

# Ūminio skausmo tarnyba: Quo vadis?

Giedrius Laurinėnas

Vilniaus greitosios pagalbos universitetinė ligoninė

Anesteziologijos, reanimatologijos ir kritinių būklių medicinos centras

## Įvadas

Pooperacinio skausmo gydymo svarba jau senai yra žinoma. Reikia pripažinti, kad kovai su ūminiu skausmu – dvidešimtojo amžiaus stichine nelaimė – pastaruoju metu buvo mestos ištis nemenkos pajėgos, nes dabartinis vaistų ir analgezijos technikų arsenalas tikrai stebina savo gausa ir įvairove. Jei ne nūdienos ekonominės realijos, šiandien turbūt kiekvienas skausmą gydantis medikas šioje galimybių jūroje jaustų plačią pasirinkimo laisvę, o tiksliau – džiaugsmą, kuris ir jungia šio amato mylėtojus į įvairiausias draugijas, įkvepia naujų kūrybinių minčių ir pagimdo konstruktyvių diskusijų. Džiugu, kad susidomėjimas šia tema toliau sparčiai auga tiek pasaulyje, tiek Lietuvoje.

Bėgant metams, informacijos apie ūminio skausmo patogenezę ir gydymo patirties yra sukaupta nemažai. Natūralu, kad atėjo metas viską sisteminti, kritiškai įvertinti visus kelius ir klystkelius, numatyti plėtros prioritetus. Taip gimė modernios ūminio skausmo tarnybos, atsakingos už įrodymais pagrįstą, kokybišką, tęstinį pagalbos organizavimą, idėja. Šiandien ūminį skausmą gydo kelių specialybių, skirtingų sveikatos priežiūros grandžių gydytojai, tad koordinatoriaus ir kokybės auditoriaus būtinybė jau yra neabejotina. Vakaruose moderni ūminio skausmo tarnyba įgavo ir švietėjišką vaidmenį: jos įsteigimas sparčiai keitė pasenusias skausmo gydymo dogmas ligoninėse bei konservatyvų pirminės grandies gydytojų požiūrį į analgeziją. Šalia šių skausmo gydymo padalinių ilgainiui pradėjo kurtis ir lėtinio skausmo kabinetai bei klinikos.

Gaila, tačiau dabartinė situacija skausmo gydymo sektoriuje Lietuvoje vis dar teikia mažai paguodos. Kaip ir galima buvo tikėtis, 2003-2004 m. atlikta visų šalies ligoninių apklausa (114 respondentų telefonu, elektroniniu paštu, anketa) parodė abejotiną ūminio skausmo gydymo kokybę daugelyje Lietuvos regionų, nors su šia problema kasdien tenka susidurti beveik kiekvienam (1 lentelė):

1 lentelė. Ūminio skausmo tarnyba Lietuvoje

| Ar ūminis skausmas jūsų ligoninėje gydomas pakankamai efektyviai? | Universitetinės ligoninės | Apskričių centrų ligoninės | Rajonų centrinės ligoninės |
|---|---------------------------|----------------------------|----------------------------|
| Taip  | 36%                       | 58%                        | 44%                        |
| Ne  | 64%                       | 42%                        | 56%                        |
| Ar jūsų ligoninėje yra ūminio skausmo tarnyba?                    | Universitetinės ligoninės | Apskričių centrų ligoninės | Rajonų centrinės ligoninės |
| Taip  | 82%                       | 42%                        | 19%                        |
| Ne  | 18%                       | 58%                        | 81%                        |

Deja, daugiau kaip pusė visų respondentų nelabai suprato, kam reikalinga ūminio skausmo tarnyba ir kas tai yra. Neefektyvaus skausmo gydymo priežastimi pirmiausia buvo nurodyta lėšų stoka medikamentams, epidūrinėms ir nervinių rezginių adatoms įsigyti, didelis darbo intensyvumas, personalo trūkumas bei biurokratinės kliūtys lėtinio skausmo kabinetams steigti. Nenuostabu, kad, išskyrus kelis stambesnius centrus (daugiausiai teikiančius ortopedinę-traumatologinę bei angiochirurginę pagalbą), tradicinis analgetikų skyrimas į raumenis pagal poreikį išlieka dažniausias pooperacinės analgezijos metodas. Lyginant su Europos šalių vidurkiais, atsilieka akivaizdžiai. Atrodo, kad novatoriškų ir švietėjiškų pooperacinio skausmo

gydymo padalinių steigimas mūsų šalyje būtų vienas pirmųjų žingsnių vežantis Europą. Jie būtini kiekvienai ligoninei, siekiančiai tapti europietiška, konkurencinga gydymo įstaiga, kovojančia už savo gerą vardą ir teikiančia kokybiškas anesteziologijos-reanimatologijos ir chirurgijos paslaugas.

## Ūminio skausmo tarnyba vakar ir šiandien

Šiuolaikinė ūminio skausmo gydymo samprata vystėsi labai lėtai ir skausmingai. Ištinus dešimtmečius nei anesteziologai, nei chirurgai ypatingo dėmesio pooperaciniam nuskausminimui neskirdavo, o atsakomybės už netinkamą analgeziją sau neprisiimdavo. Skausmas buvo tarsi sudėtinė ligos dalis, todėl kiekvienas pacientas, guldamasis į ligoninę, jo visuomet lyg ir turėdavo tikėtis. Nenuostabu, kad ūminio skausmo tarnybos idėja, pirmą kartą pasiūlyta 1965 m., irgi greitai buvo užmiršta. Nepaisant pavienių raginimų vėlesniais dešimtmečiais, praėjo dar bemaž ketvirtis amžiaus, kol buvo įvertinta tikroji šio sumanymo reikšmė. Pirmosios tarnybos (Acute Pain Service, APS) įsteigtos JAV ir Vokietijoje 1985 m. Šios iniciatyvos tuoj pat gavo formalų palaikymą iš tarptautinių ir nacionalinių organizacijų. Įkvėpta sėkmės, ši idėja dešimtajame dešimtmetyje išgyveno jau tikrą renesansą: daugiau kaip pusė visų stambesnių Europos ir JAV ligoninių jau turėjo vieno ar kito modelio ūminio skausmo tarnybą. Tuo pat metu pasirodė ir pirmieji nacionaliniai skausmo gydymo standartai<sup>[1-5]</sup>, ligoninės ėmė kurti vietinius pooperacinės analgezijos algoritmus, atsirado reali galimybė saugiai tęsti sudėtingesnes skausmo malšinimo alternatyvas (paciento kontroliuojamą analgeziją (angl., *patient controlled analgesia, PCA*), pastovią epidūrinę analgetikų infuziją ir kt.) įvairių skyrių palatose. Tokie paprasti dalykai kaip pacientų, slaugytojų ir gydytojų švietimas, reguliarus skausmo lygio monitoravimas, nauji ir visiems suprantami standartizuoti gydymo protokolai, kurie, be opioidų, apima ir paracetamolį bei nesteroidinius vaistus nuo uždegimo, ženkliai sumažino intensyvaus ir vidutinio intensyvumo pooperacinio skausmo, pykinimo, vėmimo, respiracinių komplikacijų dažnį<sup>[6]</sup>. Nepaisant palyginti didelių žmogiškųjų ir finansinių investicijų, jau yra įrodyta, kad ūminio skausmo tarnyba gali būti ir ekonomiškai efektyvi<sup>[7-8]</sup>.

Deja, bėgant laikui, tapo aišku, kad vien tik tarnybos įsteigimas anaiptol nėra kokybiško gydymo garantas. Keista ir apmaudu, tačiau kelios didesnės tarptautinės pastarojo penkmečio studijos<sup>9-10</sup> pateikė vis dar nuviliančius pooperacinio skausmo gydymo analizės rezultatus. Nepaisant didėjančio tokių tarnybų skaičiaus, gausybės nacionalinių standartų ir rekomendacijų, Europoje stebėtinai didelė (kai kurių autorių teigimu, iki 75%) pacientų dalis vis dar kenčia stiprų skausmą. Pamažu ryškėja ir šio reiškinio priežastys: ką tik studijas baigę gydytojai ir slaugytojos nėra įgiję pakankamai žinių, nepakankamas dėmesys skiriamas skausmo lygio monitoringui ir savalaikiam jo gydymui, nėra lėšų įsigyti brangiai PCA ir epidūrinę infuzijų įrangai, mažinamas finansavimas ūminio skausmo padaliniais, anesteziologai susiduria su atkakliu chirurgų ir ypač slaugytojų pasipriešinimu naujovėms, nėra pagalbos tęstinumo. Teigiama, kad susidūrę su skausmu, apie du trečdaliai pacientų šią problemą yra priversti spręsti patys (savo nuožiūra vartoja be recepto išrašomus medikamentus, ypač namuose), o tik šeštadaliui jų pataria gydytojas arba farmacininkas. Akivaizdu, kad ir Europoje ūminio skausmo gydymo problema lieka neišspręsta, o optimalaus ūminio skausmo tarnybos modelio, kurių yra pasiūlyta išties nemažai, paieška vis dar tęsiasi.

## Šiuolaikinė ūminio skausmo tarnybos samprata

Moderni tarnybos samprata apibrėžta jau minėtuose nacionaliniuose standartuose. Jungtinis Didžiosios Britanijos *Royal College of Anaesthetists* ir *Royal College of Surgeons* 1990 m. projektas diskusijose apie pagalbos organizavimą minimas dažniausiai. Jo pavyzdžiu panašūs dokumentai buvo priimti kitose šalyse. Abstraktūs ir rekomendacinio pobūdžio teiginiai yra

esminis šio ir kitų dokumentų (pvz., Europos parlamente paskelbtos Europos skausmo deklaracijos) trūkumas, ribojantis jų praktinį pritaikymą. Bet kuriuo atveju, tai yra tvirtas atspirties taškas diskusijose su politikais, sveikatos priežiūros sistemos administratoriais, ligoninių vadovybe. Ekspertų nuomone, šiandien didžiausias dėmesys turėtų būti nukreiptas į ūminio skausmo prevenciją, taip pat ankstyvą analgezijos komplikacijų diagnostiką bei standartizuotą gydymą (2 lentelė):

2 lentelė. Šiuolaikinės ūminio skausmo tarnybos veiklos kryptys

|             |  |
|-------------|--|
| Prevencija  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Atsakomybės paskirstymas</li> <li>• Pagalbos prieinamumas ir tęstinumas</li> <li>• Pacientų, slaugytojų ir gydytojų mokymas</li> <li>• Pacientų atranka įvairiems nuskausminimo būdams</li> <li>• Skausmo gydymo kokybės auditas</li> </ul> |
| Diagnostika | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pastovus skausmo monitoravimas („Skausmas turi būti matomas“)</li> <li>• Ankstyva skausmo diagnostika</li> <li>• Ankstyvas analgezijos komplikacijų išaiškinimas</li> </ul>   |
| Gydymas     | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pooperacinė analgezija pagal standartizuotus protokolus</li> <li>• Komplikacijų gydymas ir analizė</li> <li>• Konsultacinės pagalbos organizavimas sudėtingesniais klinikiniais atvejais</li> </ul>   |

Kaip rodo įvairių šalių patirtis, visus šiuos tikslus bent iš dalies įgyvendinti tikrai įmanoma, net esant ribotoms finansinėms galimybėms bei atsakingo personalo stokai – t.y., be tų dalykų, kuriuos ypač akcentavo Lietuvos anesteziologai-reanimatologai apklausos metu. Yra žinoma daug ūminio skausmo tarnybos modelių. Štai Örebro (Švedija) ligoninės skausmo gydymo padalinys dažniausiai pateikiamas kaip vienas optimaliausių ir pigiausių pavyzdžių. Centrinė jo figūra – skausmo gydymo slaugytoja (*pain-nurse based anesthesiologist-supervised acute pain service*). Kitose pasaulio šalyse viduriniojo medicinos personalo vaidmuo mažesnis (*anesthesiologist-based acute pain service*), o daugelis stambesnių JAV ligoninių turi net ištisą darbuotojų kolektyvą išimtinai ūminio skausmo gydymui (etatinis anesteziologas, rezidentai, specialius skausmo gydymo kursus baigusios slaugytojos, farmakologai, fizioterapeutai, psichologai, infuzinių pompų technikai, sekretorės, asmenys, atsakingi už įrangos ir vaistų pirkimą ir t. t.). Kiekvienas tarnybos variantas turi savų privalumų ir trūkumų; visais atvejais siekiama tų pačių tikslų. Pagrindinės ūminio skausmo tarnybos veiklos kryptys ir steigimo etapai toliau aptariami detaliau.

## 1. Atsakomybė ir jos paskirstymas ūminio skausmo tarnyboje

Tai yra pirmasis ir, galbūt, sudėtingiausias komandos formavimo etapas. Čia ir iškyla daugiausia problemų. Nors sėkmingu skausmo gydymu suinteresuotų žmonių ratas šiandien yra platus – anesteziologai, chirurgai, slaugytojos, fizioterapeutai ir net ligoninės administracija, kiekviena šios multidisciplininės komandos pusė turi parodyti nepaprastą lankstumą ir tam tikrą toleranciją jau susiformavusiai tradicinei ūminio skausmo gydymo rutinai, kad ir kokia konservatyvi iš pirmo žvilgsnio ji bebūtų.

- *Kiekvienas šiuolaikiškas anesteziologijos skyrius* turėtų ryžtis priimti atsakomybę už tokio padalinio organizavimą ligoninėje ir efektyvų bei nepertraukiamą jo funkcionavimą. Juk skausmo gydymas – šiandien jau nediskutuotina kiekvieno anesteziologo pareiga.

Deja, Lietuvoje anesteziologijos skyrių darbas nėra aiškiai reglamentuotas: SAM išleido daugybę specialiųjų reikalavimų visiems įmanomiems ligoninės skyriams, išskyrus anesteziologijos. Šio padalinio darbas net neskirstomas į lygius, taigi didelė daugiaprofilinė universitetinė ligoninė prilyginama mažai gydymo įstaigai šalies provincijoje ir atvirkščiai. Maža to, anestezijos ir analgezijos paslaugos šiandien dar neturi įkainių; tai – sudėtinė chirurginės operacijos kainos dalis. Natūralu, kad anestezijos ir pooperacinės analgezijos įkainių nebuvimas stabdo naujų ir brangesnių analgezijos metodų plitimą Lietuvoje, nes šiandien ligoninių administracija suinteresuota operacijos išlaidas, į kurias įeina ir anestezijos kaštai, sumažinti iki minimumo. Nenuostabu, kad žymiai pažangesnės, bet gerokai brangesnės pastovios analgetikų infuzijos taikomos ribotai (kai kurios atokesnių regionų ligoninės net neturi nė vieno veikiančio ilgalaikės infuzijos aparato), o pooperacinio skausmo malšinimui pasirenkami pigiausi analgetikai pačiu pigiausiu būdu – į raumenis ar į veną (3 lentelė):

3 lentelė. Anestezijos ir pooperacinės analgezijos metodai Lietuvoje

| Pažangūs (regioniniai) anestezijos būdai   | Universitetinės ligoninės | Apskričių centrų ligoninės | Rajonų centrinės ligoninės |
|--|---------------------------|----------------------------|----------------------------|
| Spinalinės anestezijos   | 100%                      | 100%                       | 100%                       |
| Epidūrinės anestezijos   | 100%                      | 92%                        | 60%                        |
| Nervinių rezginių anestezijos  | 64%                       | 75%                        | 61%                        |
| Pooperacinės analgezijos metodai   | Universitetinės ligoninės | Apskričių centrų ligoninės | Rajonų centrinės ligoninės |
| Tik analgetikai pagal poreikį  | 0%                        | 8%                         | 75%                        |
| Taikomas bent vienas tęstinis metodas (intratekaliniai opioidai, infuzijos į epidūrinį tarpą, rezginius, pastovi morfino infuzija į v. ir kt.) | 100%                      | 92%                        | 25%                        |

Taigi, nūdienos sąlygos anesteziologinio skyriaus apsisprendimui įsteigti šiuolaikinį skausmo gydymo padalinį šiandien dar tikrai nėra palankios ir dažniausiai remiasi tik gydytojų entuziazmu. Iš kitos pusės – akivaizdu, kad reikia ir galima padaryti tikrai daug. Džiugu, kad šiandien „...labai stiprus (VAS 9-10) ir vidutinio intensyvumo (VAS 7-8) ūminis skausmas, kai reikia skubaus nuskausminimo“ jau yra būtinosios pagalbos sąrašuose. Galbūt toks ūminio skausmo – grėsmingos medicininės problemos – pripažinimas bus pirmu žingsniu siekiant anesteziologijos paslaugų apmokestinimo, standartizavimo bei gydymo įstaigų akreditavimo. Kol kas, deja, apie ligoninės ūminio skausmo tarnybos, kiekvienos šiuolaikinės ligoninės atributo, būtinybę jokiuose oficialiuose dokumentuose nėra net užsiminama.

- *Anesteziologai* multidisciplininėje skausmo gydymo komandoje komandoje turėtų imtis vadovaujančio vaidmens, nes jie tradiciškai aktyviai dalyvauja ruošiant pacientą operacijai, parenka ir atlieka anesteziją operacinėje, stebi pacientą po intervencijos. Išrinktas tarnybos lyderis (t. y., už skausmo gydymą ligoninėje atsakingas anesteziologas, kurių didesnėje ligoninėje gali būti ir keli) atsako už nepertraukiamą tarnybos darbą, bendradarbiavimą su slaugytojomis, chirurgais, vaistine, apsprendžia tarnybos veiklos strategiją, vadovauja mokymui ir kolektyviniam standartizuotų protokolų kūrimo procesui, vertina proceso

kokybę. Visi kiti skyriaus anesteziologai yra tiesiog pacientų, slaugytojų bei chirurgų mokytojai, pooperacinės analgezijos prižiūrėtojai ir, žinoma, regioninės anestezijos meistrai. Toks atsakomybės paskirstymo modelis visiškai atitiktų naujosios Lietuvos medicinos normos „Gydytojas anesteziologas-reanimatologas“ nuorodoms<sup>[12]</sup>:

6.4. Gydytojas anesteziologas-reanimatologas privalo diagnozuoti bei gydyti ūminį ir lėtinį skausmą

7.2. Gydytojas anesteziologas-reanimatologas gali konsultuoti pacientus nuskausminimo [...] klausimais įvairaus profilio skyriuose.

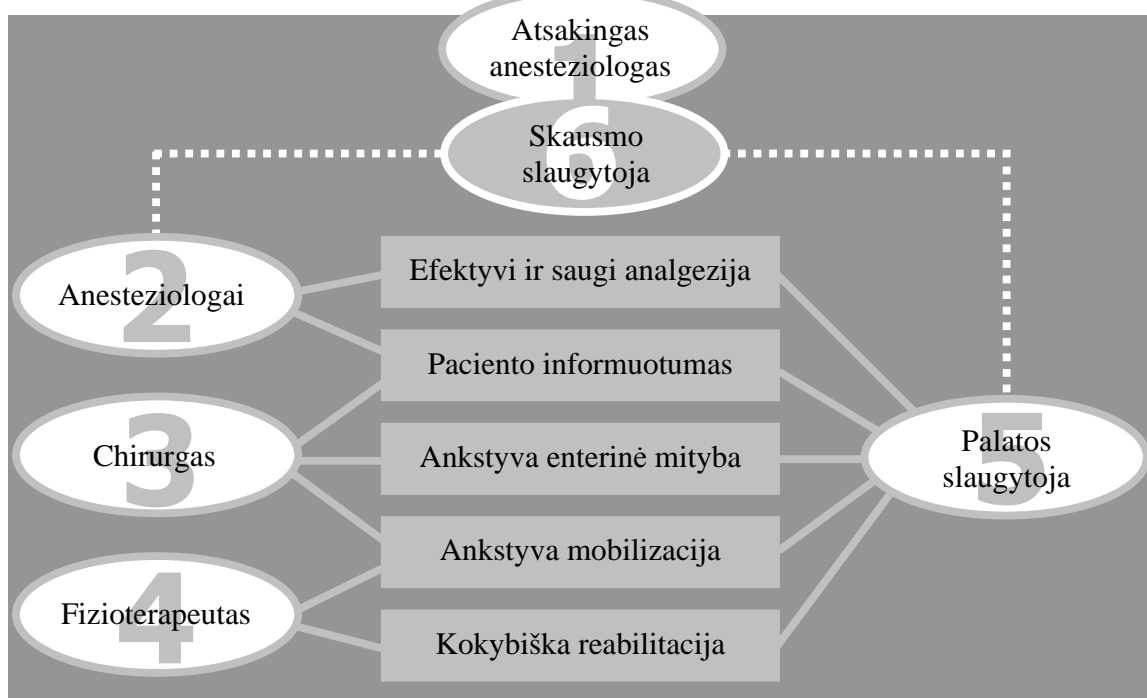
7.4. Gydytojas anesteziologas-reanimatologas gali konsultuoti ambulatoriškai gydomus pacientus, rengiamus anestezijai ir operacijai, gydomus dėl ūminio ir lėtinio skausmo.

- *Chirurgai ir fizioterapeutai*, kaip žinia, pirmiausia suinteresuoti kuo greitesniu paciento sveikimu po operacijos ir kokybiška reabilitacija. Patenkinama pooperacinio skausmo kontrolė – būtina prielaida šiems siekiams įgyvendinti. Deja, čia vėl dažnai iškyla anesteziologų ir chirurgų interesų konfliktas, tiksliau, jie dažnai nėra iki galo suderinti. Chirurgo (dažniausiai skyriaus vedėjo) dalyvavimas kuriant standartizuotus pooperacinės analgezijos algoritmus būtų paprastas šios problemos sprendimo būdas. Be to, vakarietiškame skausmo gydymo modelyje chirurgas dažniausiai lieka atsakingas ir už skausmo gydymo priežiūrą skyriaus palatoje. Lietuvos chirurgų teisės ir pareigos reglamentuotos smulkiai<sup>[13]</sup>, tačiau jokių konkrečių oficialių teiginių apie chirurgo dalyvavimą pooperacinėje analgezijoje kol kas nėra.
- *Palatos slaugytojos* vaidmuo pooperacinio skausmo gydyme yra išskirtinis, nes, palyginus su kitais komandos nariais, ji ligoniui skiria daugiausia laiko ir dėmesio, žino jo džiaugsmus ir rūpesčius. Slaugytojų teisės ir pareigos įvairiose pasaulio šalyse labai skiriasi ir, matyt, šis faktorius nulemia tokią ūminio skausmo tarnybos modelių įvairovę. Nepaisant to, svarbiausios joms priskiriamos funkcijos daugelyje pasaulio šalių yra: (1) nuskausminimas pagal patvirtintus protokolus, (2) skausmo lygio monitoringas, (3) ankstyvas analgezijos nepageidaujamų efektų ir komplikacijų išaiškinimas, (4) skubi pagalba komplikacijų atvejais. Be abejonės, čia iškyla slaugytojų išsilavinimo ir atsakomybės problema. Už personalo švietimą, kaip minėta, atsako komandos lyderis anesteziologas. Slaugytojų atsakomybės klausimas yra daug sudėtingesnis. Tradiciškai ji buvo visada ribojama, kas, deja, dažniausiai nėra įteisinta konkrečiais įstatyminiais aktais, o tik nepasitikėjimu arba visiškai nepagrįstomis baimėmis. Vienas iš siūlomų problemos sprendimo būdų yra slaugytojų atstovų dalyvavimas kuriant pooperacinės analgezijos protokolus. Jei atsižvelgiama į jų pageidavimus, šie protokolai tampa pritaikyti vietinėms slaugos tradicijoms ir darbo krūviui, o toks oficialiai įteisintas kolektyvinis gydymo standartas slaugytojoms suteikia teisę analgetikus skirti tuomet, kai to reikia.

Apribota veiksmų laisvė – vienas pagrindinių ir nūdienos Lietuvos slaugytojų skundų, ribojantis pasitenkinimą savo darbu. Naujoji (pataisyta 2004 m. redakcijos) Lietuvos medicinos norma „Bendrosios praktikos slaugytoja“<sup>[14]</sup> taip pat yra gana konservatyvi. Kasdieninio darbo ir intervencijų, kurių ji gali imtis ekstremalioje situacijoje nesant gydytojui, sąrašas yra trumpas ir, deja, jame niekur neminimas ūminis skausmas. Nurodoma, kad slaugytoja gali imtis švietėjiškos veiklos, turėtų mokėti atpažinti pašalinį vaistų poveikį bei grėsmę paciento gyvybei bei suteikti pirmąją pagabą. Apklausos metu pavyko surasti tik dvi ligonines, kur apmokytos palatos seserys pačios nustatytomis valandomis leidžia analgetikų boliusus į epidūrinį kateterį. O štai kai kuriose gydymo įstaigose jos be gydytojo sutikimo neturi teisės pacientui sugirdyti net elementarios benzodiazepinų dozės.

- *Skausmo slaugytojos* – naujo koordinuojančio posto ūminio skausmo tarnyboje – atsiradimas Europoje padėjo sustiprinti geografiškai tolimą, dažnai menkavertį anesteziologo ir palatos slaugytojos ryšį (4 pav.).

4 pav. „Pain nurse-based“ ūminio skausmo tarnybos modelis ir jo komandos narių interesai (skausmo slaugytojos – koordinatoriaus postas pažymėtas 6 numeriu)



Anesteziologai, didžiąją savo laiko dalį leisdami operacinėse, dažnai turi menką supratimą apie palatos slaugytojų rūpesčius, jų darbo rutiną ir kasdien augantį darbo intensyvumą. Galbūt tai ir yra viena iš priežasčių, dėl ko slaugytojos neretai atkakliai priešinasi bet kokioms naujovėms, vertindamos jas kaip dar vieną mėginimą užkrauti papildomą darbą ir visą atsakomybės našta ant jų pečių. Taip, skausmo slaugytojos idėjos įgyvendinimas iš tikrųjų reikalauja tam tikrų žmogiškų pastangų ir laiko, tačiau dažniausiai ilgai neiima aiškėti, kad pooperacinių ligonių slauga dėl to tik palengvėja. Palatos slaugytojų švietimo problema yra išties sudėtinga – tai ilgai trunkantis, daug laiko reikalaujantis procesas. Taigi, koordinatoriaus – skausmo slaugytojos – posto įsteigimas yra daugiau negu pagrįstas. Be to, tai dažniausiai būna pirmasis asmuo, kuris informuojamas apie pooperacinės analgezijos nesklandumus (pvz., nepakankama analgeziija, techniniai infuzomatų gedimai, komplikacijos), taigi ir ji turi turėti aiškius protokolus, kaip reikėtų elgtis vienu ar kitu atveju.

Skausmo slaugytojos funkcijos ūminio skausmo gydymo padalinyje: (1) kasdieninė pacientų vizitacija chirurginiuose skyriuose, (2) palatos slaugytojų švietimas (pagalba palatos slaugytojai pradedant paskirtą gydymą, reguliaraus skausmo monitoringo reikšmės ir technikos išaiškinimas ir t. t.), (3) gydymo kontrolė, (4) techninių problemų, susijusių su pacientų kontroliuojama analgeziija, epidūrinų ir rezginių infuzijų pompomis, korekcija, (5) skyriaus aprūpinimo vaistais kontrolė, (6) anesteziologo informavimas apie visus gydymo nesklandumus bei problematiškus klinikinius atvejus, pacientų pageidavimus, (6) dalyvavimas audito procedūrose.

Lietuvoje skausmo slaugytojos statuso nėra ir, regis, artimiausiu metu dar nebus. Atrodytų, visas jos funkcijas galėtų vykdyti anestezijos ir intensyvios terapijos slaugytojos, tačiau ir jų pareigybinėse instrukcijose nenurodyta, kad dalyvauti skausmo malšinime būtų jų priedermė. Tiesa, čia rašoma, kad jos privalo „išmanyti gyvybei pavojingas būkles, tinkamai į jas reaguoti, teikti pirmąją medicinos pagalbą traumų, nelaimingų atsitikimų atvejais“, bet skausmas mūsųose dar anaipol nėra vertinamas kaip penktasis gydymo rodiklis. Kaip parodė apklausa, slaugytojų laisvės rajonų centrinėse ligoninėse yra kur kas mažiau suvaržytos, nei universitetinėse gydymo įstaigose. Septintadalyje (14%) rajonų centrinių ligoninių būtent anestezištes prižiūri epidūriniais kateteriais kitų skyrių palatose, jei tokių ligonių budėjimo metu būna.

- *Gydytojai-rezidentai ar jaunesnieji anesteziologai* kai kuriose šalyse atlieka skausmo slaugytojo vaidmenį („*anesthesiologist-based*“ tarnybos modelis). Aišku, jų teisės ir įgūdžiai yra kur kas platesni, todėl šio modelio šalininkai teigia, kad pagalba skausmą kenčiančiam pacientui tampa labiau kvalifikuota ir saugesnė. Deja, ji yra per brangi daugumai griežtą ekonominę politiką turinčioms ligoninėms.

Lietuvos universitetinės ligoninės visuomet įtraukia visus turimus gydytojus-rezidentus į pooperacinio nuskausminimo rutiną kaip nemokamą darbo jėgą, o kiti komandos nariai tampa kaip ir nebereikalingi. Deja, toks požiūris atsiliepa proceso kokybei, nes ūminį skausmą gydantis personalas turi būti motyvuotas ir dedikuotas savo darbui. Beje, 2004 m. anesteziologijos-reanimatologijos rezidentai iš esmės įgavo studento statusą ir taip neteko bet kokios formalios atsakomybės už savo veiksmus. Taigi, šiandien atsakomybės klausimas gydant pooperacinį skausmą dar labiau komplikavosi. Akivaizdu, kad Lietuvoje tik rezidentų darbu pagrįsta sistema jau negali būti ūminio skausmo tarnybos atitinkmeniu. Į šį procesą būtina įtraukti tik asmenis su konkrečiais tikslais ir įstatymiškai reglamentuotomis pareigomis bei kompetencija.

## **2. Pagalbos tęstinumo problema ūminio skausmo tarnyboje**

Pagalbos tęstinumo stokos padarinius labiausiai jaučia pats pacientas, kuriam nuo ligos pradžios ar traumos momento iki pasveikimo tenka susidurti su dešimtimis gydytojų. Pirminėje sveikatos priežiūros grandyje ši problema skirta spręsti šeimos (bendrosios praktikos) gydytojui, o štai ligoninėse pagalbos tęstinumo principą įgyvendinti be ūminio skausmo tarnybos, atrodo, yra beveik neįmanoma. Kaip rodo pasaulio patirtis, pagrindinė pacientų nepasitenkinimo suteiktų paslaugų kokybe priežastis yra būtent personalo veiksmų koordinacijos stoka, net tarp tos pačios specialybės gydytojų. Štai keletas pavyzdžių:

- Nors reanimatologijos ir anesteziologijos specialybės yra nepaprastai artimos, tačiau šių skyrių (ypač stambesnėse ligoninėse) požiūris į optimalią analgeziją kartais skiriasi iš esmės. Gaila, tačiau reanimatologai dažnai neranda lėšų ar laiko tęsti ir titruoti pastovios analgetikų infuzijos, dėl tam tikrų sumetimų atsisako kai kurių analgetikų naudojimo, toleruoja žymiai didesnę (dažniausiai VAS 5-7) skausmo lygį. Greita reanimacinių ligonių apyvarta šiandien yra reanimacijos rentabilumo garantas – iš skyriaus skubama iškelti visus ligonius su stabilia hemodinamika ir kvėpavimu. O štai skausmas, kaip minėta anksčiau, Lietuvoje dar nėra vertinamas kaip gyvybinis rodiklis. Nenuostabu, kad tęstiniai analgezijos metodai, turintys sedacijos riziką, intensyvios terapijos skyriuose nėra labai pageidaujami ir anksti nutraukiami. Čia vėlgi būtini kompromisiniai problemos sprendimo būdai (atsako skausmo gydymą kuruojantis anesteziologas).
- Anesteziologai pooperacinės analgezijos kuravimą perduoda savo kolegoms, dažniausiai – chirurgams, o patys apie pacientus tiesiog užmiršta. Lietuvos rajonuose reanimacijos skyriai, kurie dažnai atlieka ir pooperacinės palatos rolę, yra saugaus pooperacinio

epidūrinio ar kokio kito nuskausminimo garantas, todėl jis paprastai tęsiamas iki paskutinės minutės (paprastai 18-24 val.). Deja, iškeliant ligonį į palatą kituose skyriuose, infuzija baigiama, epidūrinis kateteris ištraukiamas, o analgezija tampa spontaniška, besistemė ir, žinoma, neadekvati. Stambesnėse ir universitetinėse ligoninėse dauguma ligonių kelioms valandoms pakliūna į pooperacines palatas. Deja, ligonius iš jų dažnai skubama iškelti be jokių rekomendacijų dėl tolimesnio nuskausminimo (na nebent pirmajai parai po operacijos), taigi chirurgas toliau skiria analgetikus jau savo nuožiūra.

- Mažėjantis dėmesys priešoperacinei paciento apžiūrai ir premedikacijai susijęs su griežtėjančia ligoninių ekonomine politika bei dienos chirurgijos stacionarų plėtra. Pacientas apžiūrimas tik operacijos rytą, labai skubotai, jam pateikiamas šūsnis dokumentų, kuriuos jis, neturėdamas laiko įdėmiai perskaityti, privalo pasirašyti. Suteikiama minimali informacija apie tai, kas jo laukia. Kai kurios užsienio gydymo įstaigos sprendžia šią problemą kurdamas atskirus padalinius, atsakingus už priešoperacinių paruošimą ir apžiūrą. Deja, operacinėje pacientui vis tiek tenka bendrauti su kitu anesteziologu, kurio požiūris į optimalų analgezijos būdą gali būti visiškai kitoks, nei ligonis tikėjosi. Akivaizdu, kad ūminio skausmo tarnyba, į kurios pareigas įeina standartizuotų protokolų kūrimas bei paciento švietimas, galėtų bent iš dalies užpildyti šias spragas. Vakaruose nemažai ligoninių šia tema yra išleidę įvairiausių brošiūrų, lankstinukų ar paskyrę nemažai vietos savo interneto tinklalapiuose.
- Anesteziologai nedalyvauja ligonių išrašyme, todėl neretai skausmingiausias (ir ilgiausias) ligos periodas paciento dar tik laukia reabilitacijoje arba namuose, kai tenka sugrįžti prie įprasto spartaus gyvenimo ritmo. Kai kuriose Europos šalyse tik anesteziologai išrašo receptus analgetikams po operacijos. Akivaizdu, kad sudėtingesniais atvejais bent išrašė iš gydymo įstaigos formalus anesteziologo įrašas su rekomendacijomis tikrai turėtų būti. Lietuvos šeimos gydytojų skausmo gydymo samprata dar anaipol nėra tobula, taigi aktyvesnis ūminio skausmo tarnybos anesteziologų bendravimas (bent jau raštiška forma) su pirminės grandies gydytojais tikrai prisidėtų tiek prie jų švietimo, tiek ir prie pacientų gerbūvio.
- Anesteziologų, chirurgų bei slaugytojų pacientams teikiama informacija dažnai pasirodo prieštaringa, nes ji viršija kompetencijos ribas. Ūminio skausmo tarnyba daugiau mažiau tiksliai apibrėžia kiekvieno komandos nario kompetenciją, jo uždavinius, todėl tokių nesusipratimų neturėtų pasitaikyti.
- Nėra lengvai prieinamos pooperacinės analgezijos duomenų bazės, kurioje atsispindėtų buvusių anestezijų, pooperacinio nuskausminimo eiga, taikyti metodai, atsiradę sunkumai ir komplikacijos. Žinoma, pirmiausia apie iškilusias problemas ir jų priežastis reikėtų informuoti patį pacientą. Visa ši informacija padėtų išvengti klaidų ateityje.
- Lėtinio skausmo klinikų patirtį ir galimybes chirurgai visuomet vertino gana skeptiškai, nors skausmo klinikos Lietuvoje yra tikrai pajėgios patarti vienu ar kitu pooperacinio skausmo gydymo klausimu. Ūminio skausmo tarnyba su anesteziologu priešaky turėtų nukreipti visus problematiškus ligonius specialistų konsultacijai ir tęstinei pagalbai.

### **3. Pagalbos prieinamumas ir pacientų atranka**

Be abejonės, tai irgi lygiavertis ūminio skausmo prevencijos aspektas. Pavyzdžiui, šiandien, plečiantis dienos chirurgijos paslaugoms, šis klausimas tampa ypač aktualus. Operacijos skausmingumas (ypač jei intervencija ilgesnė) ambulatoriniam pacientui renkant analgezijos būdą turėtų reikšti lygiai tiek pat, kiek ir lydintys susirgimai, mobilumo problema po anestezijos ir pan. Tipiškiems dienos chirurgijos atvejams turi būti paruoštos aiškios pooperacinės analgezijos schemos ir numatyta veiksmų seka nestandartiniais atvejais. Pavyzdžiui, jei

pooperacinis skausmas nėra pakankamai valdomas, paciento išrašyti į namus negalima. Konsiliumo metu turėtų būti sprendžiama, kaip tokį pacientą gydyti: toliau stebėti pooperacinėje palatoje ar stacionarizuoti (tuo pačiu įgaunant didesnę analgetikų ir analgezijos technikų pasirinkimo laisvę). Būtina sąlyga kokybiškoms dienos chirurgijos paslaugoms – paciento informuotumas apie jo veiksmus atokių komplikacijų (taigi, ir skausmo taip pat) atveju. Pagal Lietuvos įstatymus, tokios informacijos teikimo tvarka – ligoninės vidaus reikalas, taigi ūminio skausmo tarnybos vadovas čia irgi turėtų imtis kontrolieriaus ir pagalbininko vaidmens (lankstinukai, brošiūros su kontaktiniais telefonais ir poanestezinio režimo nuorodomis).

Ūminio skausmo tarnybos paslaugos turi būti prieinamos ir vaikams. Jų pooperaciniam nuskausminimui tradiciškai buvo skiriamas mažas dėmesys, galbūt dėl sunkumų vertinant skausmo intensyvumą. Šiandien yra sukurta ir jau Lietuvoje įteisinta taip vadinama „veidukų“ skalė (VAS analogas vaikams nuo 3-4 metų amžiaus). Pasaulio klinikos pediatrijoje sėkmingai taiko tokius analgezijos metodus kaip: paciento kontroliuojama analgezija (vyresniems kaip 8 metų vaikams), slaugytojos kontroliuojama analgezija („*nurse-controlled analgesia*“, 0,5-8 metų vaikams, vaikams su negalia ir visiems kitiems, jei pooperacinė infuzija tęsiasi >24 val.), pastovios morfino ar fentanilio infuzijos (nuo naujagimystės), epidūrinės ir nervinių rezginių infuzijos, paravertebraliniai blokai ir kt. Pediatrijoje ypač svarbus dėmesys turėtų būti skiriamas ne tik paciento tėvų (globėjų), bet ir paties paciento informavimui. Pastarasis užmirštas dažniausiai, todėl ir skausmo lygis bei gydymo efektyvumas dažnai lieka įvertintas neteisingai. Lietuvoje vaikų pooperacinio skausmo gydymui dar yra kur plėstis, nes regioniniai bei paciento kontroliuojamos analgezijos metodai, apklausos duomenimis, taikomi dar gana ribotai.

Kalbant apie pagalbos prieinamumą, tenka pastebėti, kad Lietuvoje pamažu įsigali dar viena bloga tradicija – iš paciento pradedama reikalauti sumokėti už „geresnes“ anestezijos paslaugas (epidūrinius ir nervinių rezginių kateterius, spinalines adatas, pompas ir t. t.). Priešingu atveju jis operuojamas bendroje endotrachėjinėje nejauroje. Bent trys stambios universitetinės ligoninės jau yra oficialiai įteisinusios šią tradiciją, rajonuose šis reiškinys yra paplitęs dar labiau. Natūralu, kad šiandien pasitaiko ir nemokių pacientų, taigi jie gauna labai prastos kokybės paslaugas. Liūdniausia, kas tokį neetišką požiūrį bandoma teisinti LR įstatymais<sup>[17]</sup>:

*„[...] kai apdraustasis [...] pasirenka brangesnius vaistus ar medicinos pagalbos priemones, negu Lietuvos respublikoje taikomi pagal nustatytas gydymo metodikas, jis privalo sveikatos priežiūros įstaigai apmokėti gydytojo skiriamų ir apdraustojo pasirenkamų vaistų ar medicinos pagalbos priemonių kainų skirtumą.“*

Atrodo, ligoninių administracija kartais labai klaidingai suvokia standartinio gydymo apibrėžimą. Pavyzdžiui, planinės storžarnos rezekcijos operacijos be epidūrinės nejauros buvo atliekamos penktajame XX a. dešimtmetyje. Tada tai iš tikrųjų buvo standartas. Deja, standarto sąvoka bėgant laikui visuomet smarkiai keičiasi. Gaila ir apmaudu, kad to nenori pripažinti būtent tie, kurie naujovėmis ir geru gydymo įstaigos vardu šiandien turėtų būti suinteresuoti labiausiai. Viena aišku: kol nebus anestezijos įkainių, toks jų požiūris į anesteziją ir pooperacinę analgeziją nepasikeis.

#### **4. Personalo mokymas ir ūminio skausmo tarnyba**

Nepakankamas ligoninės darbuotojų išsilavinimas visose studijose nurodomas kaip viena pagrindinių kliūčių ūminio skausmo tarnybai įsteigti ir efektyviai funkcionuoti.

- *Studijų metai* – kritinis bet kokios srities profesionalo vystymosi etapas, kai formuojasi globalus požiūris į savo profesiją. Vienas iš visuotinai pripažintų mokymo kokybės rodiklių – studijų trukmė. *European Board of Anaesthesiology, Reanimation and Intensive Care* (EBARIC) 2001 m. rezidentūros programų rekomendacijose<sup>[15]</sup> ūminio ir lėtinio skausmo gydymui skiriami trys mėnesiai. JAV skausmo gydymas yra anesteziologijos

rezidentūros (ketveri metai) subspecialybė, kurios programa trunka dar vienerius metus. EBARIC ekspertų nuomone, kritinis rezidento savarankiškai kuriojamų pooperacinio nuskausminimo atvejų minimumas – 50, iš jų po 10 – po didžiųjų chirurginių operacijų bei dienos chirurgijos intervencijų, po 5 – pediatrijoje, ortopedijoje bei krūtinės ląstos chirurgijoje. Akivaizdu, kad rezidentų galimybės mokytis Lietuvos universitetinėse ligoninėse toli gražu lenkia šiuos skaičius, tačiau visiems privalomas skausmo gydymo ciklas Vilniaus universitete atsirado tik 2002 m. (dabar jis trunka du mėnesius). Deja, chirurgijos rezidentūroje pažintis su skausmo gydymu lieka daugiau teorinė (poros mėnesių trukmės anesteziologijos-reanimatologijos ciklo metu). Daug sparčiau tobulėja slaugos specialybės programa. Čia numatyta pažintis su pagrindiniais pooperacinio nuskausminimo būdais ir analgetikais, jų nepageidaujama poveikiais. Apie komandinio pooperacinio skausmo gydymo ar skausmo slaugytojos posto svarbą universitetuose ir kolegijose, aišku, dar nėra kalbama.

2002 m. Europos skausmo draugijų federacijos tarybos (EFIC) posėdyje pritarė bendrą visai Europai skausmo medicinos studijų standartų kūrimui. Ekspertų nuomone, ikidiplominėse studijose skausmo gydymui turėtų būti pasirta bent 20 val. (bazinės neurobiologijos žinios, skausmas kaip visuomenės sveikatos problema, diagnostika, gydymas). Taip pat kuriama bendra skausmo gydymo subspecialybę įgyti siekiančiųjų mokymo ir licencijavimo tvarka. Vienas iš Lietuvos skausmo draugijos (LSD), įsteigtos 1998 m., siekių – skausmo gydytojo medicinos normos patvirtinimas. Šiandien tai yra daug diskusijų keliantis klausimas. Gaila, bet LSD susitikimuose su valdininkais mažai kalba apie invazinio skausmo malšinimo problemas, vis dar nepakanka konstruktyvaus bendradarbiavimo su anesteziologais-reanimatologais ir neurologais.

- *Darbovietė* – dažnai vienintelis būdas užglaistyti išsilavinimo spragas. Čia ir įsijungia ūminio skausmo tarnyba. Europoje nėra oficialiai nustatyta, kokios trukmės ir apimties kursas turėtų išklausti ūminį skausmą gydantis ligoninės personalas. Tai palikta spręsti už skausmo tarnybą atsakingiems anesteziologams. Bet kuriuo atveju, atrodo, to laiko tikrai nereikia labai daug. Tiesa, personalo bazinis žinių lygis paprastai būna labai skirtingas, todėl kai kuriems ligoninės darbuotojams reikalinga individuali pagalba. Paprastai už skausmo slaugytojų mokymą atsako anesteziologas, o skausmo slaugytoja, kaip minėta anksčiau, yra pagrindinė palatos slaugytojos ir paciento mokytoja. Palatos slaugytoja perduoda savo patirtį kolegėms, ji taip pat dažniausiai turi teisę teikti švietėjišką informaciją pacientui. Chirurgo požiūrį į skausmą dažnai keisti būna sunkiausia. Tai jau kiekvieno operacinėje dirbančio anesteziologo kasdieninė pareiga. Pavyzdžiui, toks paprastas ir efektyvus prevencinės analgezijos metodas kaip žaizdų infiltracija vietiniais anestetikais, atrodo, Lietuvoje dar tik žengia pirmuosius žingsnius. Apklausos duomenimis, tik 18% universitetinių bei 5% rajonų centrinių ligoninių jis yra atliekamas kartu su kitais prevencinės analgezijos (angl. „*preemptive analgesia*“) būdais. Deja, nemažai ir pačių anesteziologų, atrodo, tai pat niekada nebuvo girdėję šio termino.

Mokymo procese svarbiausia geranoriškumas ir abipusiai kompromisai, o ne administracinė prievarta. Kolektyvinis standartizuotų nuskausminimo protokolų, kurie pritaikyti jau susiformavusioms vietinės slaugos tradicijoms, darbo krūviui, ligoninės galimybėms bei chirurgų lūkesčiams kūrimas – pirmasis žingsnis ta linkme. Visi komandos nariai turėtų dalyvauti ir kokybės audite, kartu aptarti jo rezultatus.

Džiugu, kad kelios Lietuvos ligoninės, turinčios ūminio skausmo tarnybą, jau keletą kartų organizavo skausmo gydymo kursus savo slaugytojoms. Deja, šiai gerai tradicijai dar vis trūksta pastovumo. Žinias kartas nuo karto būtina atnaujinti, nes analgetikų bei analgezijos technikų pasirinkimas, nors ir labai lėtai, bet didėja, galų gale juk sparčiai vyksta ir slaugos

personalo kaita. Kai kuriose šalyse (pvz., Australijoje) ligoninės palatos net neakredituojamos chirurginių pacientų gydymui, jei bent 80% palatos slaugytojų neišklausė nustatytos trukmės skausmo gydymo paskaitų.

- *Profesinio tobulinimo kursai bei stažuotės.* Už skausmo gydymą atsakingo ligoninės anesteziologo pareiga – jų aktyviai ieškoti ir apie tokias galimybes informuoti gydytojus bei slaugytojas, gydančius ūminį skausmą. Vilniaus ir Kauno universitetinės mokymo bazės kasmet rengia skausmo gydymo kursus. Į nemokamus slaugytojų tobulinimosi kursų sąrašus yra įtrauktas 36 val. ciklas „Skausmas ir jo gydymas“, o gydytojams organizuojami 3-5 dienų kvalifikacijos kėlimo kursai didžiųjų miestų skausmo klinikose. Šalies ligoninių darbuotojų apklausos duomenimis, skausmo gydymo žinios daugumai mūsų kolegų tebėra didelė spraga (5 lentelė). Beje, visi jie nurodė, kad tai yra ir viena pagrindinių kliūčių įsteigti ir lėtinio skausmo gydymo padalinius rajonuose (net 64% respondentų iš atokesnių Lietuvos regionų susiduria su lėtinio skausmo ligoniais). Nenuostabu, kad be didžiųjų šalies miestų, pavyko aptikti net penkias lėtinio skausmo klinikas (kabinetus) rajonų centrinėse ligoninėse ir poliklinikose.

5 lentelė. Skausmo gydymo žinios Lietuvos ligoninėse

| Ar turite pakankamai skausmo gydymo žinių?               | Universitetinės ligoninės | Apskričių centrų ligoninės | Rajonų centrinės ligoninės |
|--|---------------------------|----------------------------|----------------------------|
| Taip   | 36%                       | 33%                        | 31%                        |
| Ne   | 64%                       | 67%                        | 69%                        |
| Ar teko kada nors dalyvauti skausmo gydymo kursuose?     | Universitetinės ligoninės | Apskričių centrų ligoninės | Rajonų centrinės ligoninės |
| Taip   | 54%                       | 58%                        | 39%                        |
| Ne   | 46%                       | 42%                        | 61%                        |
| Ar norėtumėte juose sudalyvauti skausmo gydymo kursuose? | Universitetinės ligoninės | Apskričių centrų ligoninės | Rajonų centrinės ligoninės |
| Taip   | 100%                      | 100%                       | 100%                       |

## 5. Paciento mokymas ir ūminio skausmo tarnyba

Paciento mokymas – anaip tol ne vienadienis skausmą gydančių medikų rūpestis. Atrodo, nepakanka tik suteikti informaciją apie chirurginę intervenciją bei anesteziją. Pooperaciniu laikotarpiu pacientui paprastai kyla kur kas daugiau klausimų, pavyzdžiui:

- Paciento pripratimo ir analgetikų nepageidaujamų reiškinių baimė;
- Įsitikimas, kad stipresnius analgetikus būtina rezervuoti ateičiai;
- Baimė, kad kai kurių analgetikų vartojimas sutrikdys paciento sugebėjimą dirbti, vairuoti (darbovietės, socialinio draudimo aspektai);
- Pacientas nenusiteikęs arba nepajėgus nuskausminimui skirti pakankamą pinigų sumą;
- Buvusi negatyvi skausmo gydymo patirtis (stresas);
- Stiprus skausmas po operacijos dažnai interpretuojamas kaip gydymo komplikacija arba būklės blogėjimo pasekmė (stresas);
- Ligonį pasiekia neteisinga (prieštaringa) informacija iš kitų pacientų bei medikų.

Paciento informuotumas – kelias į gydymo sėkmę. Kaip minėta anksčiau, specialūs nemokami bukletai, lankstinukai ar kitokia vaizdinė medžiaga iš tikrųjų padeda užpildyti didelę dalį spragų.

Deja, dažniausiai lieka užmirštos palatos slaugytojos, kurioms tenka šiuos ir panašius klausimus iš ligonio lūpų išgirsti, taigi ir atsakyti, pirmiausia. Net Vakarų šalyse joms skirti skausmo gydymo kursai rengiami tik iki trijuose ketvirtadaliuose ligoninių, iš jų reguliariai - vos 40%.

Lietuvoje pacientai paprastai neturi jokio supratimo, kokios anestezijos ar pooperacinio nuskausminimo kokybės jiems reikėtų tikėtis. „Darykite, daktare, taip, kaip jums atrodo teisinga“ – bene dažniausia paciento replika teiraujantis jo apie iškilusius klausimus priešoperacinės anesteziloginės apžiūros metu. Šalies ligoninių interneto puslapiuose nepavyko surasti jokių užuominų apie anesteziją ar pooperacinio skausmo gydymą. Tiesa, keliose gydymo įstaigose fizioterapeutų iniciatyva pacientams yra platinami lankstinukai apie reabilitacijos ypatumus po didžiųjų sąnarių endoprotezavimo operacijų. Ten užsimenama ir apie adekvataus skausmo malšinimo būtinybę. Džiugu, kad ligoninės, teikiančios dienos chirurgijos paslaugas pacientams pooperacinės analgezijos taktiką jau pateikia raštu. Tikėtina, kad vis didesnis žiniasklaidos dėmesys skausmo gydymui, didelės investicijos į pirminę sveikatos priežiūros grandį, studijas bei stiprėjanti Lietuvos skausmo draugijos veikla toliau plės Lietuvos gyventojų akiratį.

## 6. Periodinis ūminio skausmo tarnybos kokybės auditas

Visuotinai pripažinta, kad kokybės auditas turi būti (1) periodinis (dažniausiai kartą ar du per metus) ir (2) komandinis. Paprastai apklausiami visi operuoti pacientai, kurie tam tikru periodu (pavyzdžiui, savaitės bėgyje) gydyti ligoninėje. Pagrindiniai pooperacinio skausmo gydymo padalinio kokybės rodikliai yra šie:

- Tarnybos gydytų pacientų skaičius (optimalu, jei 100% visų operuotų ligonių);
- Pacientų informuotumas prieš operaciją (optimalus, geras, patenkinamas, menkas, jokio procentais));
- Nuskausminimo efektyvumas (vidutinis VAS atskirose operacijų grupėse nustatytu laiku (operacijos dieną, pirmą pooperacinę parą ir t.t.);
- Nuskausminimo vėlavimas (laikas iki efektyvaus skausmo numalšinimo);
- Pacientų pasitenkinimas nuskausminimu (balais);
- Analgetikų ir analgezinų technikų *kombinacijų*, o ne monoterapijos naudojimas pooperacinio skausmo gydymui (procentais);
- Taikyti tęstiniai analgezijos metodai (epidūrinės infuzijos, paciento kontroliuojamoji analgezija ir kt. (procentais));
- Pastovus skausmo lygio monitoravimas (netvarkingos dokumentacijos procentas);
- Receptų analgetikams išrašymas ir jų realizavimas (procentais).

Duomenis renka slaugytojos, juos apdoroja anesteziologas-reanimatologas, rezultatus svarsto visi komandos nariai. Be to, išklausomi kiekvienos pusės pageidavimai, ieškoma kelių susidariusioms problemoms išspręsti ir, be abejonės, numatomi artimiausi ir būtiniausi darbai. Beje, visi kokybės rodikliai turi procentinę ar kitą konkrečią kiekybinę išraišką. Labai svarbu suprasti, kad tik taip galima išmatuoti nuveiktus darbus ir kurti ateities planus. Tokio praktiško požiūrio, deja, stokoja dauguma ūminio skausmo tarnybą standartų. Pavyzdžiui, ilgai lauktas *Clinical Standards Advisory Group (CSAG) 2000 m. projektas*<sup>[11]</sup> teigia, kad būtina steigti naujus ūminio skausmo gydymo padalinius, intensyvaus stebėjimo palatas, šviesti pacientus ir gydytojus, skatinti mokslo tiriamąjį darbą šioje srityje. Deja, tik pirmieji iš jų gali būti įvertinti objektyviai (t. y. kiekybiškai), tačiau konkretūs skaičiai toliau nutylimi. Natūralu, kad tokie dokumentai pamažu tampa menkaverčiais skausmo gydymo praktikoje.

Kiekvienos ūminio skausmo tarnybos steigimo pradžių pradžia – pirmasis auditas. O kai tikroji skausmo gydymo padėtis tampa aiški, tuomet galima tiksliai įvardinti svarbiausius veiklos kryptis ir uždavinius. Šiandien Lietuvoje kokybės auditas atliekamas daugelyje ligoninių, tačiau

įvairių šalies ligoninių apklausos metu straipsnio autoriui neteko išgirsti, kad jis būtų atliekamas ir ūminio skausmo tarnyboje.

## **7. Skausmo monitoravimas ūminio skausmo tarnyboje**

„Padaryk skausmą matomu“, „Skausmas – penktasis gyvybinis rodiklis“ ir kiti šūkiei primena pastovaus ir, svarbiausia, dažno pooperacinio skausmo monitoringo svarbą. Šiandien plačiai naudojamos kelios skausmo intensyvumo skalių rūšys: VAS, vizualinė analoginė skalė; verbalinė (skausmo nėra - silpnas skausmas - stiprus skausmas - nepakeliamas skausmas); „veidukų skalė“ ir kitos. Jų gradacija gali būti įvairiausia (pvz., VAS 0-5, 0-10, 0-100), tačiau viena skausmo tarnyba turėtų naudoti tik vieną standartizuotą variantą. Džiugu, kad jų naudojimas jau yra oficialiai patvirtintas ir mūsų šalyje: 2004 m. pavasarį SAM įsakymas „Dėl būtiniosios medicinos pagalbos ir būtiniosios medicinos pagalbos paslaugų teikimo tvarkos bei masto patvirtinimo“ papildytas šiais teiginiais:

*17. Skausmo intensyvumo vertinimas taikomas pacientams nuo 3 metų, pasirinktinai naudojant „veidukų“ ir/arba skaitmeninę ir/arba žodinę skales.*

*18. Įvertintas skausmo intensyvumas pažymimas paciento medicinos dokumentuose ir yra laikomas pagrindu skirti atitinkamą skausmo malšinimo vaistą.*

Apklausos duomenimis, 58% Lietuvos universitetinių, 82% apskričių centrų bei 50% rajonų centrinių ligoninių registruoja VAS rodiklius, dažnai pradėdant jau priėmimo skyriumi. Deja, tai nevisuomet atliekama reguliariai arba pakankamai dažnai. Tiksliai išmatuoti skausmo lygį yra išties sunku, nes skausmas turi bent dvi vertinimo demencijas – somatosensorinę kokybę ir skausmo sukeltą afektą. Bet kuriuo atveju, dažno VAS monitoringo nauda patvirtinta pasaulio patirtimi: tik pakankamai dažnai registruojant skausmo lygį, jį įmanoma valdyti. Tai – lengvai įvaldoma technika. Paprastai slaugytojų ir gydytojų nustatytos VAS vertės skiriasi minimaliai, taigi kliniškai reikšmingos klaidos tikimybė, monitoringą patikint palatos slaugytojoms, yra minimali. Maža to, platesnis VAS taikymas mūsųose galėtų tapti vienu efektyviausiu būdu keisti ir pasenusias jų pažiūras į skausmo gydymą. Kaip parodė studijos<sup>[16]</sup>, slaugytojos monitoringo metu netruko įsitikinti, kad teiginiai „Jei pacientas nesiskundžia skausmu, vadinasi, jam neskauda“, „Operacija buvo nedidelė, todėl pacientui negali stipriai skaudėti“ ar pan. visiškai neatitinka tikrovės.

Ūminio skausmo gydymo vadovuose kaip vienas efektyviausių skausmo monitoringo būdų pateikiamas Örebro (Švedija) ūminio skausmo tarnybos pavyzdys (6 lentelė).

6 lentelė. Skausmo monitoringo lapo pavyzdys Örebro (Švedija) ligoninėje

| VAS                    | 6 <sup>00</sup> | 9 <sup>00</sup> | 12 <sup>00</sup> | 15 <sup>00</sup> | 18 <sup>00</sup> | 21 <sup>00</sup> | 0 <sup>00</sup> | 3 <sup>00</sup> |
|------------------------|-----------------|-----------------|------------------|------------------|------------------|------------------|-----------------|-----------------|
| operacijos diena       |                 |                 |                  | 8<br>2           | 1                | 5<br>2           | S               | 8<br>S          |
| 1-oji pooperacinė para | 1               | 3               | 6<br>2           | S                | 2                | 4<br>1           | S               | S               |
| 2-oji pooperacinė para | 4<br>1          | 3               | 2                | 2                | 2                | %                |                 |                 |

*Paaiškinimai.* Ši lentelė – sudėtinė įprasto pooperacinio stebėjimo lapo, prikabinto prie paciento lovos, dalis. Jame taip pat fiksuojama temperatūra, arterinis kraujospūdis, pulsas, kvėpavimo dažnis, diurezė ir kt. Skausmas, kurio intensyvumas pagal VAS viršija 3, nedelsiant gydomas. Įstrižai padalintame langelyje nurodyta: VAS prieš gydymą / VAS po gydymo; S - pacientas miega, % - monitoringas baigiamas (jei kai trys iš eilės VAS reikšmės neviršija 2).

Be abejonės, norint įgyvendinti dažno skausmo monitoringo idėją, pirmiausia reikėtų pasirūpinti, kad visa tai nesukeltų slaugytojoms papildomų nepatogumų ir nekainuotų daug laiko. Čia pateiktas variantas – bene idealiausias: VAS reikšmės įrašomos kartu su kitais gyvybiniais rodikliais stebėjimo lape, pritvirtintame prie paciento lovos. Jei pacientui suprantamai paaiškinama skalės esmė, ilgainiui toks skausmo monitoringas slaugytojai užtrunka tik kelias sekundes, o esant reikalui ( $VAS > 3$ ) ji tuoj pat gali sugirdyti ar suleisti protokole numatytus analgetikus. Žinoma, būtų labai pravartu tame pačiame lape surašyti ir paciento sedacijos lygį, pykinimo ir vėmimo intensyvumą, niežulį, šlapimo susilaikymą ir kitas problemas, kurios gali būti susijusios su analgetikais. Kriterijai intensyvaus skausmo monitoringui nutraukti – santykiniai. Dažniausiai jie nustatomi kiekvienam pacientui individualiai, priklausomai nuo operacijos skausmingumo, analgezijos būdo ir paciento ypatumų.

## 8. Ankstyva sudėtingų atvejų ir komplikacijų diagnostika

Ūminio skausmo tarnybos veikla negali sutrikti dėl kokių netikėtai atsiradusių sunkumų. Tai – padalinio veiklos organizuotumo išbandymas:

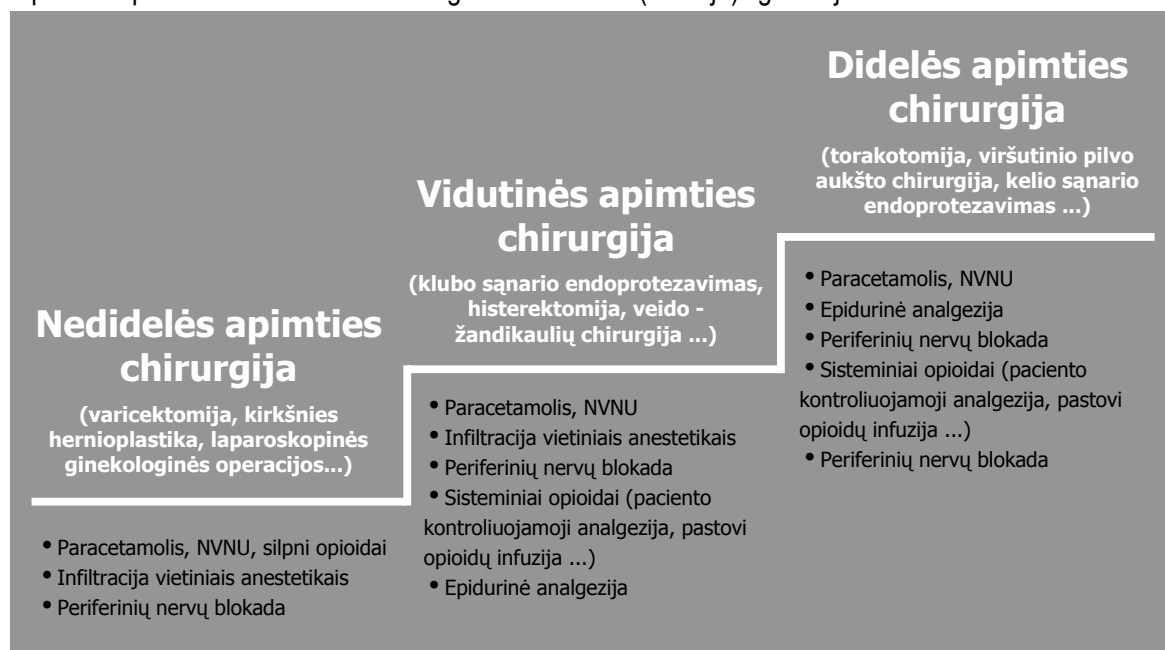
- techniniai pompų gedimai;
- pastebėtas gilus CNS ir kvėpavimo slopinimas, niežulys, vietinių anestetikų toksiškumo reiškiniai ar kiti analgetikų sukelti nepageidaujami reiškiniai;
- nuskausminimas akivaizdžiai nepakankamas (epidūrinio kateterio migracija ar iškritimas, nepakankamas anestetikų tūris, per maža geriamųjų analgetikų dozė ir pan.);
- nauja židininė neurologinė simptomatika (parestezijos, šlapimo susilaikymas, epidūrinė stuburo hematoma ir pan.);
- stiprūs popunkciniai galvos, stuburo skausmai;
- punkcijos vietos infekcija (kuri, beje, dažniausiai išsivysto jau ištraukus epidūrinį kateterį);
- paūmėjęs lėtinis kardiopulmoninis nepakankamumas ar kita lydinti patologija, reikalaujanti tam tikro atsargumo parenkant ir dozuojant analgetikus;
- lėtinio skausmo pacientai;
- priklausomybė opiatams, vartojami opiatų antagonistai ir pan.

Svarbiausia, kad kritiškais atvejais: (1) komandos nariai, ypač palatos slaugytojos, kurios dažniausiai pačios pirmosios susiduria su šiomis problemomis, mokėtų nustatyti komplikacijų požymius (švietimo svarba), (2) jų veiksmų taktika ir atsakomybė būtų griežtai reglamentuota (algoritmų būtinybė) ir, svarbiausia, (3) konsultacinė pagalba būtų lengvai pasiekama. Kaip minėta, visa tai – už skausmą atsakingo anesteziologo pareiga. Jis privalo pasirūpinti, kad jam nesant darbe (savaitgaliais ir nedarbo valandomis), kiti anesteziologijos skyriaus darbuotojai (budintys anesteziologai ir anesteziistės) būtų pakankamai kompetetingi sprendžiant šias klausimus.

## 9. Standartiniai pooperacinio skausmo gydymo protokolai

Gydymo taktikos standartizacija ženkliai pakėlė simptominio gydymo lygį Europos šalyse; palaipsniui šis procesas įsigali ir Lietuvoje. Kaip parodė laikas, optimaliausia būtų sukurti tik kelis nesudėtingus protokolus tipinėms chirurginėms operacijoms, suteikti jiems oficialaus gydytojo paskyrimo statusą bei praplėsti palatos slaugytojų laisves sėkmingam jo vykdymui. Principinė paprasčiausio algoritmo schema pateikiama žemiau (7 pav.). Šis ūminio skausmo gydymo standartas primena PSO patvirtintus lėtinio skausmo gydymo „laiptelius“.

7 pav. Pooperacinio nuskausminimo algoritmas Ōrebro (Švedija) ligoninėje



Tiesa, intervencijų skirstymas pagal jų apimtį neretai menkai koreliuoja su pooperacinio skausmo intensyvumu, todėl anaipol ne visiems pacientams po didžiųjų chirurginių operacijų reikės paciento kontroliuojamos analgezijos ar kitų sudėtingų analgezijos technikų. Tikslesnis terminas būtų „operacijų skausmingumas“. Jis yra nurodytas visuose šiuolaikiniuose anesteziologijos vadovėliuose (balais ar pan.). Tuo visuomet būtina pasidomėti planuojant anesteziją ir pooperacinio nuskausminimo režimą.

Optimalu, jei slaugytojoms vykdant panašius protokolus, pagelbėtų ir ligoninių vaistinės, iš anksto aseptinėmis sąlygomis ruošdamos specialiai pažymėtus ir naudojimui paruoštus pripildytus švirkštus epidurinių infuzijų, nervinių rezginių ir paciento kontroliuojamos analgezijos pompoms. Skausmo slaugytojos, kaip minėta anksčiau, turėtų pasirūpinti, kad tokių švirkštų ir kitų analgetikų skyriuose nepritrūktų bei organizuoti tinkamą jų sandėliavimą. Ir,

žinoma, ligoninių administracija, patvirtinusi skausmo gydymo standartus, tuo pačiu įsipareigoja užtikrinti nepertraukiamą jų tiekimą į gydymo įstaigą.

Lietuvoje nepavyko aptikti gydymo įstaigų, kurios turėtų skausmo gydymo protokolus, sudarytus operacijų skausmingumo principu. Žinoma, ir analgetikų pasirinkimas bei regioninių anestezijų ir kitų tęstinių pooperacinės analgezijos metodų plėtra, kaip jau minėta, dar nėra pakankama (8 lentelė):

8 lentelė. Anestezijų ir pooperacinės analgezijos metodai Lietuvoje

| Populiariausi analgetikai Lietuvos ligoninėse                        | Universitetinės ligoninės | Apskričių centrų ligoninės | Rajonų centrinės ligoninės |
|--|---------------------------|----------------------------|----------------------------|
| Morfinas   | 100%                      | 100%                       | 100%                       |
| Tramadolis   | 100%                      | 90%                        | 86%                        |
| Petidinas (meperidinas)  | 100%                      | 90%                        | 89%                        |
| Nesteroidiniai vaistai nuo uždegimo                                  | 100%                      | 100%                       | 89%                        |
| Analginas  | 64%                       | 80%                        | 89%                        |
| Paracetamolis  | 64%                       | 80%                        | 57%                        |
| Geriamieji opioidai  | 18%                       | 20%                        | 11%                        |
| Tęstiniai pooperacinės analgezijos metodai                           | Universitetinės ligoninės | Apskričių centrų ligoninės | Rajonų centrinės ligoninės |
| Pastovi infuzija į v.  | 45%                       | 33%                        | 58%                        |
| Pastovi infuzija per EK  | 55%                       | 67%                        | 28%                        |
| Pastovi infuzija į rezginius   | 9%                        | 9%                         | 0%                         |
| Prailginto veikimo medikamentai (pvz, morfino tabletės) ir pleistrai | 18%                       | 9%                         | 8%                         |
| Paciento kontroliuojama analgezija                                   | 27%                       | 0%                         | 0%                         |

Kaip matyti iš apklausos rezultatų, tiek paracetamolis, tiek paciento kontroliuojama analgezija ir pastovios epidurinės infuzijos Lietuvoje vis dar žengia pirmuosius žingsnius. Šiuolaikinės ūminio skausmo tarnybos nebuvimas labai riboja patarųjų dviejų metodų taikymą už reanimacijos (poanestezinės priežiūros palatos) skyriaus ribų. Tiesa, Lietuvoje jau yra sukaupta nemaža pooperacinės epidurinės anestezijos patirtis, nors vietinių anestetikų ir(ar) morfino boliusų leidimas į epidurinį kateterį, atrodo, užsienio šalyse jau tampa nepopuliarus. Sunkumai titruojant dozę, dažni nepageidaujami anestetikų efektai bei papildomas fizinis darbas yra pagrindiniai šio metodo trūkumai, todėl natūralu, kad slaugytojos vengia sau prisiimti tokią atsakomybę. Infuzinės sistemos padėtų išspręsti daugumą šių problemų. Toliau pateikiamas vienas iš epidurinės pooperacinės infuzijos protokolo variantų (9 pav.). Anesteziologo nurodymai (baltas šriftas) palatos slaugytojai – trumpi ir aiškūs.

**Pooperacinės epidūrinės anestezijos protokolas**

Pacientas *John Adler* Data *2004 - 08 - 10*

1. Monitoringas pirmąją parą:

- apnea monitoringas
- kardiografas
- pulsinė oksimetrija

2. Dokumentacija:  
Gyvybinės funkcijos... *kas 4h pirmąją parą*  
Kvėpavimo dažnis..... *kas 1h pirmąją parą*  
Skausmo lygis..... *kasdien kas 3h*

3. Prie ligonio lovos turėti dvi naloksono ampules (0,8 mg)

4. Jei kvėpavimo dažnis <8/min, į v. suleisti 0,4 mg naloksono ir iškviesti anesteziologus telefonu 1079

5. Infuzijai paruoštuose švirkštuose yra:  
*morfino sulfato 10 mg,*  
*bupivakaino 100 mg,*  
*fiziologinio tirpalo 100 ml*

6. Standartinis infuzijos greitis turi būti ...*5ml/h*

7. Esant reikalui, skirkite pažymėtus medikamentus:

- a. Morfino sulfato 2 mg į v., į r., į p. kas 2-4 val išliekančiam skausmui malšinti
- b. Ketorolako 30 mg kas 6h ne ilgiau kaip 3 paras išliekančiam skausmui malšinti. Jei paciento svoris <65kg arba amžius >65m, vienkartinė dozė mažinama iki 15 mg.
- c. Metoklopramido 10 mg kas 4-6h esant pykinimui
- d. Halbufino 10 mg į r., į p. kas 4-6h esant niežuliui

8. Epidurinė infuzija bus tęsiama iki... *08.14 10:00*

Pastabos. 1. Kasdien prižiūrėti punkcijos vietą. 2. Prieš ištraukiant kateterį, informuoti gydytoją apie antikoaguliantų terapiją, krešumo rodiklius. 3. Papildomų sedatyvinių ir opioidinių preparatų skyrimą derinti su ūminio skausmo tarnyba. Į ją kreiptis ištisą parą dėl visų iškilusių neaiškumų telefonu 1079.

## Skausmo tarnybų standartizacijos procesas pasaulyje

JAV epidurinių kateterių ir paciento kontroliuojamos analgezijos (t. y., vadinamųjų „high-tech“ analgezijos metodų) priežiūros problema kaip ir neegzistavo, nes JAV ligoninėse didžiulės ūminio skausmo tarnybos išskirtinį dėmesį skyrė būtent šiems ligoniams. Natūralu, kad jie būdavo nepaprastai patenkinti gydymo kokybe. Deja, dažnai likdavo „nuskriausti“ pacientai su paprastesniais („low-tech“) analgezijos metodais, kuriais rūpinosi tik gydantis gydytojas. Dideli tokio modelio tarnybos išlaikymo kaštai (iki 300 USD vienam pacientui) ir menkos pagalbos prieinamumo kitiems ligoniams galimybės jau kuris laikas yra JAV sveikatos apsaugos funkcionierių galvos skausmas. Nenuostabu, kad pastaruoju metu skausmo gydymo padalinių finansavimas čia ženkliai mažinamas. Be to, JAV ligoninių akreditacijos tarnyba (JCAHO) 2001m. išleido skausmo gydymo standartus, kuriuos visos šalies ligoninės jau privalėjo įdiegti. „Skausmas – didžiulė sveikatos priežiūros sistemos problema, kuri gali būti gydoma ir perspėjama“ – rašoma standartuose – „Šiandien kiekviena gydymo įstaiga privalo užtikrinti (1) kiekvieno paciento teisę į efektyvų skausmo gydymą, (2) reguliary skausmo įvertinimą ir dokumentavimą kiekvienam ligoniui, (3) pakankamą personalo kvalifikaciją, (4) standartizuoti skausmo gydymą, (5) paciento ir jo giminių švietimą bei (6) efektyvios analgezijos būtinybę po paciento išrašymo iš ligoninės“. Tai buvo ištis radikalus posūkis skausmo gydymo istorijoje, nes JAV skausmo tarnyba akivaizdžiai stokojo visų šiame straipsnyje aptartų pigios (iki 2-3 USD pacientui), visiems prieinamos ir efektyvios europietiškos tarnybos privalumų. Iš kitos pusės, amerikiečiai pirmieji ėmėsi drąsios iniciatyvos akredituoti gydymo įstaigas ir pagal tai, kaip jose yra gydomas skausmas. Atrodo, netrukus daugelis Europos šalių paseks šiuo pavyzdžiu.

Be abejonės, skausmo tarnybą standartizuoti nacionaliniu ar tarptautiniu mastu yra labai sunku, nes kiekviena ligoninė turi skirtingą teikiamų paslaugų profilį, nevienodas yra ir jų techninio aprūpinimo lygis bei finansinės galimybės. Ekspertai vieningai sutaria, kad

tinkamiausią ūminio tarnybos modelį gydymo įstaigos turėtų pasirinkti pačios, pagal savo galimybes. Lėtinį skausmą gydančiųjų įstaigų veikla turėtų būti kur kas griežčiau reglamentuota. Tarptautinė skausmo studijų asociacija (IASP), viena įtakingiausių tarptautinių organizacijų, siūlo skausmą gydančias įstaigas sugrupuoti į tris lygius<sup>[18]</sup>. Pirmieji du iš esmės skirti lėtinio skausmo gydymui:

- *Skausmo gydymo centras* – universitetinės ligoninės gydymo padalinys, kur dirba du arba trys profesionalūs gydytojai, psichologas, konsultantai. Čia tikslinamos diagnozės, taikomi įprastiniai ir sudėtingi invaziniai, chirurginiai, destruktiniai metodai, vyksta mokslinis ir pedagoginis darbas.
- *Skausmo klinika* – žemesnio rango, bet panašios sudėties struktūra daugiaprofilinėje ligoninėje. Čia skausmas diagnozuojamas bei gydomas konservatyviai, atliekamos paprastesnės invazinės analgezijos procedūros, yra dienos stacionaras, teikiama psichoterapinė pagalba.
- *Ūminio skausmo tarnybos*, esančios visose ligoninėse, kurios laiku nustato ir efektyviai gydo pooperacinį bei kitos kilmės ūminį skausmą. Problematiškais atvejais ligoniai gali būti siunčiami konsultacijai į aukščiau minėtas įstaigas.

Akivaizdu, kad šiandien Lietuvoje panašią schemą įgyvendinti dar nėra galimybių. Ekspertų nuomone, bene pats paprasčiausias ir realiausias šiandienos scenarijus mūsų šalyje būtų toks:

- Pirminė grandis – bendrosios praktikos gydytojai, kurie nustato ūminio ir lėtinio skausmo diagnozę, skiria (arba tęsia) konservatyvų gydymą. Esant reikalui, konsultuojamasi su skausmo klinika;
- Antrinė grandis – skausmo gydytojai (anesteziologai-reanimatologai), paruošti universitetinėje bazėje, dirbantys apskričių centrų ir rajonų ligoninėse. Čia teikiama specializuota pagalba (pooperacinio skausmo malšinimas, konservatyvūs ir paprastesni invaziniai gydymo būdai);
- Tretinė grandis – universitetinės daugiaprofilinės skausmo klinikos, kurios jau įsikūrė didžiuosiuose Lietuvos miestuose.

Deja, dabar skausmo gydymo sistema vis dar formuojasi spontaniškai ir, kaip minėta, ji iš esmės pagrįsta gydytojų entuziazmu. Natūralu, kad tokiu atveju labai nukenčia ir paslaugų kokybė.

## **Kaip pradėti kurti skausmo tarnybą**

1. *Pirmiausia ir svarbiausia yra suprasti, kad galimybės dideliems darbams išties yra, net atokiose ligoninėse.* Apie pusę visų ligonių hospitalizuojami būtent dėl stipraus ir labai stipraus įvairios lokalizacijos skausmo. Operacijų skaičius ir sudėtingumas Lietuvoje nuolat auga, ypač ortopedijoje, kuri, nors pati savaime yra beveik išimtinai pašvęsta skausmo gydymui, po operacijos kiekvienam sukelia nemažą diskomfortą. Išanalizuokite savo ligoninės profilį: koks tarnybos modelis būtų realiausias? Neurochirurgai, neurologai, fizioterapijos specialistai, terapeutai, psichologai – visų jų reikia tik trečiojo lygio gydymo įstaigoje. Žemesnės pakopos ligoninėje elementarioms gydymo schemoms sudaryti, invazinėms procedūroms atlikti ir tinkamiems analgetikams parinkti užtektų ir kelių žmonių. Galbūt galima galvoti ir apie lėtinio skausmo klinikos galimybę? Štai vienas iš svarbesnių pastarojo meto laimėjimų yra SAM įsakymas „Invazinių skausmo malšinimo dienos stacionaro paslaugų reikalavimai ir bazinės kainos“ (2003m. liepa), kuris kaip ir įteisino lėtinio skausmo klinikų (kabinetų) darbą. Nuolat gausėjanti senyvo amžiaus populiacija, be abejonės, ateityje sąlygos didelį lėtinio skausmo paplitimą populiacijoje.

2. *Pradėkite diagnostikos procesą.* Tai – pirmasis ligoninės skausmo gydymo kokybės auditas. Ar analgetikai skiriami pačiu efektyviausiu ir saugiausiu režimu? Priežastys paprastai banalios: pripratimo baimė, tradicija ar tiesiog nežinojimas. Paprastiems analgezijos metodams (geriamiesiems NVNU, paracetamolui, net epidūrinei anestezijai) taikyti paprastai nereikia didelių lėšų.

3. *Sukurkite veiklos strategiją, siūlykite savo idėjas viešai.* Ideali skausmo tarnyba – tai:

- ligonis, kuris laiku ir drąsiai praneša apie ūminį skausmą;
- išsilavinusios, suprantančios pastovaus skausmo monitoravimo svarbą slaugytojos;
- novatoriški gydytojai, skiriantys analgetikus pačiu saugiausiu, efektyviausiu būdu, galintys ir norintys dirbti vienoje komandoje su chirurgais;
- ligoninės administracija, kuri inicijuoja standartizacijos procesą, palaiko konstruktyvias savo darbuotojų idėjas bei suteikia jiems sąlygas profesionaliai tobulėti;
- ligonių kasos ir SAM, kurios žino, kad skausmo gydymas yra menas, reikalaujantis mokslo, lėšų, didelių žmogiškų pastangų ir atsiperka pacientų gerbūviu ir ekonomine nauda;
- švietimo įstaigos, kurios skiria vis daugiau dėmesio skausmo gydymo švietimo problemai, skausmo slaugytojų paruošimui;
- Lietuvos anesteziologų-reanimatologų draugija, užsienio kolegų pavyzdžiu rengianti nacionalinius skausmo gydymo standartus;
- Lietuvos skausmo draugija, kitos visuomeninės organizacijos ir žiniasklaida, propaguojančios visas aukščiau minėtas idėjas nemedikų tarpe.

4. *Įvertinkite savo galimybių ribas ir sudalyvaukite įgyvendinant bent svarbiausius iš šių teiginių* (suburkite komandą, mokykite pacientus, savo kolegas, standartizuokite gydymą, tobulėkite patys ir t. t.)

5. *Periodiškai įvertinkite nueitą kelią* – pakartotino audito duomenys jus tikrai maloniai nustebins.

## **Pabaiga**

Žengiant pirmuosius ūminio skausmo tarnybos žingsnius, neišvengiamai tenka susidurti su daugybe nenumatytų organizacinių, biurokratinių ir paprastų žmogiškųjų problemų. Nuolatinė kova su konservatyviu administracijos išitikinimu, jog agresyvus skausmo gydymas reiškia tik ligoninės išlaidų didėjimą, nuobaudos už neteisingai išrašytus receptus, valdininkų ir, kas liūdniausia, kolegų abejingumas – tai tik dalis daugybės kitų, mūsų nemintų kliūčių tokių tarnybų steigimo kelyje. Nori nenori tenka pripažinti, kad posakis „kelias į sėkmę – tai ėjimas nuo vienos nesėkmės iki kitos neprarandant pradžioje turėto entuziazmo“ šiandien išlieka savo kelio beieškančios Lietuvos skausmo medicinos realybė ir realiausia viltis.

## **Literatūra**

1. Royal College of Surgeons of England and the College of Anaesthetists. Commission on the Provision of Surgical Services. Report on the Working Party on Pain after Surgery. – London, 1990.
2. U.S. Department of Health and Human Services. Acute pain management. Clinical practice guidelines. – 1992, AHCPR Publications No 92-0032, USA.
3. International Association for the Study of Pain. Management of acute pain. A practical guide Task force on acute pain. – 1992, IASP Publications, Seattle, USA.
4. Wulf H., Neugebauer E., Maier C. Die Behandlung akuter perioperativer und posttraumatischer Schmerzen. Empfindungen einer interdisziplinären Expertenkommission. – 1997, G. Thieme, Stuttgart, New York.

5. Société Française d'Anesthésie et de Réanimation. Attitude pratique pour la prise en charge de la douleur postopératoire. – 1999, Groupe d'expertes, Paris.
6. Harmer M., Davies K.A. The effect of education, assessment and a standardized prescription on postoperative pain management // *Anaesthesia*. – 1998, 53:424-430.
7. Tighe S. Q. M., Bie J. A., Nelson R. A., Skues M. A. The acute pain service: effective or expensive care // *Anaesthesia*. – 1998, 53:397-403.
8. Rawal N., Berggren L. Organization of acute pain services: a low-cost model // *Pain*. – 1994, 57:117-123.
9. Werner M. U., Sørholm L., Rotbøll-Nielsen P., Kehlet H. Does an Acute Pain Service improve postoperative outcome? // *Anesthesia Analgesia*. – 2002, 95:1361-1372.
10. Rawal N., Allvin R. The EuroPain Working Party. Acute pain services in Europe: a 17-nation survey of 105 hospitals // *European Journal of Anaesthesiology*. – 1998, 15:354-363.
11. Clinical Standards Advisory Group. Services for Patient for Pain. – 2000, HMSO, London.
12. Lietuvos medicinos norma MN 25:1999. Gydytojas anesteziologas-reanimatologas: teisės, pareigos, kompetencija ir atsakomybė.
13. Lietuvos medicinos norma MN 74:2000. Gydytojas chirurgas: teisės, pareigos, kompetencija ir atsakomybė.
14. Lietuvos medicinos norma MN 28:2004. Bendrosios praktikos slaugytojas: teisės, pareigos, kompetencija ir atsakomybė.
15. W. Ilias et al. Training Guidelines in Anaesthesia of the European Board of Anaesthesiology, Reanimation and Intensive Care // *European Journal of Anaesthesiology*. – 2001, September.
16. Mackintosh C., Bowles S. The effect of an acute pain service on nurses' knowledge and beliefs about post-operative pain // *Journal of Clinical Nursing*. – 2000, 9:119-126.
17. LR Sveikatos daudimo įstatymas (2002.12.03, IX-1219).
18. The International Association for the Study of Pain. Improving the quality of pain management through measurement and action. – 2003, Joint Commission resources.