

Η Εξασφάλιση ποιότητας στην Αναισθησιολογία Όταν δεν Υπήρχαν Ετικέτες

Ν. ΜΠΑΛΑΜΟΥΤΣΟΣ

Η οργάνωση ενός αναισθησιολογικού τμήματος είναι μια προσπάθεια με δυσκολίες που το τέλος μπορεί να είναι αμφισβητούμενο. Η επιτυχία και η αποτυχία της προσπάθειας είναι μέσα στα πιθανά αποτελέσματα. Πιστεύω ότι με το σωστό προγραμματισμό, την έντονη και σωστή προσπάθεια αλλά και τη γνώση του αντικειμένου της ειδικότητάς μας η οργάνωση του τμήματος θα οδηγηθεί στην επιτυχία.

Σήμερα θα ανταλλάξω μαζί σας τις εμπειρίες μου από την οργάνωση του αναισθησιολογικού τμήματος και της μονάδος Εντατικής Θεραπείας του Θεαγενείου Αντικαρκινικού Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης.

Όταν το 1976 πρωτοδιορίστηκα στο Θεαγένειο βρήκα ένα τμήμα που λειτουργούσε ήδη για διάστημα 11 μηνών. Υπήρχαν έξι ειδικοί αναισθησιολόγοι, μια προϊσταμένη, νοσηλεύτριες του αναισθησιολογικού και μια προϊσταμένη της ΜΕΘ που ήταν όμως κλειστή. Οι γιατροί έρχονταν στο Νοσοκομείο τρεις φορές την εβδομάδα και κάλυπταν τρεις αίθουσες χειρουργείου.

Η κάθε αίθουσα ήταν εφοδιασμένη με μηχανήματα αναισθησίας και ένα monitor. Υπήρχε κεντρική παροχή οξυγόνου και αναρρόφησης. Οι αναισθησιολόγοι έρχονταν το πρωί και ο πρώτος επέλεγε το χειρουργείο στο οποίο θα εργαζόταν και το ίδιο ακολουθούσε με τους άλλους δύο. Στη διάρκεια της αναισθησίας βοηθούσαν τους γιατρούς οι νοσηλεύτριες του αναισθησιολογικού τμήματος. Μετά το τέλος της αναισθησίας οι άρρωστοι μεταφέρονταν στην αίθουσα ανάνηψης έως ότου ο μεταφορέας τους μεταφέρει στην χειρουργική κλινική στην οποία ανήκαν.

Η αίθουσα ανάνηψης είχε ένα απινιδωτή και κεντρική παροχή O_2 και αναρρόφησης. Επίσης στο Νοσοκομείο υπήρχε και ένας αναλυτής αερίων αίματος που ήταν σε άσχετο χώρο. Όλα τα monitors, ο απινιδωτής και ο αναλυτής αερίων αίματος ήταν αχρησιμοποίητα, αλλά προσεκτικά καλυμμένα με ύφασμα. Η ΜΕΘ είχε οκτώ κρεβάτια με προφυλακτικό κιγκλίδωμα, ένα κεντρικό σταθμό, έξι περιφερικά monitors, ένα αναπνευστήρα όγκου και δυο αναπνευστήρες πίεσης. Επίσης είχε κεντρική παροχή O_2 και αναρρόφηση. Οι χώροι του αναισθησιολογικού τμήματος και της ΜΕΘ ήταν ικανοποιητικοί. Η ανάνηψη κάλυπτε $72m^2$ και η ΜΕΘ $230m^2$. Υπήρχε γραφείο διευθυντού, γραφείο ειδικών, χώρος προσωπικού της ΜΕΘ και δωμάτιο εφημερεύοντος μέσα στους χώρους της ΜΕΘ.

Από την πρώτη ημέρα άρχισε η προσπάθεια της ορ-

γάνωσης του τμήματος. Καθορίστηκε ότι ο κάθε ειδικός θα χορηγούσε αναισθησία σε συγκεκριμένο χειρουργείο για ολόκληρο το μήνα. Τον επόμενο μήνα θα άλλαζαν χειρουργείο ώστε στους τρεις μήνες και οι τρεις ειδικοί θα περνούσαν και από τα τρία χειρουργεία. Ο κάθε ειδικός έβλεπε τους αρρώστους του από την προηγούμενη ημέρα του χειρουργείου και αν ο άρρωστος παρουσίαζε προβλήματα τα συζητούσαμε μαζί.

Οι δύο νοσηλεύτριες μοιράζονταν τις τρεις αίθουσες χειρουργείου και ήταν πάντοτε παρούσες τόσο στην εισαγωγή όσο και στο τέλος της αναισθησίας. Δεν αντικαθιστούσαν όμως τους γιατρούς. Όταν έπρεπε ο γιατρός να βγει από το χειρουργείο του τον αντικαθιστούσα εγώ.

Μετά το τέλος της αναισθησίας ο άρρωστος μεταφερόταν στην αίθουσα ανάνηψης όπου ήταν υπεύθυνη η προϊσταμένη του αναισθησιολογικού και ο άρρωστος παρέμενε για χρονικό διάστημα το ελάχιστο 30 min. Το διάστημα αυτό παρατεινόταν όσο χρειαζόταν για πλήρη ανάνηψη του αρρώστου. Σ' όλο αυτό το διάστημα ο άρρωστος δεν έμενε ποτέ μόνος του. Από την πρώτη ημέρα τα monitors ξεσκεπάστηκαν και όλοι οι άρρωστοι συνδέονταν με monitor ανεξάρτητα της γενικής τους κατάστασης. Επίσης στην αίθουσα ανάνηψης μεταφέρθηκε ο αναλυτής αερίων αίματος και έγιναν οι πρώτες αρτηριοκεντήσεις και αναλύσεις αερίων αίματος σε αρρώστους από αναισθησιολόγους.

Κατά τη διάρκεια της αναισθησίας ετηρείτο προσεκτικά το διάγραμμα αναισθησίας και η κάθε σύριγγα που ήταν επάνω στο αναισθησιολογικό τραπέζι είχε μια αυτοκόλλητη ταμπέλα στην οποία αναγραφόταν με στυλό το όνομα και μερικές φορές και η πυκνότητα του φαρμάκου που περιείχε η σύριγγα. Από την αρχή επίσης έγινε προσπάθεια να εξατομικεύεται το είδος και η δόση των φαρμάκων της προνάρκωσης και οι νοσηλεύτριες του αναισθησιολογικού φρόντιζαν να γίνεται η προνάρκωση το λιγότερο 30 min πριν τη μεταφορά τους στο χειρουργείο. Σε σύντομο διάστημα εγκρίθηκε η χορήγηση ειδικότητας αναισθησιολογίας από το τμήμα και ήλθαν οι τρεις πρώτοι ειδικευμένοι.

Από την πρώτη ημέρα που ήλθαν στο Νοσοκομείο άρχισε η εξοικείωσή τους με τα μηχανήματα, τα όργανα, τα αναισθησιολογικά φάρμακα και τους χώρους των χειρουργείων και της ανάνηψης. Και οι ειδικευόμενοι ορίστηκαν σε ένα χειρουργείο για διάστημα ενός μηνός και η μετακίνησή τους γινόταν με αντίστροφη φορά από τη μετακίνηση των ειδικών ώστε να συναλλάσσονται οι ε-

φημερίες όλων.

Ο ειδικευόμενος έκανε προεγχειρητική επίσκεψη α-φού τέλειωσε το χειρουργείο του και συζητούσε το περιστατικό του με τον ειδικό αναισθησιολόγο και κατάστρωνε το σχέδιο αναισθησιολογικής αντιμετώπισης. Επί διαφωνίας με τον ειδικό για την αντιμετώπιση του αρρώστου έπρεπε τόσο ο ειδικός όσο και ο ειδικευόμενος να εξηγήσουν τους λόγους της πρότασής τους. Εάν η διαφωνία συνεχιζόταν, η συζήτηση επαναλαμβανόταν και με τον διευθυντή και δινόταν η τελική λύση που έπρεπε να είναι πάντοτε αιτιολογημένη.

Καθιερώθηκε ένα καινούργιο διάγραμμα αναισθησίας για την προεγχειρητική αξιολόγηση, τη χορήγηση αναισθησίας και την μετεγχειρητική παρακολούθηση.

Ο ειδικευόμενος έκανε μετεγχειρητικές επισκέψεις που κυμαίνονταν από μία έως πέντε ανάλογα με τη βαρύτητα της φυσικής κατάστασης του χειρουργημένου και αξιολογείτο η αποτελεσματικότητα της μεθόδου και η ύπαρξη τυχόν επιπλοκών που είχαν ή δεν είχαν σχέση με την αναισθησία.

Η προεγχειρητική επίσκεψη και αξιολόγηση του αρρώστου, η χορήγηση αναισθησίας, η τήρηση του διαγράμματος και η μετεγχειρητική επίσκεψη ήταν γεγονότα που ετηρούντο πολύ προσεκτικά και με την άμεση ε-ποπτεία μου.

Το πιο σημαντικό μέρος της εργασίας μου ήταν η πρακτική και θεωρητική εκπαίδευση των ειδικευομένων επειδή πίστευα και πιστεύω ότι οι ειδικευόμενοι αποτελούν τον πυρήνα της εξέλιξης της ειδικότητάς μας. Τους θεωρούσα και τους θεωρώ τα σημαντικότερα μέλη του τμήματος που είχαν όλα τα δικαιώματα. Αλλά και οι υποχρεώσεις τους ήταν μεγάλες. Είχαν την πλήρη ευθύνη για τους αρρώστους τους με την επιστημονική έλλειψη των ειδικών γιατρών και την δική μου. Δεν δεχόμουν αδικαιολόγητη απουσία και με κανένα τρόπο και ποτέ δεν συμφωνούσα ότι ο ειδικευόμενος κουράστηκε έστω κι αν είχε δίκιο.

Η κλινική εκπαίδευση περιελάμβανε τις μεθόδους γενικής και περιοχικής αναισθησίας, τη χορήγηση υ-γρών, το monitoring, τη λειτουργία των αναπνευστήρων, του αναλυτή αερίων αίματος και του απινιδωτή.

Τόσο η εισαγωγή όσο και η αφύπνιση γινόταν πάντοτε από δυο γιατρούς. Ένα ειδικευόμενο κι έναν ειδικό. Και πάντοτε σ' αυτούς τους χρόνους παρευρισκόταν και βοηθούσε και μια νοσηλεύτρια. Η ίδια και ίσως περισσότερη προσπάθεια καταβλήθηκε για την θεωρητική κατάρτιση των ειδικευομένων. Από την αρχή καθιερώθηκε ένα μάθημα την εβδομάδα, στο οποίο συμμετείχαν οι ειδικευόμενοι κι εγώ. Ο αρχαιότερος ειδικευόμενος ορίστηκε επικεφαλής των ειδικευομένων (chief resident) με τον οποίο συζητούσα όλα τα προβλήματα των ειδικευομένων, και τις περισσότερες φορές ακολουθούσα τις εισηγήσεις του.

Το πρόγραμμα των μαθημάτων ολοκληρωνόταν σε 2 χρόνια, όση ήταν η εκπαίδευση στην αναισθησιολογία αφού είχε προηγηθεί ένας χρόνος χειρουργικής, και περιελάμβανε μεταξύ άλλων την φυσιολογία του αναπνευστικού και του κυκλοφοριακού, τη νευρομυική σύναψη, υ-γρά - ηλεκτρολύτες, μηχανικό αερισμό των πνευμόνων, αναισθητικά - μυοχαλαρωτικά - τοπικά αναισθητικά φάρμακα, φάρμακα του Αυτόνομου Νευρικού Συστήματος,

τεχνικές γενικής και περιοχικής αναισθησίας και χορήγηση αναισθησίας κατά ειδικότητα.

Το μάθημα γινόταν από τον ειδικευόμενο που έπρεπε μέσα σε 45 min να ολοκληρώσει την παρουσίασή του. Στην προετοιμασία του μαθήματος, και ανεύρεση σχετικής βιβλιογραφίας ήμουν πάντα στη διάθεσή τους. Ο ειδικευόμενος είχε την πλήρη ευθύνη της οργάνωσης και παρουσίασης του μαθήματος. Μετά το τέλος της παρουσίασης ακολουθούσε κριτική που αφορούσε την τεχνική της παρουσίασης, το ύφος, τη φωνή, την ταχύτητα ομιλίας από τον κάθε ένα των παρακολουθούντων. Ακολουθούσε η υποβολή ερωτήσεων και αν δεν δινόταν ικανοποιητική απάντηση από τον ομιλητή παρενέβαινα κι εγώ. Η διάρκεια των παρατηρήσεων και ερωτήσεων υπερέβαινε συνήθως το χρόνο της ομιλίας.

Στην αρχή τα μαθήματα αυτά δεν γίνονταν πάντοτε την ίδια ημέρα αλλά και υπήρχαν εβδομάδες που δεν έγιναν μαθήματα. Όσο περνούσε ο καιρός βελτιωνόμαστε και σε λίγο διάστημα καθιερώθηκε συγκεκριμένη ημέρα και δεν χανόταν εβδομάδα.

Η μορφή αυτών των μαθημάτων προκρίθηκε με την ελπίδα ότι ο ειδικευόμενος θα διαβάσει εντατικότερα, θα μάθει να χρησιμοποιεί την σωστή βιβλιογραφία και θα γίνεται αξιοπρεπής ομιλητής. Πιστεύω ότι τα αποτελέσματα δικαίωσαν τις προσπάθειες. Παράλληλα προχωρούσε και η εκπαίδευση των νοσηλευτριών του αναισθησιολογικού τμήματος με συζητήσεις 15 min 2 ή 3 φορές την εβδομάδα. Πιστεύω πάντοτε ότι οι νοσηλεύτριες είναι οι άμεσοι και ισότιμοι συνεργάτες μας.

Επίσης οι ειδικοί έμμεσα συμμετείχαν και παρακολουθούσαν την εξέλιξη της λειτουργίας του τμήματος τόσο στο κλινικό όσο και στο θεωρητικό επίπεδο.

Από την πρώτη ημέρα τα προσωπικά μου βιβλία και τα περιοδικά ήταν στη διάθεση όλων των μελών του τμήματος. Οι γιατροί εκπαιδευόνταν στην ανεύρεση της απαραίτητης βιβλιογραφίας με χρήση του Index Medicus του Νοσοκομείου και των Indexes των περιοδικών.

Αφού λειτούργησε το τμήμα για μερικούς μήνες και αποκτήθηκε εμπειρία σε μεθόδους όπως ο μηχανικός αερισμός, η χορήγηση υγρών, η μέτρηση της κεντρικής φλεβικής πίεσης και η χρήση των monitors άνοιξε στις 31 Μαρτίου 1977 η Μονάδα Εντατικής Θεραπείας του Νοσοκομείου.

Στην αρχή αναπτύχθηκαν τα 4 από τα 8 κρεβάτια και προοδευτικά αυξήθηκε ο αριθμός. Στη ΜΕΘ εφημέρευε ο ειδικευόμενος ο οποίος ήταν και ο υπεύθυνος στη λήψη αποφάσεων με την δική μου επίβλεψη αλλά και κάλυψη όπως και των ειδικών αναισθησιολόγων που εφημέρευαν από το σπίτι τους.

Και για τους νοσηλευτές της ΜΕΘ άρχισαν μαθήματα που αφορούσαν το αναπνευστικό και κυκλοφοριακό σύστημα, τις μεθόδους παρακολούθησης των ζωτικών λειτουργιών, τα monitors, το μηχανικό αερισμό των πνευμόνων και την καθημερινή νοσηλευτική φροντίδα.

Για να επιτύχει η οργάνωση ενός καινούργιου τμήματος είναι απαραίτητη η καλή διάθεση και ικανότητα επιστημονική και διοικητική του διευθυντή. Κι αυτό πιστεύω ότι είναι πολύ σημαντικό. Ο διευθυντής πρέπει να έχει ίδια συμπεριφορά σε όλα τα μέλη του τμήματος και να μην ξεχωρίζει κανένα. Να μην επιτρέπει και πολύ περισσότερο να μην επιζητεί καταγγελίες (καρφώματα) από

συνεργάτες του. Αν υπάρχει παράπονο θα αναφέρεται επί παρουσία εκείνου για τον οποίο γίνεται το παράπονο.

Δεν επιτρέπεται η δημιουργία ομάδας (κλίκας). Υποστήριξη επιστημονική και νομική των συνεργατών του και όχι προσπάθεια αποστασιοποίησης από τα προβλήματα.

Πολύ καλές σχέσεις με όλες τις άλλες ειδικότητες και σεβασμό από τις άλλες ειδικότητες. Να εκτιμά και να σέβεται όλους τους συνεργάτες του και να μην τους χρη-

σιμοποιεί στο Νοσοκομείο ή και εκτός Νοσοκομείου για προσωπικό όφελος.

Τελειώνοντας έχω να πω ότι αν αυτά που αναφέρθηκαν είναι σωστά ή εσφαλμένα τα συμπεράσματα και οι κρίσεις θα βοηθηθούν από την πολύχρονη, πια, λειτουργία του Αναισθησιολογικού Τμήματος και της ΜΕΘ του Θεαγενείου, τους ανθρώπους που εκπαιδεύτηκαν εκεί και τα αποτελέσματα στους αρρώστους.