

## SPITALUL FĂRĂ DURERE – UN NOU CONCEPT DE MANAGEMENT AL DURERII ACUTE (partea II)

Adrian BELÂI, Natalia BELÂI,  
Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie  
Nicolae Testemițanu

### Summary

#### *Pain Free Hospital – An Original Concept in Acute Pain Management (part II)*

The article continues to describe the concept of acute pain management in healthcare institutions called Pain Free Hospitals (PFH). We present the elements on which PFH concept is built (a list of standards and requirements, procedures book, protocols book, green space, performance and quality evaluation, pain management school, risk elements, and patient safety management). We give examples of standardised forms for data registration. Also, we offer the list of structure, process and outcome parameters of acute pain management in hospitals.

**Key words:** management, pain, regulation, principles, quality, policies.

### Резюме

#### *Больница без боли – оригинальный концепт менеджмента острой боли (II часть)*

В статье продолжается представление концепта менеджмента боли «Больница без Боли» (БББ). Представлены составные элементы концепта БББ: список стандартов и требований, классификатор протоколов, «зеленый стенд», оценка эффективности и качества, школа менеджмента боли, оценка риска и обеспечение безопасности пациента. Даны примеры стандартизированных бланков регистрации данных. Также представлены структурные, процессуальные и результативные параметры, специфичные для менеджмента боли в стационаре.

**Ключевые слова:** менеджмент, боль, законодательство, принципы, качество, политики.

După prezentarea, în numărul 2/2011 al revistei, a problemei durerii acute în instituțiile medicale de tip spitalicesc și a principiilor de evaluare și tratament al durerii, urmează prezentarea elementelor constitutive ale conceptului *Spital Fără Durere*.

#### Elementele constitutive ale conceptului *Spital Fără Durere*

Asigurarea funcționării celor 10 principii de luptă cu durerea este realizată de structura de principiu a conceptului *Spital Fără Durere* (figura 1).

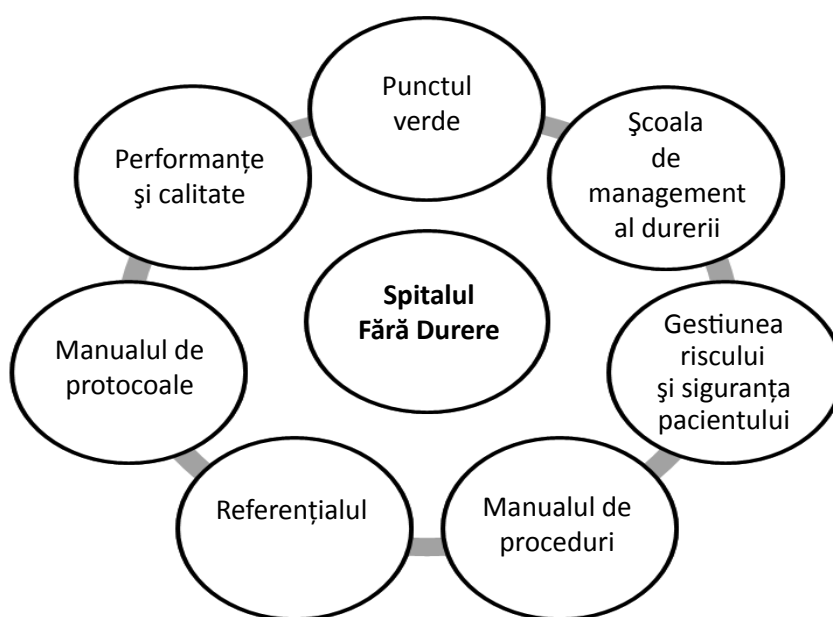


Figura 1. Structura conceptului „Spital Fără Durere”.

**Referențialul.** Conform DEX-ului, *referențialul* este un sistem de referință, un ansamblu de elemente legate într-un sistem. Referențialul este un document, un etalon, un manual de standarde, ce permite evaluarea conformității structurilor, practicilor și rezultatelor prin auditul structurii (indiferent dacă aceasta este chirurgicală, medicală sau de diagnostic – secție, unitate funcțională, clinică, spital) și anchetarea pacienților (de ex., chestionarele de satisfacție).

Referențialul de asigurare a calității managementului durerii descrie și include totalitatea standardelor, dispozițiilor stabilite și măsurilor necesare de aplicare în practică, pentru a asigura fiecărui pacient un management adecvat al durerii. Referențialul este structurat în capitole. Fiecare capitol oglindește în detalii cerințele (exigențele), criteriile de apreciere, elementele măsurabile și observabile (indicatorii), care permit verificarea conformității criteriului. Cu ajutorul indicatorilor se evaluează cele trei componente ale unui sistem: structura, procesul și rezultatul.

În *tabelul 1* este prezentat, cu titlu de exemplu, un fragment din referențialul conceptului *Spital Fără Durere* de asigurare a calității managementului durerii.

Tabelul 1

Referențialul de asigurare a calității managementului durerii (fragment)

Standardul VI. Personalul medical utilizează în mod cotidian mijloacele de autoevaluare a durerii.					
Exigențe	Criterii de apreciere	Indicatori	Evaluare		
			S	P	R
<b>Exigența VI</b> Aprecierea intensității durerii se face numai de către pacient, prin utilizarea unui scor unidimensional: scorul vizual-analogic, scorul vizual-numeric sau scorul numeric simplu. În cazul pacientului necomunicant, se va utiliza un scor de heteroevaluare a intensității durerii.	<b>Criteriul VI</b> 100% din pacienții cu capacitatea de comunicare neafectată își apreciază singuri intensitatea durerii prin utilizarea unui scor unidimensional.	<b>Indicatorul VI</b> Dosarul (fișa de observație) pacientului. Anchetarea pacienților. Deținerea unei rigle cu scorurile unidimensionale de evaluare a durerii la orice asistentă medicală din unitatea funcțională. Prezența unei rigle cu scorurile unidimensionale de evaluare a durerii în disponibilitatea imediată a medicului.	x	x	x

Legendă: S – structură; P – proces; R – rezultat.

**Manualul de proceduri.** În manualul de proceduri sunt descrise structurile implicate în lupta cu durerea, modul lor de funcționare, procesele și mecanismele lor principale de realizare pentru combaterea durerii.

### Descrierea structurilor

**Comitetul de Luptă Contra Durerii (CLUD).** Comitetul de Luptă Contra Durerii (CLUD) reprezintă un nucleu de reflecție, de propuneri și de acțiune, chemat să lucreze în colaborare eficientă și permanentă cu direcția, serviciile clinice, farmacia, structurile administrative și cele de logistică ale instituției medicale. CLUD nu are misiunea asigurării directe a managementului durerii; aceasta este funcția nemijlocită a fiecărui serviciu clinic și a structurilor specializate în tratamentul durerii. Trei motive majore impun crearea unui CLUD:

1. Constituirea unui CLUD permite transpunerea în practică a angajamentului, luat de către instituția medicală față de pacient și rudele lui, de a asigura managementul calitativ al durerii. Constituirea CLUD răspunde și obligației morale, medicale și legale în asigurarea tratamentului durerii.

2. Diversitatea maladiilor și situațiilor clinice cer definirea unui plan de acțiuni contra durerii, specific fiecărei unități funcționale.

3. Majoritatea absolută a personalului instituției medicale are tangență cu sau este implicat direct în managementul durerii. Acest fapt cere crearea unei instanțe transversale, multidisciplinare, care ar genera și ar dezvolta reflecțiuni colective, ar impulsiona măsuri noi, ar amplifica acțiunile întreprinse, făcându-le cunoscute și promovându-le peste tot unde acestea sunt necesare.

#### **Misiunile Comitetului de Luptă Contra Durerii** sunt:

1. Unificarea și coordonarea tuturor acțiunilor din instituția medicală ce se referă la managementul durerii, oricare le-ar fi tipul, originea sau contextul, acțiuni ce trebuie înscrise în proiectul (planul de dezvoltare) instituției medicale.

2. Perenizarea și difuzarea în toată instituția medicală a Programelor de Ameliorare a Calității în Evaluarea și Tratamentul Durerii.

3. Organizarea acțiunilor de Educare Medicală Continuă în domeniul managementului durerii a personalului medical și nemedical al instituției.

4. Îndeplinirea rolului de observator al procesului de management al durerii în instituția medicală. În acest scop, CLUD adună toată informația referitoare la necesitățile instituției în domeniul durerii și va elabora o strategie coerentă și adaptată, ce abordează eficient și pragmatic toate tipurile de durere – atât acută, cât și cronică.

5. Evaluarea rezultatului acțiunilor în derulare, utilizând indicatorii specifici managementului durerii.

### **Structura Comitetului de Luptă Contra Durerii**

**Președintele CLUD:** este ales pe un termen de 4 ani; în calitate de președinte al CLUD poate fi aleasă oricare persoană din lista membrilor obligatori sau voluntari, prin simpla majoritate a voturilor.

#### **Membrii obligatori:**

1. Vice-directorul instituției pe probleme medicale sau reprezentantul lui;
2. Directorii clinicilor universitare, parte a instituției medicale date sau reprezentantul directorului clinicii;
3. În lipsa clinicilor universitare – șefii secțiilor instituției medicale;
4. Asistenta medicală superioară a instituției sau reprezentantul ei;
5. Farmacistul-șef al instituției medicale sau reprezentantul lui;
6. Referentul pe durere al departamentului, secției, unității funcționale.

**Membrii-voluntari:** membru voluntar al CLUD poate fi oricare angajat al instituției medicale, care are dorința și dispune de competența necesară pentru asigurarea misiunilor CLUD. Membri voluntari ai CLUD pot fi atât medicii, cât și asistentele medicale.

**Prevederi speciale:** membrii CLUD sunt obligați să frecventeze cursuri EMC în domeniul Mana-

gementului Durerii, în decurs de cel mult 6 luni de la desemnarea în funcție. Dovada trecerii cursului EMC se stipulează în *Fișa Nominală a Membrilor CLUD*.

### **Modul de funcționare a Comitetului de Luptă Contra Durerii:**

- În timpul primei sale întruniri, CLUD își alege președintele, prin simpla majoritate a voturilor.
- Durata mandatului președintelui este de 4 ani. Aceeași persoană poate fi aleasă și realeasă în funcția de președinte al CLUD nu mai mult de 2 ori consecutiv.
- Adunarea Generală a CLUD este ținută de 1-2 ori pe an. Președintele CLUD anunță, cu cel puțin 15 zile înainte, toți membrii CLUD despre data desfășurării Adunării Generale și ordinea de zi.
- O adunare extraordinară poate fi convocată de către președintele CLUD sau de către vice-directorul pe activitatea clinică a instituției medicale.
- Adunările CLUD sunt deliberative, dacă participă cel puțin 50% din numărul membrilor săi.
- Un membru CLUD este desemnat secretar al adunării, care va avea sarcina de a perfecta procesul-verbal al adunării. Procesul-verbal este semnat de către președinte și secretar și este păstrat în arhiva CLUD.
- Hotărârile CLUD se aprobă cu simpla majoritate de voturi.
- Hotărârile CLUD sunt obligatorii pentru toate structurile instituției medicale.
- În cazul egalității voturilor, cel al președintelui CLUD este decisiv.
- Pentru realizarea acțiunilor concrete, CLUD constituie în cadrul lui grupuri de lucru.
- CLUD va face anual un raport de activitate, care va fi difuzat tuturor unităților funcționale ale instituției medicale. Raportul va include, de asemenea, partea financiară: cheltuieli, echipamente, medicamente, investiții, promovare, editare de materiale etc.
- Toți membrii CLUD respectă prevederile secretului profesional.

**Medicul-referent pe durere.** Referentul pe durere este o persoană desemnată de șeful instituției funcționale sau una voluntară, motivată în aplicarea și monitorizarea Programului de Asigurare a Calității Managementului Durerii, care posedă capacitatea de a activa în echipă și care este recunoscută în rândul colegilor de lucru drept potrivită în exercitarea misiunii date.

Referentul pe durere este membru al CLUD. Misiunea sa se exercită la nivelul unității funcționale (clinicii, departamentului, secției etc.) și la nivelul instituției medicale.

*Misiunile medicului referent pe durere la nivelul unității funcționale:*

- informarea și formarea personalului unității funcționale privind prevederile Programului de Asigurare a Calității Managementului Durerii;
- informarea și formarea personalului unității funcționale în evaluarea și tratamentul pacienților cu durere (aspecte teoretice, practice, prezentarea echipamentului din dotare);
- a fi persoana de legătură a personalului medical (medici, medici-rezidenți, asistente, stagiați) pentru orice problemă referitoare la managementul durerii;
- transmiterea informației cu privire la starea managementului durerii în unitatea funcțională în care activează referentul președintelui CLUD;
- identificarea necesităților și înregistrarea cererilor venite din partea personalului unității funcționale pentru instruirea în managementul durerii și transmiterea lor președintelui CLUD;
- pregătirea rapoartelor privind managementul durerii în unitatea funcțională aflată în gestiunea referentului și prezentarea lor la ședințele CLUD;
- întreținerea motivației și dinamicii colegilor de serviciu prin transmiterea de noutăți, anunțuri, documente etc., obținute la diverse evenimente didactice, de promovare sau științifice cu tangență;
- întreținerea și actualizarea structurii și conținutului clasorului *Programului de Asigurare a Calității Managementului Durerii* cu acte, prevederi și protocoale nou-elaborate;
- participarea la elaborarea protocoalelor instituționale sau a celor de nivel de unitate funcțională, ce țin de managementul durerii;
- participarea la anchetarea satisfacției pacienților privind managementul durerii.

*Misiunile medicului referent pe durere la nivelul instituției medicale:*

- participă la adunările și ședințele CLUD;
- activează în grupul (grupurile) de lucru în care a fost desemnat;
- participă la misiunile EMC ținute în cadrul instituției medicale și la cele ținute de Societatea pentru Studiul și Combaterea Durerii din Moldova.

### **Descrierea Procedurilor**

**Structura-tip a procedurii.** Descrierea procedurilor se face într-un mod standardizat, acestea fiind structurate astfel:

1. Foaia de titlu a procedurii, care, pe lângă titlul propriu-zis, mai conține tabelul de evoluții (descrierea conținutului, structurilor și funcțiilor implicate), cel de adoptare (cine și când a

elaborat, actualizat și aprobat procedura) și cel de difuziune (destinatarul procedurii);

2. Obiectivele procedurii;
3. Domeniul de aplicare a procedurii;
4. Documentele de referință, în baza cărora a fost elaborată procedura;
5. Definiții întâlnite pe parcurs (de ex., definiția evaluării, definiția protocolului etc.);
6. Descrierea propriu-zisă a procesului, ce conține următoarele subpuncte:
  - a. Responsabilități;
  - b. Principii generale;
  - c. Lista documentelor conținute de procedură (de ex., protocoalele de analgezie);
  - d. Lista documentelor de trasabilitate;
  - e. Dispoziții speciale pentru executare;
  - f. Aspecte de gestiune a procesului;
  - g. Măsurile corective din cadrul procedurii date;
  - h. Logigrama procedurii;
  - i. Indicatorii de proces și rezultate.

**Procedura de luptă cu durerea.** Procedura de luptă cu durerea descrie responsabilitățile și etapele ce trebuie respectate în procesul managementului durerii perioperatorii. Structurile implicate în proces sunt: unitățile de spitalizare tradiționale și cele ambulatorii, unitățile de terapie intensivă și reanimare, unitățile de supraveghere postoperatorie (sălile de trezire). Medicii anesteziologi-reanimatologi, medicii specialităților chirurgicale și nechirurgicale, asistentele medicale reprezintă actorii implicați în realizarea practică a procedurii de luptă cu durerea, care are următoarele obiective:

- Asigurarea unui management eficace a durerii pentru toți pacienții spitalizați. Dimensiunile biopsihosociale și culturale ale pacientului vor fi luate în considerație.
- Acordarea posibilității ca persoana să-și rezolve problema de sănătate cu demnitate, suprimând durerile inutile.
- Evitarea complicațiilor postoperatorii legate de persistența durerii.
- Participarea la ameliorarea rezultatului funcțional după intervenția invazivă sau chirurgicală.

Executarea procedurii de luptă cu durerea se află sub responsabilitatea medicului ce se ocupă nemijlocit de pacient. Responsabilitatea este partajată cu echipele medicale și cele multidisciplinare, care au misiunea realizării în comun a asistenței medicale. Descrierea nemijlocită a procedurii este prezentată în tabelul 2.

Fiecare etapă a procesului este înregistrată în dosarul pacientului. Aceste înregistrări permit reajustarea (optimizarea) în caz de necesitate a protocolului individualizat de către medic, în funcție de

datele înregistrate în dosarul pacientului, și o evaluare a eficienței protocoalelor prin auditul dosarelor, realizat cel puțin o dată pe an de către o echipă special constituită. În funcție de rezultatele auditului, acțiuni corective pot fi aplicate în direcția instruirii personalului, executării tehnicilor și protocoalelor sau modificării tehnicilor și protocoalelor.

**Tabelul 2**

**Descrierea procedurii de luptă cu durerea (dispoziții speciale pentru executare)**

<p>Orice pacient, care are indicația pentru o intervenție chirurgicală, este consultat de către medicul-anesteziolog, care:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- informează pacientul cu privire la durerea postoperatorie și la posibilitățile de combatere a ei;</li> <li>- ia, în comun cu pacientul, hotărârea ce protocol de analgezie postoperatorie va fi aplicat.</li> </ul> <p>Orice pacient spitalizat va primi la internare un pliant de informare, care va conține informația necesară referitoare la durerea postoperatorie și cea indusă, metodele de evaluare a durerii, posibilitățile de combatere a ei, potențialele efecte adverse și complicații legate de calmarea durerii, alte instrucțiuni sau informații necesare asigurării unui management calitativ al durerii perioperatorii.</p> <p>La internarea în secție (unitate, serviciu medical), asistenta medicală va verifica dacă pacientul a primit informația orală/scrisă cu privire la durere, iar în caz de necesitate – o va completa, explicând, în special, modalitățile de combatere a durerii și rolul pacientului în acest proces.</p> <p>Protocolul de analgezie ales de către medic se va executa începând din momentul prezenței pacientului în blocul operator sau în sala de supraveghere postoperatorie.</p> <p>Asistenta medicală execută cu rigurozitate prevederile protocolului de analgezie și prescripțiile medicului.</p> <p>Trasabilitatea tratamentului, parametrii de monitorizare a durerii și eficienței tratamentului, a efectelor secundare este înregistrată pe formularele corespunzătoare și atașată la dosarul pacientului.</p> <p>Durerile provocate (induse) vor fi, în măsura posibilului, evitate, dând preferință mijloacelor și tehnicilor mai puțin dureroase.</p> <p>Gesturile potențial dureroase sunt programate (realizate) în funcție de administrarea medicației analgezice (momentul efectului maxim).</p> <p>Pe lângă efectele medicamentoase asupra durerii, echipa pluridisciplinară va acorda atenție dimensiunii psihologice, emoționale și comportamentale a durerii, prin comunicarea cu pacientul și manifestarea unei atitudini binevoitoare.</p> <p>De fiecare dată când e posibil, tratamentelor medicamentoase vor fi asociate «mijloacele mici», cum ar fi, de exemplu, poziționarea confortabilă a pacientului, aplicarea pungii cu gheață, anestezicelor locale transdermice, reasigurarea și încurajarea pacientului etc.</p> <p>Gradul de satisfacție a pacientului este evaluat sistematic prin intermediul unui chestionar de satisfacție:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- fie la a 48-a oră postoperatorie,</li> <li>- fie la a 72-a oră de spitalizare.</li> </ul>
--

Alte proceduri din *Manualul de Proceduri* (de ex., procedura de supraveghere a analgeziei cu morfină; procedura de supraveghere a analgeziei peridurale cu lidocaină etc.) au structură și mod de prezentare identice.

Logigrama procedurii de combatere a durerii este prezentată în figura 2.

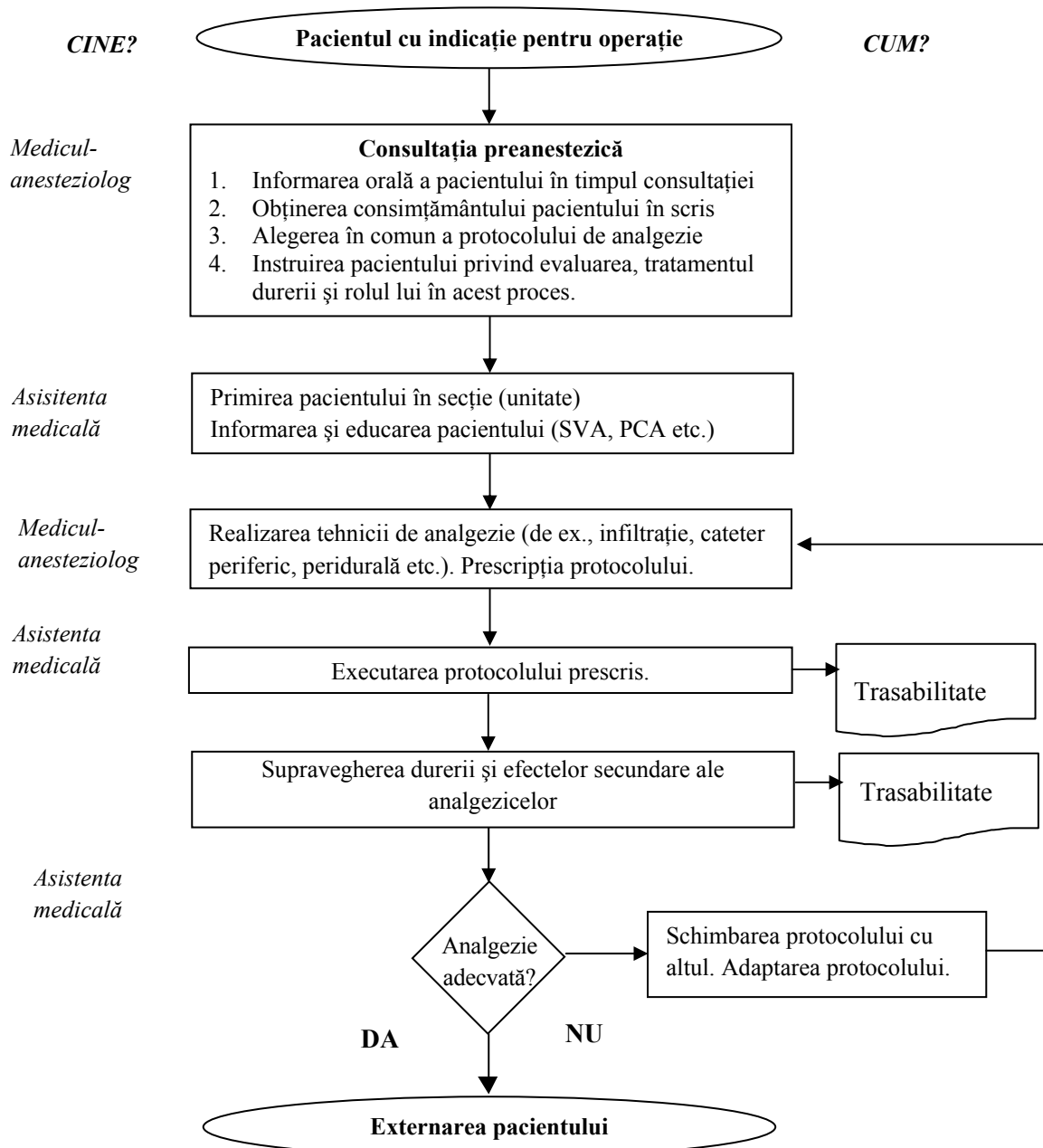


Figura 2. Logigrama procedurii de combatere a durerii.

### Manualul de protocoale

Protocolul este un document scris și consensual, accesibil pentru toți, ce corespunde datelor științifice, etice și legale contemporane. Protocolul este utilizat drept răspuns la o situație clinică recunoscută (identificată). Protocolul definește măsurile care trebuie luate în consecință, compatibile cu mijloacele disponibile. Protocolul este (re)evaluat într-un răstimp definit (de obicei, o dată pe an).

Un protocol nu este o prescripție medicală! În absența prescripției, niciun protocol nu poate fi aplicat. Un exemplu de protocol operațional este prezentat în figura 3.

Protocolul asigură următoarele obiective:

- Realizarea unui tratament standardizat, demonstrat a fi cel mai eficient, cel mai sigur și cu reacții adverse minime pentru toți pacienții cu durere.
- Aplicarea principiului de egalitate și nondiscriminare a pacienților în cadrul managementului durerii.
- Minimizarea frecvenței complicațiilor și reacțiilor adverse datorate analgeziei.
- Evidența eficienței, costului și siguranței.

Societatea Pentru Studiul și Combaterea Durerii din Moldova Programul de asigurare a calității în managementul durerii <i>SPITAL FĂRĂ DURERE</i>		
<i>Codul documentului:</i> MP-DPO-003	<b>PRESCRIȚIE ANALGEZIE PERIDURALĂ</b>	<i>Pagini:</i> 1/1
<i>Versiunea:</i> 1	<i>Elaborat:</i> 10/02/2009	
<p style="text-align: right;">Data: _____</p> <p style="text-align: right;">Secție referință: _____</p> <p>Nume, prenume: _____ Vârsta: _____ Greutatea: _____ Înălțimea: _____</p> <p>Diagnostic: _____ Intervenție: _____</p> <p>Alergii medicamentoase: _____</p> <p><b>I. Soluția de anestezic local din seringă:</b></p> <p><input type="checkbox"/> bupivacaină 0,1%</p> <p><input type="checkbox"/> bupivacaină 0,25%</p> <p><input type="checkbox"/> bupivacaină 0,1%, morfină 0,05 mg/cc</p> <p><input type="checkbox"/> bupivacaină 0,1%, fentanyl 2 μg/cc</p> <p><b>II. Viteza de administrare</b></p> <p>Viteza inițială _____ mL/h</p> <p>Titrați în limitele vitezei: min. _____, max. _____ mL/h</p> <p><b>III. Instrucțiuni în caz de incidente</b></p> <p>În caz de depresie respiratorie, administrați naloxonă 0,1 mg i.v., repetați la fiecare 5 min. până la o doză max. de 0,4 mg.</p> <p>Dacă cateterul peridural devine nefuncțional din varia motiv, opriți perfuzia peridurală, chemați medicul responsabil și administrați:</p> <p>MEDICAMENTUL: _____</p> <p>DOZA: _____ mg i.v. q. 5 min. până pacientul se simte confortabil.</p> <p>DOZA MAXIMALĂ: _____ mg.</p> <p>Monitorizați semnele vitale q. 5 min×3 ori după dozele-bolus.</p> <p><b>Pentru PCEA:</b> (a se practica numai de către personalul special format)</p> <p>MEDICAMENT/CONCENTRAȚIA: _____ mg/cc</p> <p>DOZA-BOLUS: _____ cc</p> <p>PERIOADA REFRACTARĂ: _____ minute</p> <p>PERFUZIA DE BAZĂ: orele 07:00 – 23:00 _____ mL/h</p> <p style="padding-left: 100px;">orele 23:00 – 07:00 _____ mL/h</p> <p>DOZA MAXIMALĂ ORARĂ _____ cc</p> <p><b>Semnătura medicului</b> _____ <b>Asistenta medicală</b> _____</p>		
<p><b>IV. Monitorizarea cateterului peridural</b></p> <p>A. La 15 minute după doza-bolus inițială sau după începerea perfuziei, sau după modificarea vitezei de perfuzie, înregistrați:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ frecvența cardiacă și presiunea arterială;</li> <li>▪ răspunsul verbal și cel motor (scorul Bromage);</li> <li>▪ frecvența respiratorie la fiecare oră, timp de 4 ore;</li> <li>▪ intensitatea durerii și profunzimea sedării la fiecare oră timp de 4 ore, dacă pacientul este treaz.</li> </ul> <p>B. La atingerea stării de echilibru (după a 4-a oră de la doza-bolus inițială sau după începerea perfuziei, sau după modificarea vitezei de perfuzie, înregistrați:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ frecvența cardiacă și presiunea arterială, la fiecare 4 ore;</li> <li>▪ frecvența respiratorie, la fiecare 2 ore;</li> <li>▪ intensitatea durerii, profunzimea sedării și scorul Bromage, la fiecare 4 ore, dacă pacientul este treaz.</li> </ul> <p><b>V. La apariția următoarelor reacții adverse, anunțați medicul:</b></p> <p style="padding-left: 40px;">FR&lt;10 rpm; FCC&lt;50 bpm; PAS&lt; 90 mmHg, greață, vomă, prurit, retenție urinară.</p> <p>Pentru FR&lt;8 rpm, chemați medicul și:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ dacă pacientul este obnubilat, plasați masca cu O<sub>2</sub> la un debit de 4 L/min.;</li> <li>▪ opriți perfuzia peridurală;</li> <li>▪ administrați naloxonă 0,1 mg i.v., repetați la fiecare 5 min., până la o doză max. de 0,4 mg, dacă e necesar;</li> <li>▪ monitorizați saturația cu oxigen (SpO<sub>2</sub>).</li> </ul> <p style="text-align: center;"><b>PENTRU SIGURANȚA PACIENTULUI:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Marcați linia de perfuzie a spațiului peridural !</li> <li>2. Nu administrați analgezice opioide și medicamente cu efect sedativ fără prescripția medicului;</li> <li>3. Pentru orice problemă, anunțați imediat medicul.</li> </ol>		

Figura 3. Prescripție de analgezie peridurală (exemplu de protocol operațional de tratare a durerii).

În sens documentar, structura-tip a unui protocol este identică structurii-tip a procedurii (vezi *Structura-tip a procedurii*). Totalitatea protocoalelor de management a durerii constituie *Manualul de protocoale* (al secției, al spitalului).

Partea „operațională” a protocolului de analgezie se multiplică și este accesibilă în orice moment medicului-prescriptor. Prescripția se face prin bifarea sau completarea itemurilor stipulate în protocol, care apoi se execută de către asistenta medicală.

### Gestiunea riscului și siguranței pacientului

Aspectul gestiunii riscului și siguranței pacientului este abordat în detalii în monografia *Reabilitarea postoperatorie accelerată: modelul aeronautic* (autor Adrian Belâi; Combinatul Poligrafic, Chișinău, 2007, 168 p., și în Capitolul VIII. 4).

Gestiunea riscului devine indispensabilă, începând cu momentul când sistemul devine complex, unde sunt numeroase interfețe între om și tehnologie, acolo unde erorile, de fapt, au consecințe serioase. Sistemele devin sigure atunci când nu mai există disfuncții datorate materialului și când riscurile principale provin din eroarea și performanța umană. Sistemele ultrasigure tind a eradică și erorile umane sau, cel puțin, a le face controlabile.

Securitatea trebuie privită ca un noneveniment dinamic; atingerea unui bun nivel de securitate necesită eforturi permanente și se reflectă nu atât la nivel de sistem, cât la nivel de productivitate, în special acolo unde rezultatele pot fi cuantificate. În absența gestiunii riscurilor, survin accidente fatale, care încetinesc sau chiar fac imposibilă derularea proceselor.

În această ordine de idei, gestiunea riscului și siguranței pacientului în cadrul managementului durerii este un element indispensabil și face parte integrantă din serviciul instituțional (transversal) de gestiune a riscului și siguranței pacientului. Promovarea unei politici de gestiune a riscului în sânul instituției conduce la schimbări majore, cu influență asupra politicilor, deciziilor strategice, tehnicilor de management și responsabilității actorilor. Ea necesită crearea unor reguli instituționale cu privire la accesul și difuzia informației despre riscuri. O politică de gestiune a riscului nu poate fi realizată decât printr-un angajament la cel mai înalt nivel.

Definiția riscului capătă semnificațiile următoare:

- situație nedorită, cu consecințe negative, care este rezultatul unui sau mai multor evenimente ale căror producere este incertă;
- orice eveniment ce posedă pericolul reducerii speranței beneficiului și/sau eficacității unei activități umane.

Gestiunea riscului include identificarea, analiza și tratamentul riscurilor și constă, în cea mai mare și complicată parte, din înregistrarea evenimentelor

care semnalează existența riscului. În absența unui dosar de gestiune a riscului, aceste evenimente se produc fără a fi înregistrate și, în consecință, administrația instituției nu poate lua atitudine față de ele.

Declararea evenimentelor adverse, incidentelor și nonconformității se face pe formulare tipărite, elaborate special, sau, și mai bine, într-o modalitate informatizată, în sistemul intranet al instituției. Un exemplu de formular de declarare a evenimentelor adverse, incidentelor și nonconformității, elaborat și propus pentru utilizare, este prezentat în *figura 4*.

Punerea pe rol a unui sistem de identificare a factorilor de eroare prin fișe de declarații necesită conceperea următoarelor condiții:

- crearea unui circuit de informație confidențial: este important de a limita divulgarea identității actorilor implicați chiar și față de administrație; informația obținută va fi utilizată doar pentru necesitățile de funcționare a sistemului de gestiune a riscului;
- stabilirea unor reguli instituționale clare asupra consecințelor disciplinare în cazul declarării spontane, benevole a unui eveniment;
- existența unui climat de încredere, stabilit prin excluderea admonestării angajaților; disfuncțiile depistate nu vor servi pentru pedepsire, ci pentru analiza sistemului.

Un aspect foarte important practic, întotdeauna trecut cu vederea, este impactul emoțional, resimțit de către personalul implicat într-un eveniment, secundar confruntării personale sau sociale cu incompetența, eroarea sau eșecul său. Totuși, este incorect, din punct de vedere științific, de a considera că erorile umane sunt evitabile prin aplicarea de sancțiuni. Eroarea trebuie redefinită drept un ecartament față de performanța vizată. Erorile umane rareori sunt voluntare; luarea oricărei decizii este un proces complex.

Abordarea modernă a gestiunii riscului presupune securizarea tuturor proceselor ce compun performanța umană și tentativa de a limita consecințele erorii umane. **Problemele nu provin de la oameni răi, care lucrează într-un sistem bun, ci de la oameni care lucrează în sisteme ce trebuie perfecționate și făcute mai sigure.**

### Performanțe și calitate

Aspectul asigurării calității în asistența medicală este abordat detaliat în monografia *Reabilitarea postoperatorie accelerată: modelul aeronautic* (autor Adrian Belâi).

Inițiată acum 40 de ani în industrie, teoria și practica ameliorării calității implică astăzi aproape

Societatea Pentru Studiul și Combaterea Durerii din Moldova Programul de asigurare a calității în managementul durerii <i>SPITAL FĂRĂ DURERE</i>		
Codul: SEC-GEN-000		FORMULAR DE ANUNȚARE A COMPLICAȚIILOR, INCIDENTELOR ȘI NONCONFORMITĂȚII
Versiunea: 1	Data: 10/02/2009	
		Pagini: 1/1
<b><u>DECLARANTUL</u></b>		<b><u>PERSOANA EXPUSĂ</u></b>
Nume, prenume: _____		<input type="checkbox"/> <b>Vizitator.</b> Nume, prenume: _____
Funcție: _____		<input type="checkbox"/> <b>Angajat.</b> Nume, prenume: _____
Secția/Unitatea: _____		<input type="checkbox"/> <b>Pacient.</b> Nume, prenume: _____
		<input type="checkbox"/> <b>Altă persoană.</b> Nume, prenume: _____
<b>Evenimentul produs:</b>		
Data:	Ora:	Locul:
<b><u>Descrieți ce s-a întâmplat:</u></b> (Dacă spațiul este insuficient, continuați pe verso)		
<b><u>Descrieți consecințele evenimentului:</u></b>		
<b><u>Evaluati gravitatea evenimentului:</u></b> (utilizați grila de mai jos)		
<input type="checkbox"/> <i>Declarare facultativă</i> <input type="checkbox"/> <i>Declarare obligatorie</i>		
<input type="checkbox"/> <i>Minoră</i> <input type="checkbox"/> <i>Medie</i> <input type="checkbox"/> <i>Gravă</i> <input type="checkbox"/> <i>Critică</i> <input type="checkbox"/> <i>Catastrofală</i>		
Aproape accident (eveniment-santină) <input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Nu		
<b><u>Descrieți acțiunile corective efectuate (imEDIATE sau amânate), investigații, cercetări efectuate:</u></b>		
Persoane anunțate:		
<b><u>Ce măsuri credeți că ar fi necesar de luat, pentru ca evenimentul dat să nu se mai repete ?</u></b>		

Figura 4. Formular de anunțare a complicațiilor, incidentelor și nonconformităților.

toate structurile producătoare de bunuri și servicii, iar de foarte puțin timp, și instituțiile medicale. O asistență medicală calitativă, conform OMS, trebuie să garanteze fiecărui pacient asortimentul actelor de diagnostic și terapeutice, care îi va asigura cel mai bun rezultat în termeni de sănătate, în conformitate cu nivelul actual al științei medicale, la prețul cel mai bun pentru același rezultat, la cel mai mic risc iatrogen și pentru cea mai mare satisfacție în termeni

de procedură, de rezultate și de contacte umane în interiorul sistemului de sănătate.

Calitatea nu poate exista fără evaluare. Pentru a evalua, trebuie să dispunem de parametri specifici (indicatori), care răspund la o întrebare precisă, dar și de metode de monitorizare a indicatorilor. Pentru evaluarea calității managementului durerii, sunt utilizați indicatori specifici de satisfacție, de procedură, de structură și de rezultat (tabelul 3).



Tabelul 3

Indicatori de rezultat (R), structură (S), proces (P) și satisfacție (A) în managementul durerii

	Indicatori	Sursă	Obiective fixate (%)	Plan de acțiuni
R1	Procentul de pacienți care au avut durere intensă sau insuportabilă postoperatoriu.	Pacienții interogați	<20	1
R2	Procentul de pacienți care au prezentat un SVA $\geq 60$ timp de 3 zile postoperatorii.	Pacienții evaluați	<20	4, 6
R3	Procentul de pacienți care au avut mult de suferit la mobilizare sau în timpul actelor medicale dureroase.	Pacienții interogați	<40	5
R4	Procentul de SVA $\geq 60$ în timpul mobilizării sau în timpul actelor dureroase.	Pacienții evaluați	<40	5
R5	Procentul de pacienți din totalul celor interogați care au primit o informare în scris despre durere și metodele de evaluare și tratament.	Pacienții interogați	>95	6
R6	Procentul de pacienți din totalul celor interogați care au înțeles informația primită în scris despre durere și metodele de evaluare și tratament.	Pacienții interogați	>60	2, 6
R7	Procentul de pacienți care solicită analgezie suplimentară timp de o oră.	Pacienții interogați	<80	4, 6
R8	Procentul de efecte adverse legate de tratamentele cu analgezice.	Pacienții evaluați	<10	9
S1	Procentul de asistente medicale care au o instruire specifică referitoare la durere.	Asistentele medicale care au completat chestionarul	>80	2
S2	Procentul de răspunsuri exacte la întrebările puse despre durere, date de către asistentele medicale.	Asistentele medicale care au completat chestionarul	>60	2
S3	Procentul de paturi chirurgicale, echipate cu pompe PCA.	Totalul paturilor chirurgicale din spital	>6	10
A1	Procentul de pacienți satisfăcuți (grad de satisfacție $\geq 6$ pe o scară de la 0 la 10).	Pacienții interogați	>80	1
P1	Procentul de asistente medicale care utilizează în practica curentă scoruri de tipul SVA, SVN, SVS.	Asistentele medicale care au completat chestionarul	95	2
P2	Procentul de dosare în care SVA este înregistrată la fiecare 4 ore postoperatoriu timpuriu.	Dosare controlate	>80	3, 4
P3	Procentul de dosare în care SVA este înregistrată cel puțin 1 dată pe zi pe toată durata de spitalizare.	Dosare controlate	>80	3, 4, 8
P4	Procentul de SVA reevaluate sistematic după un tratament antalgic.	Dosare controlate	>80	4
P5	Procentul de utilizare a protocoalelor de analgezie de către medici.	Medicii care au completat chestionarele	>80	4
P6	Procentul de dosare în care analgezicele utilizate corespund unui protocol terapeutic.	Dosare controlate	>90	4, 7
P7	Procentul de dosare în care analgezicele utilizate corespund unei prescripții scrise.	Dosare controlate	90	2, 4, 7
P8	Procentul de dosare în care există transmisiuni scrise între intervenanți.	Dosare controlate	90	8
P9	Procentul de utilizare a protocoalelor de gestiune a efectelor secundare.	Medicii care au completat chestionarul	95	9

Un serviciu acordat este considerat calitativ, dacă sunt atinse toate obiectivele fixate, incluse în *tabelul 3*. De exemplu, procentul de pacienți care au avut o durere intensă sau insuportabilă postoperatorie trebuie să fie sub 20%. Dacă acest obiectiv nu este atins (de exemplu, 30% din pacienți au avut durere intensă sau insuportabilă postoperatorie), atunci sunt necesare luarea măsurilor corective prestabilite. Lista acestor măsuri este prezentată în *tabelul 4*.

**Tabelul 4**

Planul de acțiuni pentru ameliorarea calității managementului durerii

1.	Reorganizarea procedurilor de gestiune a durerii postoperatorii.
2.	Măsuri de instruire a personalului medical mediu cu privire la evaluarea durerii, tehnicile de analgezie și protocoale.
3.	Modificarea fișelor de supraveghere (monitorizare).
4.	Crearea și utilizarea protocoalelor de gestiune a durerii postoperatorii conform recomandărilor. Crearea și utilizarea protocoalelor de supraveghere (monitorizare).
5.	Integrarea orarelor de mobilizări și de îngrijiri sau acte dureroase în protocoalele de supraveghere (monitorizare) și cele de îngrijiri.
6.	Dezvoltarea informării pacienților (coerența informațiilor orale, repetarea informațiilor de către medici și asistente medicale diferite la momente diferite, pliante informative etc.).
7.	Instruirea medicilor în tehnicile de analgezie.
8.	Trasabilitatea și supravegherea îngrijirilor.
9.	Crearea și utilizarea protocoalelor de raportare și gestiune a efectelor adverse.
10.	Evaluarea necesităților și planificarea ameliorării resurselor (mijloacelor) materiale.

#### **Punctul verde și Școala de Management al Durerii**

*Punctul verde și Școala de Management al Durerii* reprezintă componentul educațional-didactic al conceptului *Spital Fără Durere*, primul fiind destinat pacienților și publicului, iar cealaltă – profesioniștilor sistemului de sănătate.

*Punctul verde* constă dintr-un set de pliante și broșuri, ce explică pacientului și publicului diverse aspecte legate de durere, declararea și evaluarea ei, posibilitățile de tratament existente etc. Acest set de pliante și broșuri trebuie să fie gratuit, disponibil și accesibil în permanență – atât în holul spitalului, cât și în secțiile (unitățile) lui.

*Școala de Management al Durerii* este, în esență, un modul de instruire teoretică și practică despre durere, în abordare multilaterală și multidisciplinară: aspecte de fiziologie a nocicepției și percepția dureroasă, farmacologia durerii, evaluarea pacientului cu durere, tehnici și aparate utilizate pentru analgezie, durerea acută, durerea neuropată, durerea asociată cancerului, aspecte de organizare, asigurare a calității și siguranței pacientului.

#### **Aspecte de automatizare și informatizare a procesului de gestiune a calității**

Gestiunea procesului de asigurare a calității poate fi efectuată atât prin metoda tradițională, „pe hârtie”, fie într-o modalitate contemporană – prin intermediul

unei rețele de calculatoare. Toate componentele conceptului *Spital Fără Durere* pot fi informatizate. Datele necesare, fiind introduse în calculator prin intermediul unei ferestre de dialog de către medicul-referent pe durere al secției (unității), se centralizează către CLUD și se stochează într-o bază de date. Informatizarea permite atât supravegherea procesului într-un regim de timp util, cu generarea automată de analize, statistici, rapoarte, recomandări sau alerte, cât și integrarea lui într-un sistem automatizat de gestiune a spitalului.

#### **Bibliografie**

1. Belâi A., *Barriers to opioid availability and access in Republic of Moldova*. Country Report. International Pain Policy Fellowship, Pain and Policies Study Group. World Health Organization, Madison, Wisconsin, USA, 2008.
2. Belâi A., *Disponibilitatea și accesibilitatea analgezicelor opioide pentru tratamentul durerii: identificarea problemelor și un plan de acțiuni pentru înlăturarea barierelor. Partea I*. În: *Sănătate Publică, Economie și Management în Medicină*. Chișinău, 2009; nr. 2 (29), p. 39-42.
3. Belâi A., *Disponibilitatea și accesibilitatea analgezicelor opioide pentru tratamentul durerii: identificarea problemelor și un plan de acțiuni pentru înlăturarea barierelor. Partea II*. În: *Sănătate Publică, Economie și Management în Medicină*. Chișinău, 2009; nr. 3 (30), p. 17-22.
4. Belâi A., *Evaluarea calității analgeziei postoperatorii: care ne sunt performanțele?* În: *Curierul Medical*, Chișinău, 2008; nr. 6 (306), p. 77-81.
5. Belâi A., *Reabilitarea postoperatorie accelerată: modelul aeronautic* (monografie). Combinatul Poligrafic, Chișinău, 2007, 168 p.
6. Belâi A., Clim A., A. Solomatin, Belâi N., *Managementul durerii într-o unitate de terapie intensivă: evaluarea practicii curente*. *Analele Științifice ale Universității de Stat de Medicină și Farmacie «Nicolae Testemițanu»*, Chișinău, 2008, ediția IX, vol. 4, p. 102-105.
7. Belâi A., Belâi N., Sagaidac M., *Cât de corect sunt utilizate antiinflamatoarele nonsteroidice pentru analgezia postoperatorie?* În: *Curierul Medical*, Chișinău, 2008; nr. 5 (305), p. 24-27.
8. Belâi A., Cobălețchi S., Pârgari B., *Evaluarea calității analgeziei postoperatorii, realizate prin utilizarea unui protocol standardizat*. În: *Buletinul Academiei de Științe a Moldovei*, 2007, 1(10), p. 165-169.
9. Vassort E., Le Gall J., *Douleur. Programme d'amélioration de la qualité. Mode d'emploi*. Ed. Masson, Paris, 2003.
10. *Le programme de lutte contre la douleur 2002-2005*. [www.sante.gouv.fr/htm/actu/douleur/prog.htm](http://www.sante.gouv.fr/htm/actu/douleur/prog.htm).
11. Ministère de l'Emploi et de la Solidarité. *Le Plan de Lutte Contre la Douleur (1998-2000)*.
12. Ministère de la Santé et des Solidarités. *Plan d'amélioration de la prise en charge de la douleur (2006-2010)*.
13. Lelièvre N., *Soignants et prise en charge de la douleur: les règles juridiques*. Ed. Masson, Paris, 2004.

Prezentat la 23.08.2011

#### **Adrian BELĂI,**

Catedra de Anesteziologie și Reanimatologie Valeriu Ghereg,

USMF „Nicolae Testemițanu”,

Tel.: +373 795 794 74; +373 22 21 21 11;

E-mail: [adrian\\_belai@hotmail.com](mailto:adrian_belai@hotmail.com)