

617-082/-083-039.73:362.12.331.87:355.721

MOŽNOSTI ZKRACOVÁNÍ OŠETŘOVACÍ DOBY U OPEROVANÝCH NEMOCNÝCH

Plk. MUDr. Jaroslav JECH
Chirurgické oddělení vojenské nemocnice Brno
(náčelník: plk. MUDr. Jaroslav Jech)

Nedostatek nemocničních lůžek je dnes celosvětovým problémem. Rozvoj a úspěchy medicíny v posledních padesáti letech, zvýšená životní úroveň a bezplatná léčebná péče v řadě vyspělých zemí, zvyšování počtu lékařů na počet obyvatel apod. vedou k neúměrnému tlaku na volná lůžka v nemocnicích (5). Ale jsou tu i ekonomické důvody, které nutí organizátory hledat řešení (4). Náklady na nemocniční léčbu ve všech zemích silně stoupají. Např. ve Švédsku (1) činily náklady na léčebnou péči v roce 1920 1 % hrubého národního důchodu. V roce 1975 stouply již na 8 % hrubého národního důchodu a předpokládá se, že v letech 1985—90 stoupnou při dosavadním trendu až na 15 %.

Jaké je tedy řešení těchto problémů?

V podstatě je u chirurgických nemocných, a těmi se budeme v tomto sdělení zabývat, tento problém řešen dvojím způsobem. Jednak je to systém operací prováděných ambulantně (3, 4), jednak je to systém zvaný „Short stay surgery“, což volně přeloženo znamená zkrácení hospitalizace na nejmenší potřebnou dobu (1, 7). Oba

systémy při tom maximálně využívají ambulantní činnosti k diagnostice, předoperační přípravě i pooperační péči.

Operace prováděné ambulantně

Je třeba chápat toto ambulantní operování jako řešení jak odlehčit zatížení chirurgických lůžek u těch rutinních operací, které nepotřebují prakticky pooperační léčbu ani zvláštní sledování. Mezi tyto rutinní výkony (3, 4, 6) patří operace kýl, varixů, fimóz, halluxů, hemoroidů, Dupuytrenovy kontraktury, odstranění osteosyntetických materiálů apod. Uvolněná lůžka je možno efektivněji využít pro závažnější případy.

Je pochopitelné, že provádění ambulantních operací (4) vyžaduje určité předpoklady:

1. Vůli a ochotu nemocných k ambulantnímu výkonu.

2. Možnost a předpoklady domácí péče.

3. Možnost při komplikacích zajistit lékařskou péči a kontrolu.

Nutným předpokladem je tedy úzká spolupráce mezi ambulantním a klinickým sektorem právě při řešení vyskytnuvších se komplikací.

4. Dalším předpokladem, a možno říci nejdůležitějším, je, aby operace prováděné v ambulantním provozu měly stejné pracovní a materiální podmínky jako v klinickém provozu (2, 4, 8). To znamená operační sál, přípravnu, probouzeční prostory s odpovídajícím vybavením i odbornou operační kvalitu chirurgů. Také požadavky na anestezii musí být stejné jako na normálním chirurgickém oddělení. Přednost má místní znecitlivění, ale musí být možnost zajistit podle potřeby i jiné metody včetně intubace.

Již řadu let jsou prováděny ambulantně tyto operace ve Skandinávii. V roce 1973 byla v NDR ustavena pracovní skupina Sekce poliklinické chirurgie chirurgické společnosti NDR (4), která po dva roky na vybraných pracovištích sledovala výsledky takto prováděných ambulantních operací a srovnávala je se stejnými skupinami nemocných operovaných v lůžkových odděleních.

Např. operace tříselných kýl probíhá takto:

Příprava stejná jako na lůžkovém oddělení. Nemocný nesnídá, dostane běžnou premedikaci. Operuje se převážně v místním znecitlivění. Po operaci zůstává až osm hodin na poliklinice a po prvním vymočení je sanitkou odvezen domů.

Příští den je navštíven pracovníkem polikliniky, je doporučeno časně vstávání. První převaz po pěti dnech buď doma, nebo na poliklinice. Stehy se odstraňují desátý den. Schopnost práce za 21 dnů, žádné hojení per secundam; celkem sledováno 650 nemocných.

Ve stejném časovém období u 650 nemocných operovaných na lůžkových odděleních byla průměrná hospitalizace 7 dnů, sekundární hojení v 1 %, práceschopnost po 30 dnech.

U 650 ambulantně operovaných bylo tak ušetřeno 4550 lůžkodnů (podle našeho ceníku 250 Kčs/den, tj. 1 137 000 Kčs).

Stejným způsobem bylo odoperováno 1500 varixů, 1000 fimóz, 200 halluxů, 300 kladívkových prstů, 400 Dupuytrenových kontraktur, 3000 hemoroidů, 800 odstranění osteosyntetických materiálů.

Srovnáváním se stejnými počty operovaných na lůžkových odděleních byl menší výskyt sekundárního hojení, byla podstatně kratší nemocnost, nástup do práce o $\frac{1}{4}$ až $\frac{1}{3}$ doby dříve a přitom se ušetřilo více než 100 000 lůžkodnů (což v našich podmínkách znamená 25 miliónů Kčs). Ještě jiné srovnání — 100 000 lůžkodnů znamená roční lůžkovou kapacitu čtyř chirurgických oddělení po 100 lůžkách — tedy 400 lůžek ročně je možno využít pro jiné účely.

Závěry pracovní skupiny chirurgické společnosti NDR ukazují, že pro stát je efektivnější vytvořit menší počet chirurgických oddělení optimálně kádrově dotovaných a materiálně vybavených a plně je vytižít, než zřizovat další lůžková oddělení nedostatečně personálně a materiálně vybavená (4, 5, 8).

Short stay surgery

Je to zkracování ošetrovací doby v nemocnicích na nejkratší možnou dobu, což je dalším řešením nedostatku lůžek (1, 7).

Zkrácení pobytu v nemocnicích zvyšuje přijímací kapacitu nemocnice a umožňuje plné využití operační kapacity a redukuje nebezpečí bakteriálního hospitalismu. Přitom přírůstek operačních výkonů nevede k podstatnému zvýšení nákladů na provoz nemocnice.

S ohledem na seriózně prováděnou osobní a prostorovou hygienu nemá využití lůžek na chirurgických odděleních překračovat 75 %. Jenom tak je možno dodržet hygienické zásady pravidelné dezinfekce pokojů nemocných a ostatních prostorů, jakož i trvalou pohotovost lůžek pro akutní případy.

Zkrácení ošetrovací doby je možné jen za dodržování a pokud možno i současném provádění těchto zásad:

1. Řízení příjmu nemocných podle možnosti operační kapacity.
2. Ambulantně prováděná diagnostika a předoperační vyšetření.
3. Časné pooperační propuštění.
4. Omezení septické chirurgie a její převedení na ambulantní sektor.

Při dodržování těchto zásad dosáhli němečtí a skandinávští autoři takových úspěchů, že do dvou let zvýšili kapacitu oddělení o 30 % a někteří (Bengmark) došli až k návrhům na reprofilizaci chirurgických lůžek k jiným účelům.

Ad 1.

Většinou se provádí příjem nemocných k operaci podle zásady volných lůžek. To vede k nerovnoměrnému vytížení operační kapacity, která je jednou přetížena, jindy nevytížena. To se dá odstranit řízením příjmu podle operační kapacity, kterou nestanovíme jen podle počtu operací, ale podle operačních jednotek, které umožňují vzájemně srovnat mezi sebou operace s rozdílnou dobou trvání. Všichni víme, že ne každou apendektomií může operovat „cvičený foxteriér“, jak se zjednodušeně traduje, a už vůbec ji nejde srovnat s amputací rekta 120kg nemocného, a přesto obě operace figurují ve statistice jako rovnocenná čísla.

Vinz (7) doporučuje srovnávat podle operačních jednotek. Jedna operační jednotka — kýla, apendektomie, menisektomie. Dvě operační jednotky — cholecystektomie, resektce žaludku, operace strumy. Čtyři operační jednotky — amputace rekta, gastrektomie, zákroky na pankreatu.

Stanovenou kapacitu na týden nutno dodržet, plánování příjmu předbíhá o 2–3 týdny, $\frac{2}{3}$ operačních jednotek je objednáno, $\frac{1}{3}$ zůstává v rezervě pro akutní i poloakutní operace (ikterus, žlučnickové koliky, karcinomy apod.). Tak je zajištěno, že nemocní s karcinomem jsou operováni nejpozději do 14 dnů po zjištění diagnózy.

Ad 2.

Základní význam ambulantní diagnostiky a předoperačního vyšetření není třeba zdůrazňovat. Měl by se stát pravidlem pro všechna chirurgická oddělení. I pro nutná vyšetření proveditelná jen při hospitalizaci platí zásada na lůžko přijmout přesně k plánovanému termínu vyšetření.

Ad 3.

Časné propouštění předpokládá samozřejmě naprosto normální pooperační průběh až do doby propuštění. Je třeba individuálně brát v úvahu stáří, celkový stav, bydliště (město — venkov), možnosti lékařské péče, dopravní spojení apod.

Názory různých autorů na nejčasnější propouštění u standardních operací se různí. Němečtí autoři (7) jako nejčasnější termíny stanoví: u kýl tříselných 3. den, apendektomie 4. den, strumektomie 5. den, cholecystektomie 6. den, supraseduktivní vagotomie 6. den, resekce žaludku 7. den.

Švéd Bengmark (1) je daleko radikálnější, jeho termíny jsou ještě o 2—3 dny kratší. Např. u cholecystektomie popisuje režim praktikovaný na jeho klinice takto:

„Nemocný je operován, stěna břišní primárně uzavřena. Před uzavřením stěny břišní naplníme dutinu břišní 1,5 l tekutiny a nemocný nedostane žádné další infuze. První den po operaci dostane nemocný vlastní oděv a nabídne se mu snídaně. Většinou může nemocný jíst a také stát na nohou. Pak je většinou schopen následující den opustit nemocnici. Speciálním problémem jsou pro nás nemocní, u nichž byla provedena choledochotomie. Zatím se zdá, za předpokladu, že jsme žádným instrumentem neprošli přes sfinkter Oddiho, můžeme nemocné ošetřit suturou choledochu bez T drénu a také třetí nebo čtvrtý den propustit z nemocnice.“

Ve své práci dále zdůrazňuje zlepšení a z kvalitnění péče o nemocné jako faktor, který musí vést ke zkrácení hospitalizace. Dokazuje to na statisticky doložených průměrných ošetrovacích dobách prostatektomie prováděné v ústavech s rozdílnou úrovní odborné práce. Tyto ústavy mají podobnou organizaci jako naše NsP I., II. a III. typu. Podle švédské statistiky (1) pak trvá hospitalizace po prostatektomii v nemocnici I. stupně (všeobecné) 26 dnů, v nemocnici II. stupně na chirurgii 17,6 dnů, v nemocnici III. stupně na urologii 9,1 dnů a na specializovaném pracovišti dokonce jen 5,4 dnů. Na důkaz uvádí zkušenost s vlastním otcem, který byl operován na urologické klinice. Cituji: „Byl přijat v pondělí, v úterý operován, v pátek propuštěn a v neděli se procházel jako obyčejně v parku.“

Ad 4.

Omezení septické chirurgie je nutné chápat jako pouze omezení hospitalizace a její převedení do poliklinické péče. Nemocní jsou přijímáni v den zákroku (periprotální absces, infiltrace dermoidální cysty, abscesy apod.) a

ihned po ústupu celkové zánětlivé reakce propuštěni. Vede to sice k větším nárokům na přepravu nemocných, ale ohled na čistotu pracoviště je přednější.

Prosazování těchto čtyř zásad „Short stay surgery“ je za současného stavu chirurgie podmínkou jak dosáhnout racionalizace a zvýšené aktivity i v medicíně.

Z těchto důvodů doporučují Vinz a ostatní (7) stanovit a přesně definovat nové měrné ukazatele. Dosavadní statističtí ukazatelé, jako využití lůžek, průměrná ošetrovací doba, počty operací apod. již nevyhovují. Podle nich je třeba stanovit takové ukazatele jako: operační místa na počet lůžek, počty lékařů a sester na operační místa, počet operací na jedno operační místo a rok apod.

Naše oddělení se před třemi lety dostalo do situace, kdy pro generální opravu budovy bylo nuceno snížit počet lůžek na polovinu. Aniž bychom znali zkušenosti a závěry, o kterých jsem se právě zmiňoval, hledali jsme způsoby, jak za těchto podmínek řešit diskrepanci mezi možnostmi pracoviště a potřebami spádu. Zkrácení ošetrovací doby na oddělení a přenesení těžší práce na ambulanci a omezení civilního sektoru se ukázalo jako jediné možné řešení. Obsadili jsme ambulanci trvale 2—3 lékaři, zdokonalili tak ambulantní diagnostiku i předoperační ambulantní vyšetření. Navázali jsme užší spolupráci s ošetrovnami útvarů ve spádu a začali více využívat jejich lůžkové kapacity na doléčení vojáků. V našem spádu je několik vojenských učilišť, která mají dokonale vybavené ošetrovny (VA AZ Brno, VVŠ Vyškov), a to umožnilo některé menší výkony provádět ambulantně, u některých standardních operací pak maximálně zkrátit ošetrovací dobu v nemocnici a předat na doléčení k útvarům.

Během dvou let jsme tak dosáhli těchto výsledků:

- využití lůžek na 94 %, což z hlediska udržení čistoty oddělení není správné;
- průměrnou ošetrovací dobu na 12 dnů, což je nejkratší ze všech VN;
- počet operací na 1 lůžko stoupl ze 22 na 27;
- kapacita oddělení stoupla o 10—15 % a čekací objednávací doba chirurgických operací se zkrátila ze 3 měsíců na 4 týdny.

Tak jsme se nezávisle na cizích autorech dopracovali k podobným závěrům jako oni. Jistě některá jejich doporučení nejsou realizovatelná v našich podmínkách. Vojenský sektor má specifický charakter — někdy horší než civilní (kolektivní ubytování, polní podmínky, horší hygiena apod.), ale někdy také lepší — např. hygienu zdravotnické péče, možnosti lékařské kontroly apod.

Provádění standardních operací ambulantně bude narážet i v civilním zdravotnictví u nás na značné potíže, neboť jedna ze základních podmínek — možnost domácí péče — bude vzhledem k vysoké zaměstnanosti našich žen těžko proveditelná. Pochybuji, že při realizaci „Short stay surgery“ celostátně bychom dosáhli

úspěchu takového, aby chirurgická lůžka byla dokonce reprofilizována, ale tím, že by byla uvolněna od hospitalizace běžných chirurgických chorob, by se uvolnila pro urychlené ošetření závažných onemocnění, např. končetinových cév, coxartróz apod.

Tímto článkem chceme tak upozornit na nevyužitě možnosti, jak snížit tlak na lůžka a zavést racionalizaci a efektivitu i ve zdravotnickém zařízení. Předpoklady pro to mají jak vojenské nemocnice, tak i nemocnice civilní.

Souhrn

Autor ukazuje možnosti jak řešit nedostatek chirurgických lůžek změnou organizace práce na chirurgických odděleních. Dvě možnosti: ambulantní operace a systém „Short stay surgery“ podrobněji dokládá zkušenostmi zahraničních autorů. Výsledky tříletých vlastních zkušeností tyto závěry potvrzují.

Poznámka: Předneseno v plném rozsahu na odborném shromáždění vojenských chirurgů v r. 1980.

Literatura

1. Bengmark, S.: Effektivität der Chirurgie. Zbl. Chir., 101, 1976, č. 20, s. 1217—1229.
2. Henke, R.: Rekonstruktion und Mindestausstattung ambulanter chirurgischer Arbeitsplätze. Zbl. Chir., 101, 1976, č. 4, s. 215—218.
3. Kiene, S.: Möglichkeiten und Grenzen poliklinischer Chirurgie. Zbl. Chir., 101, 1976, č. 20, s. 1230—1234.
4. Knoch, H. G. a ost.: Die ambulante chirurgische Therapie. Zbl. Chir., 101, 1976, č. 4, s. 199—203.
5. Michelsen, E. G.: Die Bedeutung der poliklinischen Chirurgie für die ambulante Betreuung. Zbl. Chir., 101, 1976, č. 4, s. 193—198.
6. Michelsen, M.: Beitrag zum ambulanter Hernienoperation. Zbl. Chir., 101, 1976, č. 20, s. 1242—1243.
7. Vinz, H. aj.: Massnahmen zur Senkung der stationären Verweildauer an chirurgischen Kliniken. Zbl. Chir., 102, 1977, č. 19, s. 1153—1159.
8. Vogt, V. - Lieb, W.: Planung von chirurgischen und poliklinischen Abteilungen. Zbl. Chir., 101, 1976, č. 4, s. 204—214.

Klíčová slova: Zkracování ošetrovací doby u operovaných; Možnosti.