

Wstęp

Dariusz Maciejewski

Zabiegi operacyjne określane od wielu lat skrótowym sformułowaniem „chirurgia jednego dnia”, są specjalnym systemem organizacji opieki nad chorym, jak i metodą postępowania lekarskiego, dotyczącą anestezjologa i lekarza zabiegowego oraz innych członków personelu medycznego i administracyjnego.

System ten powoduje, że planowa procedura operacyjna i wszystkie związane z nią czynności, organizacyjne i lecznicze – zaczynają się i kończą w ciągu dwudziestu czterech godzin. To ogólne stwierdzenie nie dotyczy oczywiście procesu „klinicznej akwizycji” pacjenta do systemu leczenia w chirurgii jednego dnia, który może mieć przebieg dłuższy. Często jednak okres od zaproponowania metody postępowania zabiegowego do podjęcia decyzji przez pacjenta i wykonania zabiegu przebiega dynamicznie i jest krótkotrwały, a czasami (np. stomatologia) następuje niemal natychmiast (*one-stop clinic*).

Najpowszechniej używane w piśmiennictwie definicje bytyjskie (*Association of Anesthetists of Great Britain and Ireland, British Association of Day Surgery 2011*) czy amerykańskie (*ASA Guidelines for Ambulatory Anesthesia and Surgery 2008*) w ogólnym wyrazie korespondują z przedstawionym określeniem tej specjalnej procedury. Natomiast definicja Międzynarodowego Stowarzyszenia Chirurgii Ambulatoryjnej (*International Association of Ambulatory Surgery – IAAS*) zdecydowanie separuje postępowanie ambulatoryjne od działalności w zakresie chirurgii jednego dnia, podkreślając autonomię organizacyjną i leczniczą tego postępowania. Na terytorium Polski jednak często pojęcie „chirurgii jednego dnia” jest używane synonimicznie z pojęciem właśnie znieczulenia ambulatoryjnego lub nawet znieczulenia poza salą operacyjną, chociaż te sposoby postępowania raczej wiążą się ze standardowym szpitalem. Mówi się często również o znieczuleniu krótkoterminowym lub postępowaniu ze skróceniem okresu przygotowania okołoperacyjnego, co może jednak być sformułowaniem odnoszącym się do planowanych zabiegów w obrębie szpitala. Jak widać wszystkie powyższe terminy jednak najbardziej elastycznie można jednak ująć hasłowym i już dobrze spopularyzowanym przez media i narodowego płatnika świadczeń zdrowotnych pojęciem „chirurgia jednego dnia”.

Kreśląc wstęp poniższego dzieła należy podkreślić częsty błąd rozumienia pojęcia „chirurgii jednego dnia” jako metody definiującej li tylko przyśpieszenie procesu leczniczego. Stąd powstają, szczególnie wśród menedżerów ochrony zdrowia, mylne pojęcia, iż przyjęcie pacjenta do standardowego oddziału szpitalnego i szybkie zakończenie takiego postępowania wypisem jest „chirurgią jednego dnia”. Piśmiennictwo bardzo mocno podkreśla konieczność odróżnienia szybkiego wypisu ze szpitala (*early discharge, early release*) w stosunku do systemu chirurgii jednego dnia. Zasadnicza różnica występuje co najmniej w dwóch elementach postępowania: systemie pozyskiwania pacjenta i ograniczonego zakresu jego zachorowań oraz stosowanych sposobach postępowania medycznego a priori zmierzających do wypisania pacjenta do domu. Musi więc występować teoretyczny i praktyczny czynnik dostosowania procedury i sposobu jej wykonania do ograniczonych czasem uwarunkowań leczenia. Pacjent szpitalny przechodzi natomiast cały szereg elementów kwalifikowania do leczenia operacyjnego, choć trzeba przyznać, iż coraz częściej dąży się do ich wykonywania poza tradycyjną hospitalizacją (badania analityczne czy obrazowe). Schorzenie podlegające operacji ma zazwyczaj charakter bardziej złożony i statystycznie generuje większe zagrożenie powikłaniami operacji (np. krwotokiem, zaburzeniami hemodynamicznymi). Również stan kliniczny pacjenta zazwyczaj bywa cięższy, tak więc zastosowanie środków leczniczych, w tym również sposobu znieczulenia ma charakter dostosowany do takiej sytuacji, a punktem docelowym postępowania nie jest wypisanie pacjenta do domu i podjęcie przez towarzyszące osoby opieki pooperacyjnej. Pacjent w systemie leczenia szpitalnego jest z założenia „bardziej chory”. Nic więc dziwnego, że jest chorym z założenia droższym i nawet skrócenie okresu pooperacyjnego w tradycyjnym postępowaniu szpitalnym, do wspomnianego wyżej jednego dnia, nie zmienia tego faktu. Zarazem system „chirurgii jednego dnia”, po części metodą prób i błędów opartą na nabywanym przez wiele lat doświadczeniu klinicznym, wyosobnił ze sposobów postępowania zabiegowego grupę około 200 zabiegów, których wykonywanie jest możliwe i bezpieczne dla pacjenta poddanego tylko krótkotrwałej obserwacji medycznej w okresie przed- i pooperacyjnym.

Trzeba też podkreślić, iż czynnikiem rzeczywistego stworzenia możliwości takiego postępowania nie była i nie jest szczególna zmiana technologii operacyjnych czy też unowocześnienie sprzętu chirurgicznego. Techniki operacyjne zazwyczaj pozostały bowiem niezmienione. Natomiast podstawowym czynnikiem stworzenia możliwości operacji w trybie jednodniowym stała się współczesna anestezjologia. Nowe leki o nieznacznych działaniach ubocznych i krótkim okresie półtrwania, pewna technika

znieczuleń ogólnych i wdrożenie skutecznych technologii anestezji regionalnej oraz umiejętność przewidywania i zwalczania (lub minimalizowania) powikłań stały się głównymi elementami rosnących możliwości tej gałęzi medycyny. Do arsenału ściśle związanego z anestezją dołączyły środki zwalczania tzw. małej chorobowości, przede wszystkim bólu pooperacyjnego oraz nudności i wymiotów, co uzupełniło całokształt postępowania okołoperacyjnego. Siłą rzeczy anestezjolog i jego umiejętności znalazły się w centrum zapewnienia efektywności działania placówek chirurgii jednego dnia, gwarantując profesjonalizm medyczny i wydolność organizacyjną systemu. Wiele opracowań sugeruje wręcz konieczność powierzania anestezjologom funkcji kierowniczych w sferze organizacyjnej w zespołach chirurgii jednego dnia, gdyż potrafią oni, wykorzystując wszechstronną znajomość strategii operacyjnej i specyfiki leczenia koordynować i optymalizować pracę innych uczestników procesu leczniczego. Siłą rzeczy dziedzina ta stała się jedną z enklaw powodzenia ekonomicznego zespołów podejmujących działalność w zakresie zabiegowej terapii jednodniowej.

W Polsce, ale i w innych krajach o zbliżonych rozwiązaniach systemu leczenia, ilość zabiegów operacyjnych wykonywanych w opisany sposób jest limitowana przez narodowego płatnika świadczeń. Proponowane stawki wahają się od 30 do 65% cen oferowanych za tożsame zabiegi w leczeniu szpitalnym. Najpewniej z powodów politycznych system leczenia zabiegowego w obrębie jednego dnia, pomimo racjonalnych przesłanek – bezpieczeństwa, komfortu, minimalnej liczby powikłań i dodatniego efektu ekonomicznego, nie jest w stanie pokonać pochodzącej z poprzedniej epoki struktury szpitala socjalnego. Świadczy to o nierozwiązywalnej ułomności wielu państwowych systemów organizacyjnych i często skłania do działalności placówek zabiegowych jednego dnia w sferze pozapublicznej, finansowanej z prywatnych środków lub przez płatników z dodatkowych filarów ubezpieczeniowych.

Chirurgia jednego dnia, pomimo wielu problemów organizacyjnych i medycznych wykazuje stopniowe, globalne tendencje wzrostu ilości wykonywanych zabiegów. Wynika to zapewne – z jednej strony – ze specyficznego współistnienia tej metody z zawrotnym tempem życia współczesnego człowieka, konieczną punktualnością i niezawodnością procedur oraz częstą niechęcią do tradycyjnego modelu szpitala. Jednak – z drugiej strony – ten typ leczenia staje się nierozłącznym elementem ekonomizacji procesu leczenia, obniżając koszty płatnika lub przenosząc je na pacjenta i paradoksalnie dotyczy krajów o bardzo wysokim poziomie technologii medycznych i znacznym budżecie ochrony zdrowia. Kraje o niższym poziomie inwestycji w sferę ochrony zdrowia, zamiast takiego podejścia, oferują

tani, socjalny model noclegowiska medycznego, w którym czas oczekiwania nawet na prostą procedurę zabiegową staje się miarą jej ważności i w zakamuflowany sposób ogranicza dostępność do procedur medycznych. Utrzymywanie takiego stanu rzeczy jest też często utajoną formą ukrywania bezrobocia, stąd pojawia się w państwach o niewielkich wartościach budżetu narodowego.

Tak więc, myśląc o chirurgii jednego dnia jako elemencie postępu w medycynie, musimy widzieć szeroki kontekst oddziaływania tego typu działalności na całokształt zagadnień ochrony zdrowia. Zarazem jest to jedna z niewielu dziedzin medycyny, w której anestezjolog odgrywa tak istotną, wręcz wiodącą rolę w uzyskaniu ostatecznego powodzenia wybranego przez pacjenta sposobu postępowania.

Ta specyfika, często niezauważana nawet przez samych anestezjologów, stała się jedną z ważnych przyczyn powstania prezentowanego dzieła polskich autorów, znakomitych praktyków i teoretyków zagadnienia, które ma pomóc w codziennej pracy polskiemu lekarzowi anestezjologii i intensywnej terapii pracującemu w systemie „chirurgii jednego dnia”. Spojrzenie to, w założeniu niniejszego podręcznika, powinno ogarnąć wybrane elementy organizacji, teorii, ale także i praktyki tego ciągle jeszcze frapującego i odkrywanego zagadnienia współczesnej medycyny zabiegowej.

Piśmiennictwo

- Ahonkallio S., Santala M., Valtonen H., Martikainen H.: Cost-minimisation analysis of endometrial thermal ablation in a day case or outpatient setting under different anaesthesia regimens. *Eur. J. Obstet. Gynecol. Reprod. Biol.* 2012, 162(1), 102-4.
- Apfelbaum J.L.: Current controversies in adult patient anesthesia. *Refresher Course Lectures American Society of Anesthesiologists* 2006, 103, 1-5.
- Association of Anaesthetists of Great Britain and Ireland; British Association of Day Surgery. Day case and short stay surgery: 2. *Anaesthesia* 2011, 66(5), 417-34.
- Bayman E.O., Dexter F., Laur J.J., Wachtel R.E.: National incidence of use of monitored anesthesia care. *Anesth. Analg.* 2011, 113(1), 165-9.
- Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS), HHS. Medicare program: hospital outpatient prospective payment system and CY 2011 payment rates; ambulatory surgical center payment system and CY 2011 payment rates; payments to hospitals for graduate medical education costs; physician self-referral rules and related changes to provider agreement regulations; payment for certified registered nurse anesthetist services furnished in rural hospitals and critical access hospitals. Final rule with comment period; final rules; and interim final rule with comment period. *Fed. Regist.* 2010, 75(226), 71799-2580.
- Epstein B.S.: Where we were, where we are, where we are going. *Anesth. Analg.* 2011, 113(3), 480-3.
- Guidelines for Ambulatory Anesthesia and Surgery, Committee of Origin: Ambulatory Surgical Care – approved by the ASA House of Delegates on October 15, 2003, and last amended on October 22, 2008.
- Hair B., Hussey P., Wynn B.: A comparison of ambulatory perioperative times in hospitals and freestanding centers. *Am. J. Surg.* 2012, 204(1), 23-7.
- Liu H., Waxman D.A., Main R., Mattke S.: Utilization of anesthesia services during outpatient endoscopies and colonoscopies and associated spending in 2003-2009. *JAMA* 2012, 307(11), 1178-84.
- Mangia G., Bianco F., Bonomo R., Di Caro E., Frattarelli E., Presutti P.: Willingness to pay for one-stop anesthesia in pediatric day surgery. *Ital. J. Pediatr.* 2011, 37, 23.

-
- Metzner J., Kent C.D.: Ambulatory surgery: is the liability risk lower? *Curr. Opin. Anaesthesiol.* 2012 Dec, 25(6), 654-8.
- Prickett K.K., Wise S.K., DelGaudio J.M.: Cost analysis of office-based and operating room procedures in rhinology. *Int. Forum Allergy Rhinol.* 2012, 2(3), 207-11.
- Rabbitts J.A., Groenewald C.B., Moriarty J.P., Flick R.: Epidemiology of ambulatory anesthesia for children in the United States: 2006 and 1996. *Anesth. Analg.* 2010, 111(4), 1011-5.
- Raeder J.: *Clinical Ambulatory Anesthesia.* Cambridge University Press 2010.
- Recommendations for the Perioperative Care of Patients Selected for Day Care Surgery. PS-15, Australian and New Zealand College of Anaesthetists, 2010.
- Whitwam J.G. (red.): *Zabiegi w oddziałach dziennych. Znieczulenie i sedacja.* α -medica press, Bielsko-Biała 1994.