatkozás előtt aneszteziológiai konzultáción vettek részt
Teljesítmény	Beavatkozások száma éves szinten az ellátási kosár összességére, és a kosárban szereplő egyes beavatkozásokra nézve Az egynapos sebészeti ellátásban elvégzett elektív műtétek százalékos aránya az ellátási kosárban szereplő egyes beavatkozásokra és az ellátási kosár összességére nézve (nem önálló intézményeknél)
Kimenetel	Halálozási arány 30 napon belül azoknál a betegeknél, akik az ellátási kosárban szereplő elektív beavatkozáson estek át az előre nem tervezett éjszakai kórházi felvétel százalékos aránya, ok szerint: sebészeti anesztéziai / egészségügyi szociális / adminisztratív a műtőbe előre nem tervezetten visszatérők százalékos aránya 24 órán belül előre nem tervezett, újbóli kórházi vagy sürgősségi betegfelvétel százalékos aránya: 24 órán belül 7 napon belül
Biztonság	Sebészeti és aneszteziológiai nemkívánatos ambuláns események százalékosan: ellátást igénylő posztoperatív vérzés 2-24 órán belül előre nem tervezett transzfúzió keringés- és légzésleállítás nem kontrollált émelygés 2-24 órán belül nem kontrollált fájdalom 2-24 órán belül a DSU-ba felvett betegek százalékos aránya, akiknél rossz helyen, rossz oldalon, rossz betegen, rossz beavatkozás végeztek el, vagy rossz implantátumot használtak a DSU-ba felvett betegek százalékos aránya, akik a DSU-n belül összeestek műtéti sebfertőzés százalékos aránya posztoperatív szepszis százalékos aránya gyógyszer-adagolási hibák százalékos aránya
Betegek elégedettsége és fogékonysága	elbocsátások százalékos aránya, ahol a beteg írásos panasszal élt, az alábbi okok miatt: klinikai személyzet stílusa szervezési
Költség és produktivitás	a törölt sebészeti beavatkozások százalékos aránya, amikor a beteg nem értesítette az intézményt ("nem érkezett meg" vagy "nem jelent meg") a törölt előjegyzések százalékos aránya, miután a beteg megérkezett a DSU-ba: korábban meglévő betegség szervezési okok a műtő működési idejének százalékos aránya a tervezett működési időhöz képest, heti szinten a késve elkezdett beavatkozások százalékos aránya, ahol a késés > 30 perc a sebészeti beavatkozás előjegyzett ideje és a tényleges kezdés között Átlagos műtéti idő a kosárban szereplő egyes sebészeti beavatkozások szerint

3. táblázat: A DSDP által, az OECD Sebészeti beavatkozása alapján összeállított lista az ellátási kosárban szereplő beavatkozásokról

13.1 – 13.7	Szűrkehályog-műtét
28.2 – 28.3	Tonsillectomia adenotomiával, vagy anélkül
38.5	Visszértágulat lekötése / eltávolítással
51.23	Laparoszkópos cholecystectomy
53.0 – 53.1	Lágyéksérv és combsérv
60.2	Prostatectomia (transzuretrális)
68.51	Histerectomia (csak vaginális)
85.21	Emlőmegtartó műtét
85.4	Mastectomia
80.26	Térd artroszkópia

Végül a DSDP kifejlesztette az alapvető (4. táblázat) és az ideális (5. táblázat) indikátorkészletet nemzeti/regionális szinten, azzal a speciális céllal, hogy lehetővé tegye a teljesítmény összevetését különböző országok esetében.

4. táblázat: Egynapos sebészet alapvető indikátorai nemzeti/regionális szinten

Ráfordítás	A köz- és magántulajdonban álló DSU-k száma, és százalékos aránya, típusonként: <ul style="list-style-type: none"> • Integrált • Részben integrált • Önálló
Igénybevétel	Átlagos várakozási idő az ellátási kosár összességére, és a kosárban szereplő egyes beavatkozásokra nézve
Teljesítmény	Az egynapos sebészeti ellátásban elvégzett elektív műtétek százalékos aránya az ellátási kosár összességére, és a kosárban szereplő egyes beavatkozásokra nézve
Kimenetel	Halálozási arány 30 napon belül azoknál a betegeknél, akik az ellátási kosárban szereplő elektív beavatkozáson estek át az előre nem tervezett éjszakai kórházi felvétel százalékos aránya az egynapos sebészetre felvett betegek százalékos aránya, akik 7 napon belül újra a műtőbe kerültek
Biztonság	az egynapos sebészetre felvett betegek százalékos aránya, akiknél rossz helyen, rossz oldalon, rossz betegen, rossz beavatkozás végeztek el, vagy rossz implantátumot használtak
Költség és produktivitás	Az egynapos sebészeti esetek költségei abszolút értékben, és az összes egészségügyi kiadás százalékában

5. táblázat: Egynapos sebészet ideális indikátorai nemzeti/regionális szinten

Ráfordítás	Kizárólag egynapos sebészeti ellátásban használt műtők száma és aránya / az összes rendelkezésre álló műtő
Igénybevétel	Átlagos várakozási idő az ellátási kosár összességére, és a kosárban szereplő egyes beavatkozásokra nézve
Folyamat	A betegek százalékos aránya, akik az egynapos sebészeti beavatkozás előtt aneszteziológiai konzultáción vettek részt
Teljesítmény	Az egynapos sebészeti ellátásban elvégzett elektív műtétek százalékos aránya az ellátási kosárban szereplő egyes beavatkozásokra és az ellátási kosár összességére nézve
Kimenetel	Halálozási arány 30 napon belül azoknál a betegeknél, akik az ellátási kosárban szereplő elektív beavatkozáson estek át az előre nem tervezett éjszakai kórházi felvétel százalékos aránya, ok szerint: sebészeti anesztéziai / egészségügyi szociális / adminisztratív a műtőbe előre nem tervezetten visszatérők százalékos aránya 24 órán belül előre nem tervezett, újbóli kórházi betegfelvétel százalékos aránya
Biztonság	a DSU-ba felvett betegek százalékos aránya, akiknél rossz helyen, rossz oldalon, rossz betegen, rossz

	beavatkozás végeztek el, vagy rossz implantátumot használtak az egynapos sebészetre felvettek százalékos aránya, akiknél műtéti sebfertőzés alakult ki az egynapos sebészetre felvettek százalékos aránya, akiknél posztoperatív szepszis alakult ki
Betegek elégedettsége és fogékonysága	az egynapos sebészettel összességében elégedett betegek százalékos aránya
Költség és produktivitás	Az egynapos sebészeti ellátás költségei abszolút értékben, és az összes egészségügyi kiadás százalékában

A teljesítmény-indikátorok különböző dimenzióinak használata az egynapos sebészetben – Indoklás

A ráfordítás indikátorai

A szolgáltatás nyújtásának előfeltétele a források rendelkezésre állása. Nemzeti szinten az egynapos sebészetre jutó források elosztásával kapcsolatos mérőszámok a DSU-k számával és arányával kapcsolatos egyszerű számok, különbséget téve az integrált és az önálló létesítmények között, és a kizárólag az egynapos sebészetben használt műtők száma szerint. Az ilyen mérések jól jelzik, hogy az egynapos sebészetek támogatására hatékony irányelveket készítettek és alkalmaztak, vagy épp ellenkezőleg, a sebészet a megszokott keretein belül maradván figyelmen kívül hagyja az egynapos sebészet járulékos előnyeit, mint a biztonságosság, a betegek meglegedettsége, és a hatékonyság.

Az igénybevétel indikátorai

Az igénybevétel a DSU-k felhasználhatóságát jelenti egy meghatározott földrajzi területen, vagy populációban; még pontosabban, az igénybevétel a diagnózis és az ahhoz kapcsolódó beavatkozás közötti várakozási idővel függ össze. Az „Átlagos várakozási idő az ellátási kosár összességére, és a kosárban szereplő egyes beavatkozásokra nézve” igénybevételi indikátor azt méri, hogy átlagosan mennyi idő telik el egy szolgáltatás igénylése, és annak nyújtása között. Mivel az egyre idősödő populáció miatt fokozódik az igény a sebészeti szolgáltatások iránt, miközben csökken az állami finanszírozás, a várakozási idő megkerülhetetlen kérdéssé vált. Fontossága a kérdés politikai érzékenységének is következménye; egyes nemzeti egészségügyi szolgáltatók megszabják, hogy milyen maximális várakozási időn belül kell biztosítani egy szolgáltatás igénybevételét. Monitorizálni kell, hogy milyen mértékben tartják tiszteletben az ilyen jogokat.

A folyamat indikátorai

A folyamatok olyan tevékenységek az egészségügyi ellátásban, melyeket a szolgáltató nyújt a betegeknek, vagy végez el a betegekért, mint a diagnosztikai vizsgálatok, vagy a sebészeti beavatkozások. A klinikai folyamatokkal kapcsolatos méréseket a szolgáltatás nyújtásának a helyén rögzítik és analizálják, de az általuk nyújtott információ csak csekély jelentőséggel bír a felső vezetők számára. „A betegek százalékos aránya, akik az egynapos sebészeti beavatkozás előtt aneszteziológiai konzultáción vettek részt” egy indikátor, ami jelzi, ha egy szolgáltatás jól szervezett, és azt is megmutatja, ha a beteg potenciális veszélyeztetése áll fenn. Az anesztézia előtti konzultációval megelőzhető mind a beavatkozások törlése, mind a szövődmények azoknál a betegeknél, akiknél az egészségi állapotuk miatt kontraindikált a műtét, és ezt csak a beavatkozás előtt, közben, vagy utána fedezik fel. „A betegek százalékos aránya, akik standardizált preoperatív értékelésen és teszteken vettek részt” ugyanezt jelenti.

A teljesítmény indikátorai

Teljesítmény indikátorok a rendszer vagy a létesítmény által elvégzett tevékenységek abszolút mennyiségét mutatják meg. Az egynapos sebészet keretében elvégzett beavatkozások arányát is mérik azokhoz képest, amelyeket ugyanilyen keretek között lehetett volna elvégezni. Így „Az egynapos sebészeti ellátásban elvégzett elektív műtétek százalékos aránya az ellátási kosár összességére, és a kosárban szereplő egyes beavatkozásokra nézve” egyben az ellátás megfelelőségének az indikátora is. Ez azt jelenti, hogy megmutatja, milyen mértékben sikerül az egynapos sebészetnek elérnie azt a célt, hogy a műtéti igények 80%-ában ezt válasszák.

A kimenetel indikátorai

Kimenetelt az szabja meg, hogy az orvosi ellátás hatására milyen mértékben javult, vagy épp ellenkezőleg, romlott a beteg állapota. Más szóval, a kimenetel a beteg egészségi állapotának pozitív vagy negatív, rövid vagy hosszú távú változásának eredménye, mint a beavatkozás után 1 héttel a beteg elhalálása, vagy egy betegség, mint a lágyéksérv még öt évvel a beavatkozás után sem újul ki.

Mind a nemzeti, mind intézményi szinten össze kellene vetni a " Halálzási arány 30 napon belül azoknál a betegeknek, akik az ellátási kosárban szereplő elektív beavatkozásokon estek át" indikátort. Szakterület és beavatkozás szerint kellene csoportosítani, mivel egy szürkehályog-műtét halálzási aránya nagyon más, mint egy teljes térdízületi protézis beültetése.

A többi kimeneteli mérőszám helyettesítő indikátor. Ez azt jelenti, hogy indirekt méréseket alkalmaznak, amelyeket egyszerűbb összegyűjteni és interpretálni, például az előre nem tervezett betegfelvétel aránya, vagy az egy héten belül újra a műtőbe kerülő betegek aránya, de még így is a kimenetel (és biztonságosság) dimenzióit tükrözik. Az előre nem tervezett kórházi ellátás, kórházi betegfelvétel, vagy az egynapos sebészeti ellátás követő 24 órán, illetve egy héten belül újbóli műtét egyértelmű jelei annak, hogy a klinikai vagy adminisztratív folyamatok problémásak. A helyettesítő indikátorok hasznossága abból következik, hogy az általuk mért események gyakrabban fordulnak elő, mint a beteg elhalálása. Az előre nem tervezett betegfelvételt, vagy visszatérést a kórházba úgy kell tekinteni és kezelni, mint a diszfunkcionális folyamatokra való figyelmeztetés, amit nem szabad ignorálni. A hasonló eseményeknek arra kellene, hogy sarkalják a vezetőséget, és az egészségügyi szolgáltatót, hogy mélységében tanulmányozzák az egynapos sebészeti ellátást, és gondolják át a struktúra, a folyamatok és a beavatkozások áttervezésének a szükségességét, és lehetőleg a dolgozók továbbképzését is.

A betegek biztonsági indikátorai

Biztonság azt jelenti, hogy a megelőzhető mellékhatások nélkül nyújtanak egy szolgáltatást; az egészségügyben kulcsfontosságúnak tekintik már a hippokratészi eskü óta. Az amerikai Orvosi Intézet (Institute of Medicine) 1999-ben megjelent „Tévedni emberi dolog” (To err is human) című vizsgálata óta a betegek biztonságának témáját az egészségügy modern rendszere nem hagyhatja figyelmen kívül. Számos vizsgálat derített fényt a valóságra, hogy az orvosi hibák és a nemkívánatos események az egészségügyi ellátásban gyakoribbak, mint azt korábban gondolták, és sok közülük, körülbelül a fele, megelőzhető. A betegek egészségkárosodásán túl ezek a potenciálisan elkerülhető kimenetek gyakran megnövelik a kórházi tartózkodás időtartamát és költségét is, ami szignifikáns mértékben járul hozzá az egészségügy, és az egész rendszer, benne az egynapos sebészeti gazdasági nehézségeihez. A hibák az egyes szakemberek, a team, az egység és az egész intézmény hitelességét is kikezdi. A hibák, az újabb beavatkozások, a pénzügyi korlátozások ördögi köre, amit a hibák ellátásának költségei miatti további pénzügyi nehézségek követnek, majd azok következményei, mint a megismételt beavatkozások, az elhúzódó kórházi tartózkodás, megszokottá válik a kórházakban és az ambuláns ellátásban, amelyek képtelenek, vagy nem hajlandók rendszer szinten lépéseket tenni a betegek biztonsága érdekében. Azoknál a szervezeteknél, amelyek képesek úgy megtervezni a szolgáltatásaikat, hogy az esetleges hibákra folyamatosan figyelmet fordítanak, ez kevésbé jellemző. Összefoglalva: az orvosi hibákat és a nemkívánatos eseményeket monitorizálni kell.

Az összeesés, a rossz helyen/oldalon/betegen végzett beavatkozások jól dokumentáltak, és veszélyes biztonsági problémát jelentenek a kórházi ellátásban; a szoros időrend a betegek nagy számával együtt, ami az egynapos sebészeti jellemzi, feltételezhetően potenciális fenyegetéssé teszi ezeket a nemkívánatos eseményeket, amiket monitorizálni kell. Így „Az egynapos sebészetre felvett betegek százalékos aránya, akiknél rossz helyen, rossz oldalon, rossz betegen, rossz beavatkozás végeztek el, vagy rossz implantátumot használtak” indikátornak mind a négy listán szerepelnie kellene, és a „DSU-ba felvett betegek százalékos aránya, akik a DSU-n belül összeestek” indikátornak pedig a DSU-k ideális indikátorai között. A nemzeti szintű alapvető lista kivételével a sebfertőzés gyakoriságát mérő indikátort is ki kell számolni.

A költség / produktivás indikátorai

A költség-indikátorok az egynapos sebészet aktuális kiadásaira vonatkoznak abszolút összegben, vagy az összes egészségügyi kiadás viszonylatában. Egy produktív és hatékony szolgáltatást nem sújt krónikus és jelentős veszteség. A veszteség mérésére jó példa „A törölt sebészeti beavatkozások százalékos aránya, amikor a beteg

nem értesítette az intézményt ("nem érkezett meg" vagy "nem jelent meg")" és " A törölt előjegyzések százalékos aránya, miután a beteg megérkezett a DSU-ba". A "Sebészeti beavatkozások ismétlődő késése" és " A műtő működési idejének százalékos aránya a tervezett működési időhöz képest, heti szinten" szinten idetartoznak. A vezetőség legfontosabb célja, hogy a bevétel maximalizálásával használják a forrásokat. Vagyis gazdasági szempontból a rendelkezésre álló forrásokkal próbálni kell egyre jobb eredményeket elérni.

A betegek elégedettségének indikátorai

Az egészségügyi szervezetek, és az egyes intézmények a lakosság egészségi problémáinak megoldása érdekében nyújtják a szolgáltatásaikat. A folyamatos minőségfejlesztés kulcsa, hogy a szervezet az ügyfelek szükségéit és elvárásait próbálja meg kielégíteni. A lakosság és a szakemberek egy része nem szereti az „ügyfél” szót használni, de a név kevésbé fontos, mint az elv, hogy mindig a felhasználó álljon a szolgáltatás fókuszában. A minőségi ellátás megteremtésében és fenntartásában döntő fontosságú, hogy alaposan meg kell ismerni az ügyfeleket, és igényeiket. Egy ügyfél-orientált szervezet megteremtéséhez szükséges az ügyfelek elvárásainak folyamatos felmérése, megismerése és teljesítése iránti elkötelezettség. Ahogy egy szervezet bármilyen reorientációja, az ügyfél-orientált szemlélet bevezetése is a szervezeti kultúra megváltoztatását vonja maga után, hogy azonos módon tudják ezt a szemléletet értelmezni, és a munka elvégzéséhez szükséges lépéseket megtenni. Egy paternalista és bürokratikus szervezet érzéketlen maradhat az ügyfelek igényeire, de mégis tehet lépéseket a betegek elégedettségének felmérésére, hogy erre a politikailag korrekt témára látszatintézkedésekkel reagáljon.

A DSDP által összeállított nemzeti szintű alapvető indikátorok nem tartalmazzák a beteg elégedettségét mérő indikátort, aminek az az oka, hogy az intézmények és az egyes területek közötti különbségek nagyok, és az átlagok mérése nem mutatná ki ezeket a különbségeket. A DSU-k alapvető listája tartalmazza a szolgáltatásokkal való általános megelégedettség generikus mérését. Ugyanezt az indikátor ajánlják nemzeti szinten az ideális indikátor-készletbe, míg az olyan elbocsátások gyakoriságát, ahol a beteg írásos panasszal élt klinikai, a személyzet stílusa vagy szervezeti ok miatt, csak az egység számára hasznos.

Nyilvánvaló, hogy a betegek elégedettségének mérését standardizálni kell a rendszerben, és az egyes intézményekben is, és egy adott helyzetben pontosabb méréseket is kell végezni. Például, egy újabb hasznos indikátor lehet azon betegek százalékos aránya, akik ajánlanák az adott szolgáltatást a barátaiknak.

Következtetés

Az egynapos sebészet folyamatos terjedésével egyre fontosabbá válik, hogy az egynapos sebészetek munkájának különböző dimenzióit értékeljék, hogy biztosítani tudják az egynapos sebészetek biztonságos, eredményes, hatékony, magas színvonalú és beteg-központú munkáját az elégedett lakosság számára. A célok elérésében döntő szerepe lehet a klinikai indikátorok bevezetésének az egynapos sebészeti gyakorlatban. Az egynapos sebészetek új fejlesztéseinek hatástanulmányaira a jövőben is szükség van, hogy biztosítani lehessen a betegellátás minőségének javulását.

További olvasnivalók

Day Surgery Data Project. Final Report, 2012. (<http://www.dsdp.eu>)

Lemos P, Barros F (2011). Kimenetel measures. In: Day Case Surgery, Smith I, McWhinnie D, Jackson I (eds), Oxford University Press (OUP), United Kingdom. Chap 16.

Lemos P, Regalado AM (2006). Patient Kimenetels and clinical indikátors for ambulatory surgery. In: Lemos P, Jarrett P, Philip B, eds. Day Surgery, Development and Practice, International Association for Ambulatory Surgery, Porto. Chap 12.

Australian Council on Healthcare Standards (2008). Australasian Clinical Indikátor Report 2001-2007: determining the potential to improve quality of care, 9th edn.

(http://www.achs.org.au/pdf/AustralasianClinicalIndikátorReport_9thEdition_FullReport.pdf)

British Association of Day Surgery (2009). BADS Directory of Procedures, 3rd edn.

Healthcare Commission (2005). Acute hospital portfolio review, Day Surgery.

(<http://www.healthcarecommission.org.uk>)

Ministerio de Sanidad Y Consumo. España (2008). Manual de Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria. Estándares y recomendaciones. Informes, Estudios e Investigación.

Shnaider I, Chung F. Kimenetels in day surgery. Curr Opin Anaesthesiol 2006 ; 19 : 622-9.

Wu CL, Berenholtz SM. Systematic review and analysis of postdischarge symptoms after outpatient surgery. Anesthesiology 2002; 96: 994-1003.

Deutsch N, Wu CL. Patient Kimeretels following ambulatory anesthesia. *Anesthesiology Clin N Am* 2003; 21: 403-15.

Smith I, Cooke T, Jackson I, Fitzpatrick R. Rising to the challenges of achieving day surgery targets. *Anaesthesia* 2006; 61: 1191-9.

G. függelék: A betegápolás szerepe az ambuláns sebészetben

PREOPERATÍV ÉRTÉKELÉS ÉS BETEGTÁJÉKOZTATÁS

Az ápolóknak fontos szerepük lehet abban, hogy a betegfelvételt megelőző értékelés és betegtájékoztatás során asszisztáljanak és segítsék a sebész és/vagy az aneszteziológus munkáját. Az ápolószemélyzet megbízhatóan tudja felvenni és rögzíteni a beteg kórelőzményét, amivel segíti az orvosok munkáját. Ugyanilyen fontos segítséget tudnak nyújtani a betegnek, és segítőtjének (ha jelen van) abban, hogy tájékoztatják őket a beavatkozásról, és arról, hogy mi történik a műtétük közben és után – ez hozzájárul ahhoz is, hogy egyszerűen, és eredményesen lehessen a beteget hazabocsájtani a műtét/beavatkozás után. Ezzel csökkenti az orvosi ellátáshoz szükséges időt is.

Ideális esetben ez még jóval a betegfelvétel előtt zajlik le, ami megkönnyíti a tervezést. Egyes intézményekben ezt közvetlenül a sebészeti konzultációt követően végzik el, de később is elintézhető, vagy szemtől-szembe a preoperatív vizsgálatot végző intézményben, vagy telefonon keresztül. Az ápoló a betegfelvételt megelőző értékelést az aneszteziológus saját vizsgálata előtt vagy után is elvégezheti.

Ahogy azt a kézikönyv korábbi fejezeteiben már kitértünk, számos szempontot kell figyelembe venni.

Szociális értékelés

Ki segít majd otthon? Sok nő esik át nőgyógyászati beavatkozásokon, és úgy bocsájtják el, hogy otthon csak kisgyermek van. A minimál invazív beavatkozások megjelenésével már nincsenek szemmel látható sebek, vagy kötések, és a családtagok nem fogják fel az édesanya állapotának súlyosságát, mivel a műtétnek alig van nyoma.

Idősebb betegeknel (pl. szürkehályog műtétnél) lehet, hogy az otthoni segítő még idősebb, és még rosszabb a látása? Az ápoló össze tudja szedni a megfelelő információkat, és rá tudja beszélni a betegeket, hogy alternatív megoldást keressenek az otthoni ellátásukhoz, miután hazaengedték őket. A betegfelvétel időpontját is meg lehet beszélni, és nem ritka, hogy változtatnak a műtét lista sorrendjén (ha lépcsőzetesen kerül sor a betegfelvételre), hogy meg tudjanak felelni, a beteg hazaszállításával kapcsolatos igényeknek. A betegfelvételt megelőző értékelés során az ápoló olyan speciális igényekről is tudomást szerezhet, mint a beteg túfóbiája.

Egészségügyi értékelés

Az ápoló meggyőződhet róla, hogy a beteg az összes szükséges információt elmondta. Pl. a beteg külön nem említi meg, hogy magas a vérnyomása, de mégis folyamatosan vérnyomáscsökkentőt szed. Tájékozódhatnak a beteg korábbi műtéteiről, és arról, hogyan reagáltak az anesztéziára, az allergiájukról, a beteg és családtagjai esetleges fertőző betegségeiről, és felvilágosíthatják a beteget, hogy miért fontos az összes általa szedett gyógyszerrel (beleértve a szívességből kapott gyógyszereket, a rekreációs célú szereket, és a recept nélküli kapható készítményeket is) beszámolnia.

Betegtájékoztatás

A betegeknek többféle formában is szükségük van az információra, amin a betegfelvétel előtti értékelés során újra végig kell menni.

Ebben a szakaszban a legfontosabb információk az intézménnyel kapcsolatban: annak helye, és a parkolási lehetőségek. Ideális esetben a beteg már kapott egy tájékoztató füzetet a környék térképével, így csak meg kell erősíteni, hogy megértette az információt. Azt is fontos megbeszélni, hogy a segítő és/vagy a családtagok együtt maradhatnak-e a beteggel, amíg a műtétre vár, és hogy hány családtagot tud fogadni az intézmény a beteggel. Ebben a szakaszban a legegyszerűbb összeállítani az elbocsátási tervet. A terv elkészítése előtt szükséges megtudni, hogy milyen messzire kell hazautaznia, hogyan fog utazni, és az elbocsátás becsült idejét is (vagyis sötét van-e már akkor, az időjárás okozhat-e problémákat). Azt is meg kell beszélni, ha a beteg túl messzire szeretne utazni. Ahogy azt már a kézikönyvben említettük, egyes intézményekben protokoll írja elő, hogy a beteg csak akkor bocsátható haza, ha a szükséges utazás időtartama nem haladja meg az egy órát.

Ebben a szakaszban kell megbeszélni a beteggel, hogy ki lesz az otthoni segítője, hogyan menedzselheti a fájdalmait, milyen tevékenységeket végezhet el hazabocsátása után (beleértve az autózvezetést is), és azt is, milyen ruhába menjen haza. Fontos, hogy már ebben a szakaszban megbeszéljék az otthoni segítő kérdését, mivel ezt meg kell szerveznie a betegnek (vagy át kell ütemezni a beavatkozást). A fájdalom menedzselését, és az alternatív módszerek, mint a jeges borogatás, a nyomókötés, vagy a pihenés, alkalmazását is meg lehet ilyenkor beszélni, mert ez hasznos lehet a beteg számára, de a sebész vagy aneszteziológus elfeledkezhet róla. Fontos, hogy a beteg (és a családja) tisztában legyen azzal, hogy bár hazaengedték, de pihenésre és lábadozásra

van szüksége. Az ápolók elmondhatják (és megbecsülhetik), hogy mennyi idő szükséges a normális életbe való visszatéréshez. Az idősebb betegeknek tanácsolni lehet, hogy ne viseljenek öltönyt, nadrágtartót, nyakkendőt, övet, vagy alsószoknyát, hanem szabadidőruhát, vagy melegítőt vegyenek fel. Azok a betegek, akik nem tudják használni a karjukat, vagy épp az egyik kezüket fogják műteni, inkább gumis derekú nadrágot, vagy szoknyát viseljenek. Arc- vagy nyakműtét után a begombolható felsőruházat a praktikus, és nem az, amit a fejen át kell felvenni. A bebújós cipők praktikusabbak, mint amelyeket be kell kötni, de ez nem mindig igaz, ha a betegnek mankóra van szüksége. Ebben a szakaszban a beavatkozás-specifikus információkat is meg lehet beszélni, pl. a kötéseket, drént, és a hazabocsátás utáni kontrollvizsgálatokat.

A koplalási időt, és az egyéb, preoperatív előkészületeket is meg kell beszélni és/vagy megerősíteni az információkat. Ha a beteg megérti és elfogadja a koplalás fontosságát, akkor nagyobb eséllyel fogad szót. Fontos, hogy minden dokumentáljanak. A dátumot, időpontot, és az érintett személyeket a jövőre nézve dokumentálni kell. A betegfelvételt megelőző jelölőlista hatékony módszer annak ellenőrzésére, hogy minden fontos témát érintettek, és az esetleges megjegyzéseket is rögzíteni lehet. Jelezni kell, hogy további nyomon követésre szükség van-e, és, hogy kinek kell azt elvégezni. Ez az adminisztráció fontos része a kórelőzménynek, amit az orvosok és ápolók elő tudnak keresni a betegfelvételnél, és a beteg ellátásakor.

BETEGFELVÉTEL

Ez egy nagyon egyszerű folyamat, ahol a betegfelvételt végző ápolónak csak rá kell kérdeznie néhány dologra, mint az esetleges változásokra a betegfelvételt megelőző konzultáció óta, a koplalási időre, a bevett gyógyszerekre, és az elbocsátási tervre. Néhány alapvető vizsgálatot is elvégeznek, és dokumentálnak. Ezután a betegek átvesszik azt a ruházatot, amit a műtőben viselnek majd, és megtörténnek a megfelelő műtéti előkészületek. Ebben a szakaszban át lehet még beszélni az tájékoztatáson elhangzottakat. Fontos ismét hangsúlyozni, hogy a megfelelő dokumentáció létfontosságú, és hogy az egyszerű jelölőlisták mennyire hasznosak a beteg együttműködésének támogatásában.

MŰTŐ

Az ápolószemélyzet számára csak néhány különbség van abban, hogy olyan műtőben dolgoznak, ahol egynapos sebészeti beavatkozást végeznek. Ezek közé tartozik, hogy meg kell győződni, a betegen lokális anesztéziában, vagy felületes szedálásban végzik el a beavatkozást, és az alkalmazott kötszer kiválasztása. A kötszerek és a dréncsővek felhelyezésében az ápoló is gyakran részt vesz, és tudniuk kell róla, hogy a beteg nemsokára hazamegy, és otthon neki kell majd ezekkel foglalkoznia. A vízálló kötések lehetővé teszik, hogy a beteg tudjon zuhanyozni/fürödni otthon.

LÁBADOZÁS

A lábadozás első szakasza hasonlít a kórházban maradó betegekéhez. Ahogy azt már a kézikönyvben kifejtettük, a fájdalom csillapításának multimodálisnak vagy balanszírozottnak kell lennie, amihez ideális esetben lokális anesztetikumokat, NSAID és rövid hatású opioidokat lehet alkalmazni. Azonban, ha analgézira lenne szükség, az ápolónak figyelembe kell vennie, hogy a beteget rövid időn belül haza kívánják bocsátani, így különösen fontos, hogy az aneszteziológussal együtt dolgozzon. A PONV bármilyen tünetének kezelése is fontos ebben a szakaszban.

Az őrzőből a lábadozás második szakaszába (hátrahajtható támlájú ülések, vagy egynapos kórterem) jutás a szabályozott kritériumok alapján történik, ami megkönnyíti az ápoló döntését, és abban nem kell részt vennie az aneszteziológusnak. A pontrendszer jobb, mint az eltelt idő mérése, mert lehetővé teszi, hogy a több figyelmet igénylő betegek megkapják azt, míg a gyorsabban gyógyulók továbbléphessenek. Még egyszer hangsúlyozni kívánjuk a dokumentáció fontosságát.

A lábadozás 2. fázisa ugyanott történhet, mint az 1. fázis, de lehet máshol is, vagy a részlegben belül, vagy a kórház egy másik részében, a létesítménytől függően. Történhet hátrahajtható támlájú székekben, vagy ágyban is; mindkettőnek vannak előnyei, és hátrányai is.

Az ápoló szerepe döntő a posztoperatív fájdalom és a PONV menedzselésének folytatásában. Ebben az időszakban a beteg otthoni segítőtje csatlakozhat a beteghez a kórteremben, és itt az ideje a beteg és/vagy segítőtje további tájékoztatásának is. Ismételni kívánjuk, hogy a pontrendszer az időn alapuló rendszernél jobban tudja biztosítani, hogy a több figyelmet igénylő betegek megkapják azt, míg a gyorsabban gyógyulók továbbléphessenek, hogy felkészülhessenek az elbocsátásra. Segít abban is, hogy az elbocsátást az ápoló

végezhesse el, és ne kelljen várni az orvosra, aki a műtétek végeztével ellenőrzi a beteg állapotát. Ez lehetővé teszi, hogy több ágy/pihenőszék álljon rendelkezésre, valamint fokozza a beteg elégedettségét, és segít abban is, hogy a beteg a lehető leghamarabb az otthoni környezetében lehessen.

Ahogy arról már szoltunk, ekkor kaphat frissítőket a beteg, és az ápoló felmérheti a beteg folyadékháztartását, és azt, hogy megértette, csak akkor mehet haza, ha tud enni, és inni.

Fontos megjegyezni, esetenként a beteg már az anesztéziát követően készen állhat az elbocsátásra, a műtét típusa miatt szükség lehet a hosszabb kórházi tartózkodásukra, és az ápolóknak erről egyértelmű utasításokat kell kapniuk.

Fontos ismét hangsúlyozni, hogy a megfelelő dokumentáció létfontosságú.

ELBOCSÁTÁS

Ha úgy ítélik meg, hogy a beteg készen áll az elbocsátásra, az ápoló meggyőződik arról, hogy a beteg és/vagy a segítőtje az összes szükséges információ birtokában van ahhoz, hogy a lábadozás a beteg otthonában folytatódhasson. A beteg elbocsátásának és otthoni ápolásának előfeltételeit már megtárgyaltuk a kézikönyvben. Fontos figyelembe venni, hogy a beteg nem feltétlenül emlékszik erre a beszélgetésre, és a segítőre is túl sok feladat hárul az adott környezetben. A betegfelvételt megelőző értékelés és beteg tájékoztatás mélysége határozza meg, hogy ekkor csak a korábbi tájékoztatás felrészítésére van-e szükség (ideális esetben), vagy egy alapos tájékoztatásnak kell következnie.

Bármelyik szakaszban az ápolóknak el kell tudni érnie az orvosi csapatot, ha a beteg lábadozásával, vagy az elbocsátásával kapcsolatban kételye támadna, és fontos ismét hangsúlyozni, hogy a megfelelő dokumentáció létfontosságú.

ELBOCSÁTÁS UTÁNI NYOMON KÖVETÉS

Az ápolóknak fontos szerepe lehet a beteg elbocsátása utáni nyomon követésében, akár telefonon keresztül, akár az elbocsátás utáni vizsgálatokat végző intézményben. Ezzel nemcsak a minőség monitorozásához tud hozzájárulni, hanem fel tudja mérni azt is, hogy a betegnek nincs-e szüksége további felvilágosításra, vagy segítségre. Meg tud győződni arról, hogy a beteg tud enni és inni, megfelelően tudja menedzselni a fájdalmait, és megbeszélhetik a kötéssel kapcsolatos kérdéseket, és azt is, hogyan tud visszatérni a környezetéhez.

KOMPETENCIA

Végül is, kiből lesz jó ápoló az egynapos sebészen? A műtősök és az őrzőben dolgozó ápolók az említett különbségekről szóló továbbképzést követően könnyen át tudnak állni az egynapos sebészeti betegek ellátására, ha az orvosi csapat biztosította, hogy a beavatkozás és az anesztézia megfelelő az egynapos sebészeti ellátás számára.

A sebészeti betegápolásban jártas ápolók át tudnak állni az egynapos sebészeti betegek felvételére, ha biztosítják róla őket, hogy nem kell annyi betegfelvételt elvégezniük, mint amennyit a hagyományos kórházi betegek esetében szoktak, és hogy a kollégáik (mind az orvosok, mind az ápolók) megfelelően felmérték a beteg alkalmasságát.

A betegfelvételt megelőző szakaszban, elbocsátásban, és az elbocsátás utáni nyomon követésben részt vevő ápolók általában a legtapasztaltabb sebészeti ápolók, akik kitűnően tudnak kommunikálni, és szenvedélyük a betegek tájékoztatása. Rövid idő alatt több területet is fel kell tudni mérni, gyakran telefonon keresztül, ahol nem alkalmazhatják a testbeszédet az értékeléshez.

Hiszek benne, hogy az egynapos sebészen dolgozó jó ápolók a legjobbak, akiket a szakmában találni lehet, és egy kitűnő egynapos sebészeti ápoló annyit ér, mint a saját testsúlya aranyban.

H. függelék: Egy hivatalos szervezet megalapítása

T. Naresh Row, MS, PhD (Általános sebészet) sebészszakulens, és egynapos sebészet specialista, Egynapos Sebészeti Központ, Mumbai, India. Elnök, Indiai Egynapos Sebészeti Társaság.

E-mail: nareshrow@hotmail.com

Egy hivatalos szervezet megalapításán gondolkodva fontos áttekinteni a helyi egészségpolitikát, és az egészségügyi szolgáltatást, és csak utána lépni kapcsolatba az IAAS-szel. Ezért az utunk következő aspektusairól szeretnék részletesen is beszámolni.

1. Egészségügyi rendszer Indiában.
2. Szükség van egy szervezetre.
3. Hogyan fogjunk neki?
4. Kihívásokkal szembesülve.
5. Nemzetközi megjelenés.
6. A jövőre vonatkozó tervek.

Egészségügyi rendszer Indiában:

A legelején tisztázni kell az indiai egészségügyi rendszer sajátosságait. Nagy általánosságban megkülönböztetünk állami egészségügyet, amit az állam finanszíroz; ez lehet helyi/szövetségi/központi finanszírozás. Jelenleg ez kb. a GDP 1,9%-át jelenti. Ezeket az intézményeket a lakosság kb. 40%-a használja.

Az egészségügyi magánintézmények látják el a betegek 60%-át, ami majdnem a GDP 4%-át teszi ki.

Az egészségbiztosítás még mindig a kezdeti szakaszban van, csak az ország lakosságának 5%-a van biztosítva.

További 10% más módon kap visszatérítést. Ez azt jelenti, hogy a betegek 85%-a a saját zsebéből fizet az egészségügyi ellátásért, így Indiáé az egyik legnagyobb mértékben privatizált egészségügy a világon.

A növekvő megélhetési költségek senkit sem kíméltek. Mivel az infláció rekordmértéket ölt, így az egészségügyi ellátást is komolyan érinti. Ezért a legtöbb beteg a megfizethető ellátást keresi. A helyzet Indiában olyan, hogy egyre több ember él a szegénységi küszöb alatt, akiket komolyan sújtanak az egészségügyi költségek.

Kormányzati programokat indítottak a szegények megsegítésére némi eredménnyel, és számos kudarcral is, azonban ez csak a kezdet. Ezért logikus az egynapos sebészet adaptálása, hogy jó minőségű, megfizethető, és tervezhető sebészeti ellátást lehessen nyújtani.

Szükség van egy szervezetre:

Az egynapos sebészet valójában nem új a számunkra. Emberemlékezet óta az egynapos sebészet valamilyen formában jelen volt a szakterületek közt. Ha azonban átfogóan szemléljük, akkor csak az elektív műtéteknek körülbelül a 10%-ánál alkalmazzuk ezt a koncepciót.

A szerény számok legfőbb oka a tudatosság hiánya volt. A betegek nem tudtak arról, hogy létezik egynapos sebészet. A sebészek is úgy tekintettek az egynapos sebészetre, hogy az csak kisebb beavatkozásoknál alkalmazható. Bár sok olyan sebész volt, aki tapasztalata és érintettsége miatt egynapos sebészeti beavatkozásokat hajtott végre, de nem voltak eszközei a betegekben élő kép megváltoztatására. A legtöbb sebész megpróbálta, majd feladta, azt gondolva, hogy ha a beteg a kórházi ágyban érzi jól magát, akkor minek változtatni, minek kell őt kényszeríteni? Azonban egyre több olyan beteg lett, aki különböző okok miatt korábban haza szeretett volna menni. Ez komoly segítséget jelentett a sebészeknek, akiknek csak bátorítás kellett, megtudni, hogy az, amit csinálnak, helyes. Szükségük volt egy olyan platformra, ahol megoszthatták és kicserélhették a tapasztalataikat. Valamit, ami jobb, mint egy arc nélküli blog, vagy egy Facebook oldal. És ekkor tudatosult bennük a szervezet jelentősége.

A szervezet célja a hasonló gondolkodású emberek egy zászló alá gyűjtése. Egy tudományos klubba válik, ahol az elképzeléseket lehet ütköztetni egymással. Jó érzéssel tölti el az embert, ha tudja, sok hozzá hasonló van, akik egynapos sebészetekben praktizálnak, és nincs egyedül, komoly támogatást tudhat maga mögött. A saját elképzelése az, ami végre alakot öltött. Törvényes jóváhagyás, az Önhöz hasonlóan egynapos sebészeti gyakorlatot sebészek hivatalos szervezete formájában. Ön is belépett a szervezetbe, úgy érzi, tartozik valahová, ön más, mint a többi, meg tudja valósítani az elképzeléseit, és arra tudja használni a szervezetet, hogy mindenhová eljuthasson a jó hír. Valamit, ami Önnek rengeteg erőfeszítésébe került, most már kollektíven tudnak elvégezni. Most már mindenki tud róla. Tudnak róla a sebészek, és tudnak róla a betegek is.

Hogyan fogjunk neki?

Amikor a szervezet megalapításának az ötlete testet öltött, számos kérdés merült fel bennünk, például, hogy Hogyan fogjunk neki? Mik legyenek a céljaink? Sikeresek leszünk a céljaink elérésében? A legfontosabb döntés a szervezet megalapítása volt, miután ez megtörtént, már ezek a kérdések következtek.

Így lépésenként haladtunk előre.

Az első lépés a szervezet megalapításának eldöntése volt. Rengeteg telefonhívás, és találkozó után 30, különböző szakterületen dolgozó sebész lelkesen egyetértett abban, hogy jó ötlet a szervezet megalapítása, így megtervezték a logóját, nevet adtak neki, és máris volt egy 30 orvosból álló végrehajtó bizottságunk!

A második lépés a finanszírozás megoldása volt. Belépési nyomtatványokat készítettünk, tagdíjakat szedtünk. Indiában a tagdíj egyszeri összeg, nem évenkénti díj. Így mindenki kollektíven elkezdett adakozókat és szponzorokat keresni. Ez nehezebb feladat volt, mint ahogy gondoltuk.

A harmadik lépés az alapszabály megalkotása volt: az alapcélok lefektetése után úgy döntöttünk, hogy más már, létező szervezetek alapszabályait nézzük át, és módosításokkal adoptálunk egyet. Ezt azután elküldtük a végrehajtó bizottság tagjainak, és a megfelelő változtatásokat végrehajtottuk.

A negyedik lépés a szervezet regisztrációja volt. A szervezet bejegyzése az illetékes hatóságnál egyszerűbb feladatnak hangzik, mint amilyen az valójában volt. Nehéz, de nem lehetetlen. Időigényes feladat, pár találkozó a hivatalnokokkal, és máris hivatalosan is létező szervezetté váltunk. Ezzel minden tag tulajdonossá vált. Részvényessé egy profitot nem termelő társaságban.

Az ötödik lépés újabb tagok toborzása volt. Különböző szakterületek szervezeteinek tagnévsorát és címeit szereztük meg, és leveleket írtunk nekik. Az élőszóval terjedő tagtoborzás gyorsabban működött, így minden végrehajtó bizottsági tagnak legalább 5 új tagot kellett toboroznia.

A hatodik lépés a tudományos tevékenység megteremtése volt. Így vitára bocsátottuk az első országos konferencia megszervezését. Eldöntöttük a dátumot és a helyet, felállítottuk a szervezőbizottságot, és kész is voltunk. Az első konferenciánk idején 100 tagunk volt. Az ünnepélyes megnyitóval egy időben iktattuk be az óriási végrehajtó bizottságot, és adtuk ki a 'The Day Surgery Journal of India' újságot, és a 'Protocols of a Day Care Surgery Center' (az egynapos sebészeti protokollok kézikönyvét). A közgyűlés alatt fogadtuk el az alapszabályt, és hoztunk határozatot arról, hogy a végrehajtó bizottságot 5 évre felruházuk a hatáskörével. Ezt abban az időszakban szükségesnek láttuk, mivel rengeteg munkát kellett elvégezni, és a bizottság leváltása előtt a legtöbb elképzelést és célt meg kell valósítani, amit a jelenlegi csapattal gyorsabban el lehet érni.

A konferencia során a tudományos eredmények kicserélésén túl azt is megvitattuk, hogyan lehetne ismertebbé tenni az egynapos sebészetet az orvosok, és a betegek körében.

Kihívásokkal szembesülve:

A „sebészetről” alkotott kép olyan mélyen rögzült a betegekben, és hozzátartozóikban, hogy bármiféle eltérés a szokásos 3-5 napos kórházi tartózkodástól, vagy akár a varratszedéstől, komoly rosszallásukat váltotta ki. Hogyan változtassunk a gondolkodásukon? Ez volt a kérdés.

Az egynapos sebészet biztonságának és alkalmazhatóságának megteremtése volt a feladat.

Nehéz volt újabb tagokat toborozni, akiket érdekelt az egynapos sebészet koncepciója, mivel újra és újra feltették a kérdést: „Minek ide egy újabb szervezet?” A szkeptikusoknak is nehéz volt válaszolnunk a „Mi olyan nagy dolog van ebben? Mit számít, ha még aznap haza lehet menni?” kérdéseikre.

Komoly feladat volt a koncepció és alkalmazásának tökéletes megismertetése. Ekkor határoztuk el, hogy a kérdésekre újabb konferenciák, újabb workshopok, és figyelemfelkeltő programok megszervezésével adunk választ.

A végrehajtó bizottság tagjait arra bátorítottuk, hogy a lehető legtöbb konferencián vegyenek részt, és mutassák be az egynapos sebészet koncepcióját a kollégáiknak. A tagokat arra vettük rá, hogy előadásokat szervezzenek, és további tagokat toborozzanak.

A „Day Surgery Journal of India” újságunkat évente adjuk ki a konferenciánk idején. Az elején nehezen találtunk publikálható cikkeket, mivel csak kevesen dolgoztak az egynapos sebészet területén. Nemzetközi szerzőket kértünk fel, hogy küldjék el a cikkeiket. Az egynapos sebészetről olvastunk a világ különböző részeiben. Ez bátorított minket. Lassan, de biztosan egyre több cikket kaptunk, ami elegendő adatot tartalmazott az egynapos sebészetről. Sikerült!

Nemzetközi megjelenés:

A BADS folyóiratban megjelent egyik cikkel jelentünk meg az egynapos sebészet világában. Nagy segítséget jelentettek a nemzetközi meghívások, hogy vegyünk részt az IAAS konferenciáján, valamint az azt követő

előadások, amiket a meghívott IAAS-tagok tartottak. Az IAAS a senior tagjain keresztül nagyon sok támogatást nyújtott azzal, hogy jóváhagyta a nemzeti találkozók előkészítését.

Az IAAS-hoz először levelező, majd teljes jogú tagként csatlakozni már önmagában is kihívást jelentett. A problémát az éves tagdíj (ami új dolog volt a számunkra) előteremtése jelentette, és annak a két képviselőnek a kiválasztása, aki részt vesz a szervezet munkájában, és hazahozza azt a tudásanyagot, amit a tagjainknak továbbadhatunk.

Mindent egybevetve, a megfelelő utat követő szervezet legitimitása nagyon fontos volt, amit az IAAS tagság tett számunkra lehetővé.

A jövőre vonatkozó tervek:

Jelenleg is zajlik, és komoly kihívást jelent, hogy a helyi és az állami kormányzati hivatalokkal együttműködve különféle programokat dolgozzunk ki újabb egynapos sebészeti klinikák létrehozásának feltételeiről.

A szomszédos országokkal folytatott regionális kooperáció az egynapos sebészetben pozitív hatással lehet a szelektált betegek sebészeti ellátásának módszertanára az érintett országokban.

Az egészségügyi turizmus egy fejlődő, és kihívást jelentő iparág, aminek hasznára válna, ha a nemzetközi standardoknak megfelelő, egységes sebészeti ellátást tudnánk biztosítani. Sok rutinműtétnél várakozási listák léteznek a különböző országokban, mivel a sürgősségi ellátás elsőbbséget élvez.

Ebben a szakaszban létfontosságú egy akkreditációs testület felállítása, amely megteremtheti a betegellátás egységét, és standardjait, valamint optimalizálni tudja az egynapos sebészetek működését országszerte. Jelenleg egy olyan testület felállítására teszünk erőfeszítéseket, amelynek tagjai a mi szervezetünk és egy minőségmenedzsmenttel foglalkozó szervezet tagjai lennének, hogy normatívákat dolgozzunk ki azok számára, akik egynapos sebészetet szeretnének létrehozni.