

Acute Pain Service – stav v ČR, Evropě, výhledy

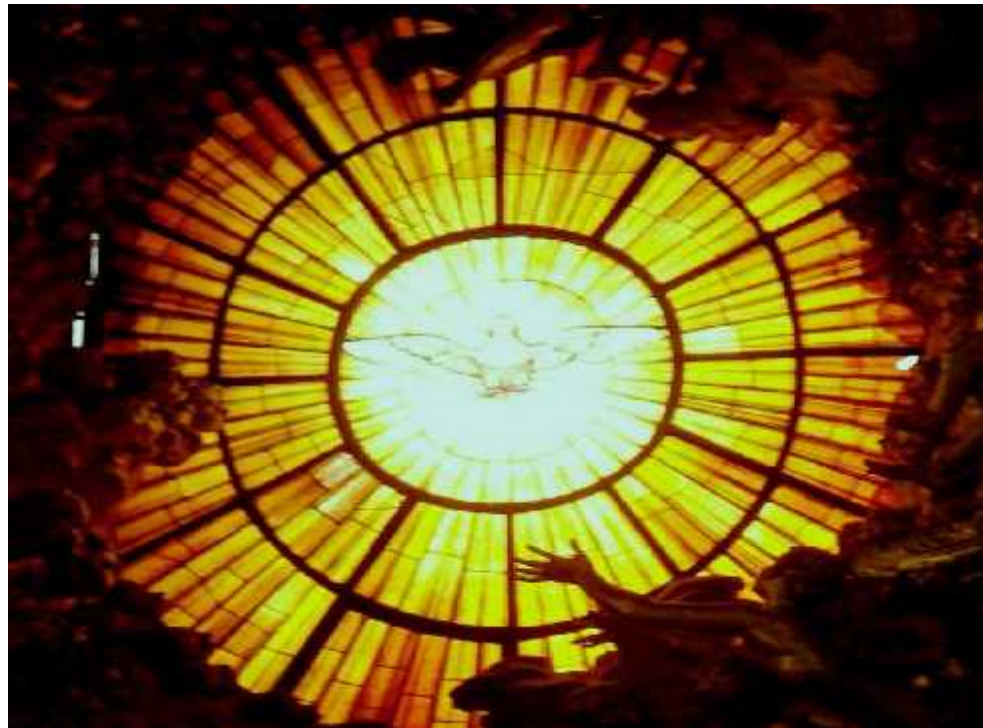
Viktor Kubricht

Nemocnice Na Homolce

viktor.kubricht@gmail.com

Ideál

- Co nejméně nemocných, kteří procházejí nemocnicí zažívá bolest a pokud jí zažívá, je pokud možno co nejvíce snesitelná



- There are numerous reports about appropriate techniques and drugs, but quality of acute pain management remains unsatisfactory...
- It appears that the solution to the problems of postoperative pain management lies not so much in the development of new techniques but in the development of an organisation to exploit existing expertise...

Meissner, Rawal

Pozadí, populace



- Ročně v ČR 800tis výkonů v anestézii (ÚZIS)
- Incidence bolesti po operaci: ve světě 30-70% pacientů, v ČR nejsou větší soubory dat
- Krátkodobé důsledky: delší hospitalizace, častější readmise (v r. 2000 USA nejčastější důvod), časné komplikace (infekce rány, plicní infekce, myokardiální ischemie, trombofilie)
- Dlouhodobé důsledky: chronická pooperační bolest (po různých výkonech 0-40% pacientů)
- Testy znalostí personálu ohledně léčby akutní (pooperační) bolesti – úspěšnost cca 50%

Úhelné kameny Acute Pain Service

- Bolest je 5. životní funkce, monitoruje se a její abnormální hodnoty se léčí
- Tým pro léčbu akutní bolesti
- Rámcová nemocniční pravidla pro dg. a léčbu bolesti a s ní spojených komplikací
- Vzdělávání personálu
- Poučení pacientů
- Principy zlepšování kvality péče – sběr dat, indikátory, cíle, audity, úprava postupů dle výsledků

Acute pain service v Evropě

- Velmi rozdílné
- Kvalitní systémy – UK, Německo, Skandinávie
- Slabší výsledky – jižní Evropa (studie PATHOS)
- Střední a východní Evropa – počínající snahy, pomalé zavádění do praxe
- IASP, Global Year Against Acute Pain 2011

APS v okolních státech

- Polsko – „Nemocnice bez bolesti“ – společnosti anesteziologie, bolesti, ortopedie a traumatologie, gynekologie. Certifikát při splnění kritérií (116 nemocnic z cca 750) – 4x denně monitorace bolesti a komplikací, dodržování doporučení, vzdělávání personálu, poučení pacientů
- Maďarsko – není ustavený centrální systém, nejsou vydána doporučení, analgésie záleží na lokálních zvyklostech a možnostech
- Slovensko – krátká doporučení společnosti pro léčbu bolesti, APS v nemocnici v Martine.
- Rakousko – doporučení pro léčbu pooperační bolesti. Funkční APS týmy.

APS v ČR

- Počínající praktická existence (NNH, FNUSA, MNUL, FN Olomouc, Liberec, Jihlava, Hradec Králové, Hořovice, porodnice FN Bohunice...)
- Certifikační organizace (SAK, NIAHO, JCI)
- Splnění standardů vs. praktický efekt v nemocnici
- ČSARIM - doporučení
- MZ ČR – zatím bez odezvy
- Pojišťovny – velmi opatrné přešlapování

Doporučení, certifikace...

- IASP-EFIC, RCOA, DGAI, SFED –Algos program, ČSARIM, PTAiIT...
- JCI, NIAHO, TUV, Haute Autorité de Santé, SAK...

Standardy certifikačních organizací

- Právo pacienta na léčbu bolesti (JCI, NIAHO)
- Monitorace intenzity bolesti (JCI, NIAHO)
- Požadují intervenci a zhodnocení účinnosti intervence (JCI, NIAHO)
- Požadují záznam o bolesti a provedené intervenci (JCI, NIAHO)
- Požadují auditaci systému zvládnání bolesti (NIAHO)
- Kvalita intervence (samotná léčba) je ponechána na každém zdravotnickém zařízení, explicitně nevyžadují odborný léčebný postup pro léčbu bolesti
- Právo je, adekvátnost léčby není
- Nediktují rámec jak organizovat péči o bolest pacienta
- Problematika bolesti odsunutá do pozadí, formálnost v diagnostice, zvykovost v léčbě, absence bezpečnostních pojistek, které jsou nezbytné pro razantní a účinnou léčbu

Realita – příklad NNH 1

- Proces na identifikaci a povinnou intervenci od r. 2005
- Nález auditu JCI: nedostatečný nástroj na dg. bolesti - přepracování 2006. Audit r. 2008 bez nálezu – formálně systém naplňoval požadavky standardů JCI
- Záznam monitorace v ošetrovatelské dokumentaci bez vztahu k ostatním vitálním funkcím
- Malé povědomí personálu o možnostech léčby
- Nevhodné kombinace léků, nevhodná dávkovací schémata
- 2009 vlastní audit účinnosti léčby bolesti v NNH před zavedením APS – identifikace insuficience z hlediska výsledku pro pacienty

Realita – příklad NNH 2



- **Audit výskytu akutní bolesti v r. 2009:**
 - 70% pacientů zažilo po operaci významnou bolest
 - 65% pacientů zažilo po operaci významnou bolest ve dvou po sobě jdoucích měřeních
 - V šesti případech z 1475 měření jsme zjistili významný útlum dechu nebo vědomí při léčbě opiáty bez vědomí oš. personálu

Přes splnění JCI certifikačních požadavků, systém nebyl funkční. Standardy certifikačních společností nezajistí sami o sobě kvalitní pain management

Ekonomika 1

*Healing is an art
Medicine is a science
Healthcare is a business*



Náklady:

- Přímé – mzdové náklady, náklady na léky, materiál, vybavení
- Nepřímé – prostory, práce podpůrných složek (technicko-hospodářský úsek apod.), počet dní v neschopnosti (náklady sociální péče), ekonomická ztráta z pracovní neschopnosti (ztráta společnosti)
- Neurčité – utrpení pacienta, utrpení rodiny, problémy personálu (vyhoření, frustrace apod.)

Ekonomika 2



- **Cost – effectiveness**

Počítá náklady a výnosy – výnosy nejsou přímo finanční modalita, ale nějaká komplexní veličina

QALY – quality adjusted life years – Postoperative pain days averted

Dny v neschopnosti

Ekonomika 3



- Chybí dostatek relevantních studií

Breivik: náklady na APS vedený sestrou \$ 2-4 /pacienta/den

Stadler: náklady na APS vedený sestrou 19 euro/pacienta/den

Brodner: náklady na zavedení APS \$ 44 / pacienta

Stadler: zavedený APS poskytl pacientovi cca 2 hodiny úplné bezbolestnosti/den navíc, snížil počet plicních komplikací v hrudní a cévní chirurgii, snížil počet infekčních komplikací v ortopedii, zvýšil počet krvácivých komplikací v ortopedii.

Finanční náklady a úspory vztažené na Quality Adjusted Life Years (QALY) koncept – v případě léčby pooperační bolesti jde o Postoperative pain days averted (PPDA). Studie ukazuje, že získaná suma na kvalitě života je 32,25 euro v 1. pooperační den (v dalších dnech klesá)

Ekonomika 4



- NNH: mzdové náklady na APS sestry – cca 1 milion korun ročně (včetně odvodů zaměstnavatele)
- Cca 2500 pacientů ošetřených APS sestrou/rok, tj. 400 Kč/pacienta, cca 2 dny péče o pacienta – 200 Kč/pacienta/den
(při 8000 pacientech 125 Kč/pacienta)
- Systémová analgésie – odhad nárůstu cca 30 Kč/pacienta/den – při 8000 pacientech + 3 dny plné analgésie – 720 000 Kč/nemocnici
- Zisky?

Benchmarking PAIN OUT projekt



- Univerzita Jena, ESA, EU fondy
- Projekt sběru standardizovaných dat z různých nemocnic v Evropě
- Možnost sledovat postavení své nemocnice v pain managementu určitých výkonů
- Možnost konzultovat postupy

PR

Internetová média (Novinky, Idnes)

- „Lé ba akutní bolesti“ – 0 článk
- „Robotická chirurgie“ – 14 článk
- „Leksell v n ž“ – 5 článk
- „Hybridní sál“ – 4 články
- „Pozitronová emisní tomografie“ – 16 článk
- Pacienti vyžadují to, o em v dí...

Shrnutí

- Spokojenost pacienta (NNH 95,6% pacientů udalo „tišení bolesti“ jako faktor, který přispěl k jejich spokojenosti s pobytem v nemocnici-“Kvalita očima pacientů“)
- Standardizované postupy vs. individualizovaná péče? (PROSPECT)
- Kvalitní ekonomické analýzy – pojišťovny, poskytovatelé
- Benchmarking
- Zlepšení sběru dat, zlepšení provázanosti psaných standardů péče s realitou



Nejde jen o bolest...



- Nutrice
- Kontrola medikace ve standardech JCI – formální naplnění vzájemnou kontrolou lékaři, ale jediný, kdo může vnést jiný odborný pohled je klinický farmaceut
- Medicína orientovaná na PACIENTA – MULTIDISCIPLINÁRNÍ TÝM, který integruje znalosti ze specializovaných oborů přímo pro konkrétního pacienta. Nemocnice řízená ne pro hladký chod primariátů, ale pro užitek pacienta.
- Máme postupy na konkrétní situace – infarkt, iktus... ale nemáme často na situace, které se týkají každého pacienta – výživa, bolest, medikace
- Pozice ČLK – místo prosazování odborné kompetence pro užitek pacienta udržuje formální „důležitost“ lékařů, brání tím rozvoji multidisciplinárního přístupu s využitím práce nelékařských pracovníků
- Pozice pojišťoven – zpoždění, zavádění nových postupů nehodnotí