

**ZBORNICA ZDRAVSTVENE IN BABIŠKE NEGE SLOVENIJE
ZVEZA DRUŠTEV MEDICINSKIH SESTER, BABIC IN ZDRAVSTVENIH TEHNIKOV
SLOVENIJE**



Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v kirurgiji

**Zbornik predavanj z recenzijo
PREDSTAVITEV DOBRIH PRAKS V KIRURŠKI ZDRAVSTVENI NEGI
IN KIRURŠKE DELAVNICE**

Laško, 14. marec 2014

UREDNIK: Lidija Fošnarič

PROGRAMSKI ODBOR: Irma Rijavec, Jana Lavtižar, Helena Medved, Marija Zrim, Vesna Dobnik, Adrijana Debelak, Tanja Atelšek, Elvise Mustafič, Lidija Fošnarič

ORGANIZACIJSKI ODBOR: Lidija Fošnarič, Adrijana Debelak, Elvise Mustafič

RECENZENTA: Sabina Ličen, Igor Karnjuš

LEKTOR: Katja Rovere

IZDALA IN ZALOŽILA: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, bobic in zdravstvenih tehnikov Slovenije
Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v kirurgiji

OBLIKOVALEC: Boris Fošnarič

TISK: Grafika Gracer

NAKLADA: 150 izvodov

KRAJ IN LETO IZDAJE: Celje, marec 2014

CIP - Kataložni zapis o publikaciji
Narodna in univerzitetna knjižnica, Ljubljana

617-089:616-083(082)

PREDSTAVITEV dobrih praks v kirurški zdravstveni negi in kirurške delavnice : zbornik predavanj z recenzijo, Laško, 14. marec 2014 / [urednik Lidija Fošnarič]. - Celje : Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije - Zveza strokovnih društev medicinskih sester, bobic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v kirurgiji, 2014

ISBN 978-961-93277-2-2
1. Fošnarič, Lidija
272713472

KAZALO

1. Razvoj kakovosti: klinična pot kot orodje za preverjanje kakovosti in varnosti zdravstvenih storitev – rezultati študije primera. mag. Mira Šavora
2. Koordinator obravnave na kirurškem oddelku Splošne bolnišnice Jesenice. Jana Lavtižar, dipl. m. s
3. Varnostna vizita kot orodje in pripomoček vodij za preprečevanje napak. Marija Zrim, dipl. m. s.
4. Predoperativna šola po programu »Rapid recovery« pred operacijo vstavitve kolčne in kolenske proteze. Helena Medved, dipl. m. s.
5. Manchesterski triažni sistem v Urgentnem kirurškem bloku UKC Ljubljana. Tina Gros, dipl. m. s.
6. Ustna nega pri pacientu ob koncu življenja. Branka Červ, dipl. m. s.
7. Spremljanje kirurških ran. Ines Prodan, Dijana Letić, dipl. m. s
8. Pomen endovaskularne laserske terapije pri zdravljenju kroničnih venskih razjed. Peter Repas, dipl. zn.
9. Predstavitev kirurškega zdravljenja prekomerne telesne teže v SB Slovenj Gradec. Andreja Kušter, dipl. m. s.
10. Pomen vzdrževanja telesne temperature pacientov v medoperativnem obdobju. Simon Veladžič, dipl. zn.
11. Skladnost med pričakovanim in dejanskim stanjem pacientov pred in po operaciji kolka. Tanja Montanič Starc, dipl. m. s.
12. Pacientovo doživljanje svojega stanja v akutni fazi pljučne embolije. Helena Cah, dipl. m. s.

KLINIČNE POTI KOT ORODJE NADZORA IN PREVERJANJA KAKOVOSTI ZDRAVSTVENIH STORITEV

CLINICAL PATHWAYS AS A TOOL FOR MONITORING AND VERIFYING THE QUALITY OF HEALTH SERVICES

Mag. Mira Šavora, univ. dipl. soc., dipl. m. s.

Ortopedska bolnišnica Valdoltra

mira.savora@ob-valdoltra.si

IZVLEČEK

Za nadzor, presojo in izboljšanje kakovosti zdravstvenih storitev obstajajo številni standardi kakovosti. S spremljanjem kazalnikov kakovosti ter iskanjem dobrih praks številne zdravstvene organizacije načrtno razvijajo kakovost in varnost. Eno od primernih orodij za spremljanje kakovosti in varnosti zdravstvenih storitev so tudi klinične poti.

Temeljna ugotovitev analize konkretnega primera klinične poti je, da je klinična pot primerno orodje za nadzor, presojo in izboljšanje kakovosti ter varnosti, saj omogoča hitrejše in lažje zaznavanje odstopanj od standardne obravnave ter lažje opredeljevanje dejavnikov tveganja.

Ključne besede: zdravstveno varstvo, kakovost zdravstvenih storitev, klinična pot, standardi kakovosti

ABSTRACT

There are numerous quality standards for the control, assessment and improvement of quality of health services. By monitoring quality indicators and searching for best practices many medical organizations systematically develop quality and safety. One of adequate tools for monitoring the quality and safety of health services are also clinical pathwais.

The main finding of the analysis of particular clinical pathwais case is that the clinical trail is suitable tool for monitoring, assessing and improving the quality and safety as it allows faster and easier detection of deviations then the standard treatment and enables better identification of risk factors.

Key words: health care, quality of health services, clinical trail, quality standards

UVOD

Tako v strokovni kakor tudi v laični javnosti vedno bolj odmevajo razprave, ki govorijo o tem, da je sistem zdravstvenega varstva nepregleden, slabo organiziran, ni transparenten na področju sledljivosti postopkov in izrabe resursov, predvsem pa potrebuje nujno prenovo in reorganizacijo ter iskanje notranjih rezerv in povečevanje kakovosti ter varnosti storitev. Po nacionalnih usmeritvah za razvoj kakovosti v zdravstvu je **kakovost v zdravstvu** opredeljena kot dosledno ustvarjanje izidov zdravljenja, ki so primerljivi s standardi ali najboljšimi praksami ob upoštevanju načel kakovosti.

Leta 2002 je 55. skupščina Svetovne zdravstvene organizacije (WHA 55.18) na osnovi ugotovitev, da zdravstvene napake povzročajo človeško trpljenje in visoke stroške v zdravstvu, opomnila članice, naj posvetijo večjo pozornost vprašanju varnosti pacientov ter oblikujejo sisteme za izboljšanje varnosti, ki temeljijo na raziskavah. V letu 2004 je bila na osnovi tega dokumenta ustanovljena Svetovna zveza za varnost pacientov (World Alliance for Patient Safety).

Vodstva posameznih zdravstvenih organizacij in njihovi zaposleni – izvajalci zdravstvenih storitev – se vedno bolj zavedajo pomena kakovosti storitev. Tako je npr. nujno **obravnavanje procesov** in ne zgolj obravnavanje posameznih delovnih nalog ali opravil. Pri opredeljevanju kakovosti je potrebno upoštevati različne vidike; tako vidik uporabnikov storitev, vidik financerjev in tudi vidik izvajalcev ter zakonodajalca (Ministrstvo za zdravje, 2010).

Z namenom zagotavljanja in dvigovanja kakovosti ter varnosti storitev so razviti številni standardi kakovosti in druga orodja, ki lahko v praksi doprinesejo k izboljšavam. Eno takšnih orodij so tudi klinične poti.

OPREDELITEV KLINIČNE POTI

Klinične poti (v svetu so uporabljeni različni izrazi za klinično pot: care map, care pathway, clinical pathway, clinical protocol, disease mangement itd.) so opredeljene kot dokument kliničnega procesa (Hindle, Yazbeck, Wahl, 2003).

European Pathway Assotiation – EPA¹ med drugim označuje klinično pot kot orodje, ki je lahko sestavni del presoje klinične prakse. Kljub temu da klinično pot praviloma pripravlja vsaka ustanova po svojih merilih in kriterijih glede na svojo notranjo organizacijo procesov, opravil in nalog, pa ta v končni fazi služi kot zbir podatkov, ki zagotavljajo sledljivost, omogočajo izvedbo analize in posledično kažejo izboljšave dobre ali slabe klinične prakse. Klinična pot je torej orodje, ki omogoča na znanstvenih dokazih in temeljih racionalnosti takšno ravnanje zdravstvenih delavcev, da lahko ravnajo na temeljih dokumentiranih pravil

¹ European Pathway Association (EPA) je mednarodno neprofitno združenje, ki je nastalo v Belgiji po sprejetju predpisov o klinični poti in deluje v skladu z za to področje sprejeto belgijsko zakonodajo. Ideja o nastanku združenja je nastala leta 2003 na mednarodni konferenci za kakovost v zdravstvu v Dalasu (ZDA) in bila realizirana leto kasneje. Združenje deluje po principu neprofitne organizacije in združuje strokovnjake s področja zdravstva z namenom sistematičnega spremljanja zdravstvene obravnave pacienta s pomočjo oblikovanih kliničnih poti v kliničnem okolju.

dobre prakse, spremljajo svoje delo in kazalnike kakovosti, zagotavljajo boljše dokumentiranje in s tem povečujejo sledljivost, lažjo notranjo presojo in povečajo vključenost pacientov v svojo obravnavo. Združenje poudarja, da so klinične poti lahko tudi dober pripomoček za izračun stroškov in kontrolo nad racionalno porabo vseh drugih resursov.

Pri zagotavljanju kakovosti in varnosti zdravstvenih storitev so vedno bolj aktualne **klinične poti**. Gre za strokovne procese ali t. i. doktrinarni način zdravljenja oziroma obravnave, ki se vpeljujejo predvsem za opisovanje poti zdravljenja in poenotenja obravnave pri posamezni bolezni ali vrstah bolezni.

Pri procesni obravnavi bolnika lahko jasno definiramo klinično pot kot enega izmed procesov, ki skupaj z ostalimi procesi tvori glavni proces. Enak pogled na klinično pot dobimo tudi, če klinično pot kot proces analiziramo z vidika celotne organizacije. Pomen klinične poti pa ni le v sledenju zdravljenja, pač pa tudi pri ugotavljanju izidov zdravljenja oziroma pri spremljanju kazalnikov izidov zdravljenja (npr. kazalniki morbiditete in mortalitete) (Ministrstvo za zdravje, 2010).

V literaturi so kot **pozitivni učinki kliničnih poti** najpogosteje opisani: preprečevanje nepotrebnih zamud, storitve so izvedene po vnaprej določenem protokolu, izvedene so samo vse potrebne storitve (v celoti ali samo posamezne potrebne faze), ne prihaja do pozabljanja, saj so vodila napisana in preverljiva v vsakem trenutku, z njimi je seznanjen tudi pacient, zato ne prihaja do nejasnosti in dodatne zamude časa, delo tima je učinkovitejše in bolj usklajeno. Logične posledice takšnega delovanja so torej zniževanje stroškov zdravstvene obravnave oziroma oskrbe, boljša kakovost izvedenih storitev, boljši izidi in večja varnost, nenazadnje pa tudi pozitivno naravnana kultura organizacije. Kot najpogostejši **negativni učinek** številni avtorji navajajo povečan obseg dokumentacije, ki je vsaj v prehodnem obdobju pereč problem, saj se ob povečanem dokumentiranju od zaposlenih zahteva dodatni red in sistematičnost – torej velike spremembe v načinu dela, kar pa običajno velika večina zaposlenih sprejema počasi in z odporom. Omenjena je tudi skrb zaposlenih zaradi občutka povečanega nadzora. Hkrati pa isti avtorji navajajo, da so bile prehodne težave v praksi bistveno manjše, če je bil sistem podprt z računalniško vodeno dokumentacijo, ker ni prihajalo do podvojenega dokumentiranja, hkrati pa so podatki pogosto že zabeleženi tako, da omogočajo enostavno preglednost in analizo.

Uvajanje kliničnih poti pomeni organizacijske inovacije, ki so glede na razvijanje celotnega družbenega sistema nujne in pričakovane, saj prinašajo v proces obravnave pacienta preglednost, sistematično zbiranje podatkov, ki že sami po sebi spodbujajo analitični pristop in s tem težnjo k izboljšavam ter povečevanju kakovosti ter varnosti.

METODE DELA

Za primerjavo teoretičnih izhodišč s prakso je bila izvedena **študija primera: KLINIČNA POT ZA TOTALNO ENDOPROTEZO KOLKA**. Analiza je potekala na osnovi procesa obravnave bolnika od sprejema do odpusta, kot velja v Ortopedski bolnišnici Valdoltra, po definiranem procesu in z naborom celotne dokumentacije, ki jo zajema analizirana klinična pot. Za študijo primera so uporabljene kvalitativna, primerjalna in metoda dela v povezavi z opazovanjem in primerjanjem s situacijsko analizo primera klinične poti s teoretičnimi

izhodišči. Izveden je pregled procesa dela, pregled celotne dokumentacije ter primerjanje klinične poti s teoretičnimi izhodišči (European Pathway Association, 2011).

Kot izhodišče študije primera so bila postavljena temeljna vprašanja:

- a) Ali in kako klinična pot pri vstavitvi endoproteze kolka zagotavlja kakovost in varnost?
- b) Ali in kako konkretna klinična pot pri vstavitvi endoproteze kolka omogoča menedžmentu nadzor ter presojo kakovosti in varnosti?
- c) Ali in kako konkretna klinična pot pri vstavitvi endoproteze kolka aktivno vključuje pacienta/uporabnika zdravstvenih storitev in vpliva na njegovo zadovoljstvo?

REZULTATI

Z raziskavo smo želeli definirati pojem kliničnih poti in raziskati uporabno vrednost kot orodje za izvajanje nadzora, kakovosti in varnosti zdravstvenih storitev.

A – Ali in kako klinična pot pri vstavitvi endoproteze kolka zagotavlja kakovost in varnost?

Analizirana klinična pot je standardiziran proces, ki celotnemu zdravstvenemu timu omogoča racionalno, na strokovnih smernicah in znanstvenih dokazih temelječo, obravnavo pacienta. Obravnavana klinična pot vsebuje nabor vnaprej dogovorjenih podatkov in informacij, zagotavlja avtonomnost odločitev, poenoti klinično prakso, zagotavlja sledljivost opravljenega dela, rezultatov zdravljenja in kazalnikov kakovosti. Kot takšna predstavlja temeljna orodja za ocenjevanje kakovosti in varnosti.

Skladnost s teoretičnimi izhodišči

Klinična pot ustreza izhodiščem EPA (2011), Robide in ostalih (2006), ki navajajo, da gre pri klinični poti za strokovne procese ali t. i. doktrinarni način zdravljenja oziroma obravnave, ki se vpeljujejo predvsem za opisovanje poti zdravljenja in poenotenja obravnave pri posamezni bolezni ali vrstah bolezni. Kot takšna predstavlja »dokument kliničnega procesa« z vključenostjo celotnega tima strokovnjakov (Hindle, Yazbeck, Wahl, 2003).

Skozi pregled analizirane klinične poti lahko zaznamo temelje kakovosti (temelji odličnosti), kot jih opredeljujejo Kern Pipan in Leon (2004): osredotočenost na odjemalca – celotni proces se odvija zaradi potreb pacienta, temeljni cilj je izvedba kakovostne in varne storitve ter posledično zadovoljstvo pacienta; usmerjenost na rezultate – cilj delovanja po klinični poti je uspešno izveden operativni poseg s kar najmanjšo možno stopnjo odstopanj in neželenih stranskih učinkov zdravljenja; voditeljstvo in stanovitnost namena – organizacija dela in upravljanje s procesi, dokumentiranje in možnost analize sistematičnega in preglednega poteka procesa, kakovostna in varna storitev; upravljanje na osnovi procesov in dejstev – procesni pristop, s katerim je zagotovljena sledljivost poteka zdravstvene oskrbe in izvedba standardne zdravstvene storitve pri vseh pacientih, ki potrebujejo določeno zdravstveno obravnavo, definiranje in spremljanje kazalnikov kakovosti; razvoj in vključevanje zaposlenih

– preglednost in sistematični pristop uvajanja kadrov, določitev jasnih kompetenc in odgovornosti; stalno učenje, inovativnost in izboljševanje – pregled odstopanj in dokumentacija omogočata pregled nad celotnim potekom zdravstvene obravnave, kar omogoča timsko delo, razvijanje znanja, takojšnje zaznavanje odstopanj in hitre reakcije pri razvoju izboljšav; razvijanje partnerstva – preglednost in vnaprej načrtovan proces zagotavlja dostop do potrebnih informacij, vključenost vseh akterjev in učinkovitejšo komunikacijo; družbena odgovornost – zagotavljanje enakih storitev za vse, ki določeno storitev potrebujejo, razvijanje kakovosti in varnosti, finančna vzdržnost. Zaradi svoje procesne naravnosti, sistematične povezanosti potrebnih aktivnosti, določanja njihovega zaporedja in vključenosti celotnega zdravstvenega tima, sprotnega dokumentiranja in beleženja podatkov klinična pot zagotavlja zanesljivost in varnost storitve. Potrebni kompetenc posameznika klinična pot posebej ne opredeljuje, vendar je iz dokumentacije jasno razvidno, katera poklicna skupina oziroma oseba je zadolžena in odgovorna za izvedbo in nadzor izvedbe posamezne aktivnosti oziroma posamezne faze procesa. Po vstopu v proces obravnave je dostopnost v celoti zagotovljena.

B – Ali in kako konkretna klinična pot pri vstavitvi endoproteze kolka omogoča menedžmentu nadzor ter presojo kakovosti in varnosti?

Z vidika uporabnosti za management lahko klinično pot ocenimo kot pregledno. Podatki so zbrani sistematično in predstavljajo nabor podatkov o pacientu, njegovem zdravljenju pred in med posamezno hospitalizacijo. Uvajanje kliničnih poti pomeni organizacijske inovacije. **Z vidika varnosti** omogoča oblikovana klinična pot sprotno spremljanje izvajanja aktivnosti po klinični poti, pa tudi vsa odstopanja, ki so pri tem nastala. Procesni pristop zagotavlja takojšnje zaznavanje odstopanj, opredelitev dejavnikov tveganja, presojo po standardih kakovosti in spremljanje kazalnikov kakovosti.

Ocena klinične poti glede na lastnosti kakovostne oskrbe, kot so: visoka strokovnost, temelječa na znanstvenih dokazih, uporabi smernic, dostopnost, dosegljivost, pravičnost, enaka obravnava za vse z najmanjšim možnim tveganjem za pacienta, izpolnjevanje potreb pacientov in družbe so v sledenju korakov klinične poti omogočeni, razen učinkovite izrabe razpoložljivih virov, ki jih z dano obliko klinične poti ne moremo dokazati.

C – Ali in kako konkretna klinična pot pri vstavitvi endoproteze kolka aktivno vključuje pacienta/uporabnika zdravstvenih storitev in vpliva na njegovo zadovoljstvo?

Če izpostavimo opredelitev bistvenega elementa zdravstvene oskrbe – izid, ne moremo mimo pomena izida predvsem s stališča pacienta (Kersnik, 2010). Prednosti obravnave po klinični poti omogočajo boljši vpogled v načrtovani proces zdravljenja, seznanjenost z načrtovanimi aktivnostmi, njihovim zaporedjem, potrebo po svoji udeležbi v procesu zdravljenja, spremljanju napredka zdravljenja ter primerljivo enake obravnave z ostalimi pacienti. Pri takšni obravnavi je pacient postavljen v ospredje.

Odstopanje in pomanjkljivosti klinične poti pri vstavitvi endoproteze kolka

Klinična pot ne vsebuje nabora standardnih materialov, s čemer bi menedžmentu omogočali celostni pregled nad stroški. Klinična pot torej nima ustreznega neposrednega in posrednega vpliva na stroške. Možna je opredelitev dodatnih kazalnikov kakovosti, s katerimi je možno izboljšati spremljanje kakovosti in varnosti dela ter razvijati varnejše, učinkovitejše, bolj racionalne in pacientom prijazne postopke. Smiselna je elektronska dokumentacija, ki bi omogočala avtomatsko zbiranje podatkov, večjo sistematičnost zbiranja podatkov in olajšala analize. Več pozornosti je potrebno nameniti povečevanju vključenosti pacienta; ocenjujemo, da bi z vključevanjem pacienta lahko pričeli že ob pripravi klinične poti, ko bi pacienti lahko izrazili, kaj jih najbolj zanima oziroma kateri podatki in informacije so za njih najpomembnejši. S takšnim pristopom bi multidisciplinarno procesno obravnavo obogatili in dodatno povečali stopnjo zadovoljstva uporabnikov zdravstvenih storitev.

Paciente bi bilo smiselno seznaniti s klinično potjo že pred načrtovanim sprejemom v bolnišnico. Največji problem predstavljajo prenovljena dokumentacija, spremenjen način dokumentiranja in sprotna avtorizacija izvedenih postopkov s podpisom izvajalcev.

RAZPRAVA IN ZAKLJUČKI

Analizirana klinična pot so strukturirani, multidisciplinarni načrti namenjeni podpori izvajanju kliničnih smernic in protokolov. Če na kratko povzamemo, ugotovimo, da predstavlja primer klinične poti zdravstveno dokumentacijo, ki omogoča primerjanje, sledljivost, raziskave in razvoj. Hkrati zagotavlja olajšano in preglednejše kodiranje izvedenih storitev, samoocenjevanje lastnega dela ter razvijanje kakovosti in varnosti ter v povezavi s tem vseživljenjsko učenje. Kot taka lahko predstavljena klinična pot služi menedžmentu kot orodje za planiranje, izračunavanje stroškov, upravljanje s tveganji. Hkrati je primer klinične poti možno uporabiti kot orodje za izgradnjo ter razvijanje celovitega sistema kakovosti in varnosti. Pri tem je potrebno opozoriti na omejitve raziskave – zaradi študije enega primera rezultatov ni mogoče posploševati.

Za pospešeno uvajanje kliničnih poti bi morala biti zainteresirana tako plačnik zdravstvenih storitev kot tudi zdravstvena politika. Od obeh akterjev je pričakovati spodbudo ter nagrajevanje preglednosti pri zagotavljanju in izvajanju zdravstvenih storitev ter povečane aktivnosti na področju edukacije in praktičnega usposabljanja.

LITERATURA

- Dowsey MM, Kilgour LM, Santamaria N, Choong P. Clinical pathways in hip and knee arthroplasty: a prospective randomised controlled study. *Med J Aust.* 1999; 170: 59–62.
- European Pathway Association (EPA). Homepage; 2011. Dostopno na: <http://www.e-p-a.org/index2.html> (17. 7. 2012).
- European Pathway Association (EPA). European Care Pathway Conference; 2012. Dostopno na: <http://www.e-p-a.org/downloads/flyerrecpc2012call.pdf> (17. 7. 2012).

- Hindle D, Yazbeck AM, Wahl J. Klinične poti v 17 državah Evropske unije: pregled mnenj strokovnjakov. Zdravniški vestnik. 2003; 73: 839–45.
- Kern Pipan K, Leon L. Rezultati uvajanja modela odličnosti EFQM v Sloveniji v primerjavi z Evropo. Zbornik referatov 23. mednarodne znanstvene konference o razvoju organizacijskih ved "Management, znanje in EU", Portorož 24.–26. marec 2004.
- Kersnik J. Kakovost v zdravstvu. Ljubljana: Združenje zdravnikov družinske medicine – SZD; 2010. Dostopno na: http://www.drmed.org/javne_datoteke/novice/datoteke/723-Kakovost_v_zdravstvu.pdf (17. 1. 2012).
- Lavoisier C, Aherns S. 1999. Assessing the Efficacy of a Clinical Pathway in the Management of Older Patients Hospitalized with Congestive Heart Failure. JHQ. Dostopno na: <http://www.allenpress.com/JHQ/079/079.htm> (12. 8. 2012).
- Ministrstvo za zdravje. Klinične poti. Priročnik o kliničnih poteh. Ljubljana: Ministrstvo za zdravje; 2010. Dostopno na: http://www.mz.gov.si/si/delovna_podrocja/zdravstveno_varstvo/kakovost_in_varnost_sistema_zdravstvenega_varstva/klinicne_poti/ (17. 6. 2012).
- Ortopedska bolnišnica Valdoltra. Klinična pot – dokumentacija (interno gradivo). Ankaran: Ortopedska bolnišnica Valdoltra; 2007.
- Robida A, Yazbeck AM, Kociper B, Mate M, Marušič D. Nacionalne usmeritve za razvoj kakovosti v zdravstvu. Ljubljana: Ministrstvo za zdravje; 2006.
- Šavora M. Klinične poti kot orodje nadzora in preverjanja kakovosti zdravstvenih storitev: magistrsko delo. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Fakulteta za družbene vede; 2012.
- World Health Organization. Alliance for Patient Safety. Dostopno na: www.who.int/patientsafety (13. 1. 2014).
- Yazbeck AM, Robida A. Metodološka priporočila za oblikovanje in oblikovanje kliničnih poti. Ljubljana: Ministrstvo za zdravje; 2006.

KOORDINATOR ZDRAVSTVENE OSKRBE PACIENTA NA KIRURŠKEM ODDELKU V SPLOŠNI BOLNIŠNICI JESENICE

CASE MANAGER ON THE SURGICAL DEPARTMENT OF THE GENERAL HOSPITAL JESENICE

Jana Lavtižar, dipl. m. s.
Splošna bolnišnica Jesenice
jana.lavtizar@sb-je.si

IZVLEČEK

Vzpostavitev sistema načrtovanja odpusta v domačo oskrbo je eden izmed pomembnih dejavnikov v zdravstveni oskrbi pacientov. Načrtovanje odpusta iz bolnišnice v domače okolje je del nenehnega procesa, ki se mora začeti pred začetkom sprejema v bolnišnico in se končati po odpustu pacienta. Namen prispevka je prikazati, kakšen je doprinos dela koordinatorja zdravstvene oskrbe v obravnavi pacienta v Splošni bolnišnici Jesenice.

Na kirurškem oddelku Splošne bolnišnice Jesenice koordinator zdravstvene oskrbe obravnava pacienta pred sprejemom v bolnišnico v primeru, da gre za načrtovani sprejem in na dan sprejema znotraj 24 ur, če gre za urgentni sprejem. Koordinator poskrbi za pravočasni, varni in kakovostni odpust v domače okolje oziroma premestitev na oddelek za zdravstveno nego. Tam se nadaljuje neakutna obravnava, ki poleg negovalne oskrbe pacienta vključuje nadaljevanje rehabilitacije s fizioterapijo in delovno terapijo ter morebitno oskrbo ran. S tem se skuša doseči najboljšo možno pripravo pacienta na odpust ali premestitev iz bolnišnice, zagotoviti kakovostno in varno obravnavo pacienta, zagotoviti multidisciplinarno delo in doseči največjo možno stopnjo samostojnosti pacienta pri aktivnostih, ki pripomorejo k ozdravljenju ali ohranitvi zdravja. V neakutni obravnavi se izvajajo tudi družinske konference, ki vključujejo pacienta, celotni zdravstveni tim in svojce/skrbnike. Število obravnavanih primerov v letih 2012 in 2013 na kirurškem oddelku v Splošni bolnišnici Jesenice potrjuje, da je delo koordinatorja zdravstvene oskrbe doprinos k varni in kakovostni obravnavi.

Ključne besede: koordinator zdravstvene oskrbe, načrtovanje odpusta, pacient

ABSTRACT

Establishment of a discharge system is one of the important factors in the care of patients. Planning discharge from hospital to the home environment is part of a continuous process that must begin before admission to hospital and ends after discharge of the patient. The purpose of this paper is to show how the contribution of case manager in the treatment of the patient in the General Hospital Jesenice.

On the surgical department of the General Hospital Jesenice case manager start treatment of the patient before admission to the hospital in the event that there is a planned admission and on the day of admission within 24 hours in case of emergency admission. Case manager try to

arrange for the timely, safe and quality discharge at home, or transfer to the Department of Nursing. There is continued non-acute treatment, in addition to the nursing care of the patient includes the continuation of rehabilitation with physiotherapy and occupational therapy and wound care possible. This seeks to achieve the best possible preparation of the patient for discharge or transfer from the hospital to provide quality and safe patient treatment, to provide multi-disciplinary work and to achieve the greatest possible degree of autonomy of the patient in activities that help to cure or preserve health. In the non-acute treatment there are family conferences which involving the patient, the entire medical team and their relatives. The number of cases handled in 2012 and 2013 at the surgical department of the General Hospital Jesenice confirms that the work of the case manager is contribution to safe and quality treatment.

Key words: case manager, discharge planning, the patient

UVOD

Zaradi staranja prebivalstva je v bolnišnice sprejetih vse več pacientov s kroničnimi obolenji. Ležalne dobe se skrajšujejo in intenzivnost njihove obravnave se povečuje. Pacienti morajo ob odpustu doseči najvišjo možno stopnjo samostojnosti pri aktivnostih, ki pripomorejo k ozdravljenju in ohranitvi zdravja. Naloga zdravstvenih delavcev je odgovorna in zahtevna. S skrajševanjem ležalne dobe so pacienti odpušteni iz bolnišnice veliko prej, kot v preteklosti in imajo še po odpustu do dokončnega okrevanja veliko potreb (Lavtižar, Sivec, 2013).

V smernicah Ministrstva za zdravje Velike Britanije (2003) je opredeljeno, da je lahko sprejem v bolnišnico in odpust iz nje za posameznika, njegovo družino zelo stresen dogodek. Za večino ljudi je zdravljenje uspešno in se po postavitvi diagnoze, zdravljenju in rehabilitaciji hitro vrnejo v običajno življenje. Nekateri ljudje potrebujejo dodatno pomoč pri okrevanju. Potrebe, ki jih imajo, so lahko številne in različne in jih pacienti sami ne morejo izpolniti (Department of Health, 2003).

Lavtižar in Kramar (2013) navajata, da neustrezen načrt odpusta vodi v ponovni sprejem, kar vpliva na pacienta, svojce in osebje. Na ta način se povečajo tudi stroški obravnave in celotnega zdravljenja. Pri načrtovanju odpusta pacienta mora sodelovati celotni multidisciplinarni tim in vse aktivnosti morajo biti usklajene. Celotni tim mora takšen način sprejeti in ga izvajati. Čim hitrejši odpust iz bolnišnice je omogočen le, če se pri tem upošteva pacientovo stanje, njegove potrebe, zagotavlja varno in učinkovito okrevanje, ob povezovanju in aktivaciji zdravstvene ter socialne službe v okolju, kjer pacient živi. Istočasno je potrebno že med pripravo na sprejem ter ves čas hospitalizacije vključiti svojce oz. skrbnike.

Lavtižar in Sivec (2013) navajata, da je potrebno že ob sprejemu pripraviti ustrezeni načrt odpusta, da ne pride do ponovnega sprejema pacienta zaradi pomanjkljivega odpusta prejšnje hospitalizacije. Hkrati s tem preprečimo povečanje stroškov obravnave, ki jih v tem času ne smemo zanemariti. Pri odpustu pacienta je pomemben celotni multidisciplinarni tim, ki se mora pri svojem delu usklajevati in dopolnjevati.

Ob odpustu je potrebno upoštevati pacientovo stanje, njegove želje, potrebe in hkrati zagotavljati varno in učinkovito okrevanje. V obravnavo je potrebno vključiti ostale službe

izven bolnišnice: socialno službo v okolju, kjer pacient živi in patronažno službo. Istočasno je potrebno že med pripravo na sprejem ter ves čas hospitalizacije vključiti svojce oz. skrbnike. V smernicah je zapisano, da je načrtovanje odpusta iz bolnišnice del nenehnega procesa, ki se mora začeti pred začetkom načrtovanega sprejema in čim hitreje za ostale sprejeme. Gre za nadgradnjo, kjer se posamezne ocene pacientovega stanja naredijo že pred sprejemom (Department of Health, 2003).

VZPOSTAVITEV DELA KOORDINATORJA ZDRAVSTVENE OSKRBE

Na kirurškem oddelku Splošne bolnišnice Jesenice delujejo trije koordinatorji zdravstvene oskrbe, in sicer za vsak odsek eden. Lavtižar in Sivec (2013) navajata, da je delo koordinatorja aktivno vključevanje v zdravstveno obravnavo pacienta in da je koordinator zdravstvene obravnave v Splošni bolnišnici Jesenice diplomirana medicinska sestra, ki ima delovne izkušnje na strokovnem področju. Pomembna in vidna je njena aktivna vloga vključevanja v zdravstveno obravnavo pacienta. V različnih raziskavah (Proudlove, Boaden, Jorgensen, 2007; Watts, Pierson, Gardner, 2007) navajajo, da so koordinatorji zdravstvene oskrbe pacientov v večini medicinske sestre. Pri načrtovanju pacientovega odpusta je njihova vloga oblikovati učinkovite odnose s ključnimi posamezniki pri pacientovem načrtu odpusta na oddelkih ter pojasnitev informacij o odpustu in te posredovati na strateški ravni.

Lavtižar in Sivec (2013) opisujeta, da delo koordinatorja zdravstvene obravnave (KZO) na kirurškem oddelku za načrtovane sprejeme obsega: naročanje pacientov na operativni poseg (OP), klicanje za OP in predpripravo na OP, sprejem pacienta na dan prihoda, obravnavo na oddelku in priprave ter varen odpust v domače okolje oz. premestitev ter klicanje po odpustu. Za paciente, ki so sprejeti nenačrtovano/urgentno je postopek od sprejema dalje povsem enak, le da se KZO vključi v obravnavo pacienta znotraj 24 ur po sprejemu v bolnišnico.

DIAS standard za bolnišnice (2011) v 25. poglavju opredeljuje načrtovanje odpusta pacienta. Bolnišnice morajo pripraviti protokol z namenom vzpostavitve sistema za načrtovanje učinkovitega odpusta, ki velja za vse paciente in se prične izvajati takoj ob ali že pred sprejemom v bolnišnico (DIAS standard za bolnišnice, 2011).

KZO se vključi v obravnavo znotraj 24 ur po sprejemu in s pomočjo zdravstvenega tima opredeli dejavnike za otežen odpust ter se pogovori s pacientom in njegovimi svojci/skrbniki. Zelo pomembno je, da se opredelijo dejavniki za pacientov odpust ali premestitev tako, da je mogoče ukrepati in zgodaj načrtovati oskrbo. Če za to bolnišnica nima določenega posebnega strokovnega tima, mora biti odgovoren za oceno in načrtovanje odpusta zdravstveni tim na oddelku, kjer se pacient zdravi. Najpogostejši razlog, da odpust ni pravočasen in da se podaljša bivanje v bolnišnici, je takrat, ko za posameznika ni na voljo najprimernejša nastanitev po odpustu iz bolnišnice (Godden, McCoy, Pollock, 2009).

Pri koordiniranju odpusta je potrebno sodelovanje celotnega multidisciplinarnega tima in načrtovanje vseh aktivnosti, ki bodo pripeljale do hitrejšega odpusta. Multidisciplinarni tim pomaga KZO načrtovati, usklajevati pravočasni odpust in preprečevati ponovni sprejem ter tako zagotavljati uspešno delovanje koordinatorja zdravstvene obravnave.

Koordinator pridobi ob sprejemu prve podatke o pacientu in aktivno išče informacije o predvideni dolžini hospitalizacije ter posebnostih zdravljenja pacienta s strani zdravnika. Na osnovi pridobljenih podatkov koordinator povezuje člane multidisciplinarnega tima pri delu in vključuje tiste, ki lahko prispevajo h kakovostni obravnavi in učinkovitem odpustu pacienta. Proces načrtovanja odpusta vključuje zbiranje informacij, usklajevanje na različnih ravneh v bolnišnici, dobro komunikacijo in dokumentacijo. Ocena odpusta je ključnega pomena in je del procesa načrtovanja odpusta (Watts, Pierson, Gardner, 2007).

Lees in Holmes (2005) navajata, da je vedno težko predvideti čas odpusta. Nastanejo lahko težave na področju časovne opredelitve različnih preiskav, in sicer v primeru, če ne moremo opredeliti časa trajanja preiskav in čas, ki je potreben za končni rezultat. Prav tako zdravstveni strokovnjaki ne morejo zagotovo napovedati, kakšen bo izid zdravljenja in ali bodo pacienti popolno okrevali.

Koordinator v načrtovanje odpusta in postavljanje ciljev aktivno vključuje pacienta ter njegove svojce. Pomembno je, da koordinator pridobi podatke o tem, kako je potekala oskrba pacienta doma, pred sprejemom v bolnišnico. Hkrati pa koordinator svetuje glede izvajanja negovalnih postopkov po odpustu in izvaja zdravstveno vzgojno delo.

Načrtovanje pacientovega odpusta se izvede v bolnišnici. S pridobljenimi informacijami se načrtujejo oskrba, odpust, premestitev ali napotitev v ustrezne ustanove ali v ambulantno obravnavo (DIAS standard za bolnišnice, 2011).

NAČRTOVANJE ODPUSTA

Pravočasni odpust je, ko je pacient odpuščen domov ali premeščen v drugo zdravstveno ustanovo takoj, ko je njegovo klinično stanje stabilno in je primeren za odpust (Department of Health, 2004).

Načrt odpusta mora biti pravočasno ovrednoten, da se preprečijo morebitne zamude pri odpustu. Vrednotenje načrta odpusta mora biti del pacientove zdravstvene dokumentacije; uporabiti ga je potrebno pri oblikovanju načrta odpusta s pacientom ali osebo, ki ga zastopa (DIAS standard za bolnišnice, 2011).

Načrt odpusta je potrebno redno ponovno ovrednotiti na osnovi aktualnega dejanskega stanja, in sicer z namenom upoštevanja sprememb pacientovega stanja oz. okoliščin. Ponovno vrednotenje mora vključevati revizijo načrtov odpusta ter tako zagotoviti, da so skladni s potrebami ob odpustu. Pacienta in družinske člane ali zainteresirane osebe je potrebno po potrebi ustrezno izobraziti z namenom priprave na nego po bolnišničnem zdravljenju. Začetno izvajanje pacientovega načrta odpusta mora opraviti bolnišnica. Paciente je treba skupaj s potrebnimi zdravstvenimi informacijami po potrebi premestiti ali napotiti v ustrezne ustanove ali ambulantne dejavnosti (DIAS standard za bolnišnice, 2011).

Obveščanje pacientov o dolžini bivanja v bolnišnici je zapleten proces, ki vključuje različne strokovnjake, ustrezen časovni okvir in upoštevanje celotnega gibanja pacientov. Vsi ukrepi od sprejema dalje morajo biti usmerjeni v načrtovanje datuma odpusta. Postavitev datuma zahteva poglobljeno razumevanje možnih poti pacientov od sprejema dalje in čas, ki je

potreben za dokončanje preiskav ter rezultatov preiskav, kar je tesno povezano z odpustom (Lees, 2008).

Lavtižar in Sivec (2013) navajata, da se pacientova oskrba vedno ne more zaključiti s premestitvijo v drugo ustanovo ali odhodom v domače okolje takoj po zaključeni akutni obravnavi. Bolnišnično zdravljenje se v Splošni bolnišnici Jesenice lahko nadaljuje na oddelku za zdravstveno nego (OZZN). Tam se nadaljuje rehabilitacija pacienta in se tako podaljšajo priprave na odpust. Na oddelku za zdravstveno nego je posebnost izvajanje družinskih konferenc. Pacienta, ki zaključi z akutno obravnavo in ni odpuščen z akutnega oddelka, se sprejme na OZZN. Sprejem na OZZN je pogojen s kriteriji, ki so vnaprej določeni. Potreben je tudi predlog lečečega zdravnika na akutnem oddelku. Medicinska sestra iz OZZN obišče pacienta pred sprejemom in se informira o njegovem zdravstvenem stanju, negovalnih problemih in njegovih trenutnih sposobnostih. Pri tem sodeluje koordinator zdravstvene obravnave. Ob sprejemu na OZZN se v obravnavo poleg negovalnega osebja vključijo tudi: fizioterapevtka, delovna terapevtka, dietetik, koordinatorica za obravnavo razjede zaradi pritiska (RZP) in če je potrebno tudi socialna delavka. Že ob sprejemu na ta oddelek se prične dogovor o odpustu oz. premestitvi pacienta. Načrtuje se družinska konferenca, v kateri sodelujejo pacient, če je sposoben sodelovati in njegovi svojci, koordinatorica zdravstvene nege na oddelku za zdravstveno nego ter socialna delavka. Ko je dogovorjeno, kam bo pacient nameščen po odpustu, se k pogovoru povabi fizioterapevtko in delovno terapevtko, ki svojce seznanita s stopnjo samooskrbe, ki jo je pacient dosegel tekom rehabilitacije na OZZN. Svojce se povabi na individualno edukacijo. Pri tem se prilagaja svojcem glede na njihove želje in potrebe. Cilj je pripraviti pacienta na najvišjo možno stopnjo samooskrbe pri vseh življenjskih aktivnostih.

OBRAVNAVA PRIMEROV V LETIH 2012 IN 2013 NA KIRURŠKEM ODDELKU V SPLOŠNI BOLNIŠNICI JESENICE

V letu 2012 je z delom na kirurškem oddelku pričel koordinator odpusta, ki se je v letu 2013 preimenoval v koordinatorja zdravstvene obravnave in s tem se je spremenil tudi obseg njegovega dela.

Tabeli 1 in 2: Število obravnavanih primerov v letih 2012 in 2013

	Št. obravnav koordinatorja	Pomoč na domu	Premestitev v DSO	Obvestilo patronažne službe	Pomoč pri urejanju pripomočkov
2012	541	229	48	122	244
2013	521	104	77	272	229

	Edukacija svojcev in pacientov	Razgovori pred OP	Vključitev fizioterapevtk e	Vključitev dietetika	Premestitev na OZZN
2012	218	71	55	69	61
2013	149	59	63	53	53

ZAKLJUČEK

Vzpostavitev sistema obravnave pacienta pred sprejemom, v času obravnave v bolnišnici in načrtovanje odpusta, poveča kakovost odpusta v domače okolje. Odpust iz bolnišnice je omogočen le, če se pri tem upošteva pacientovo stanje, njegove potrebe, zagotavlja varno in učinkovito okrevanje ob povezovanju in aktivaciji zdravstvene ter socialne službe v okolju, kjer pacient živi. Hkrati je potrebno že med pripravo na sprejem ter ves čas hospitalizacije vključevati svojce oz. skrbnike. Po dveh letih uspešnega dela KZO je to potrditev, da ima KZO pomembno vlogo pri zdravstveni obravnavi pacienta, kar prikazuje tudi število njegovih obravnav. Rezultat učinkovitega odpusta je zagotovo zadovoljen pacient in njegovi svojci.

LITERATURA

- Department of Health. Discharge from Hospital: Pathway, Process and Practice. London: The Stationery Office; 2003.
- Department of Health. Achieving Timely Simple Discharge from Hospital: A Toolkit for the Multi-disciplinary Team. London: The Stationery Office; 2004.
- DIAS standard za bolnišnice. Mednarodne akreditacijske zahteve. DNV (Det Norske Veritas), DNV-DS-HC101, Verzija 2.0; 2008.
- DIAS standard za bolnišnice. Mednarodne akreditacijske zahteve. DNV (Det Norske Veritas), DNV-DS-HC101, verzija 2.0; 2011.
- Godden S, McCoy D, Pollock A. Policy on the rebound: trends and causes of delayed discharges in the NHS. J R Soc Med. 2009; 102 (1): 22–28.
- Lavtižar J, Kramar Z. Koordinator zdravstvene obravnave pacienta Case Manager. In: Bahun M, Kramar Z, Skela Savič B, eds. 5. dnevi Angele Boškin, Trajnostni razvoj na področju kakovosti in varnosti – povezava med akreditacijo in varno ter kakovostno obravnavo pacientov, 20. in 21. september 2012. Jesenice: Splošna bolnišnica Jesenice, Visoka šola za zdravstveno nego Jesenice; 2012.
- Lavtižar J, Sivec G. Vloga koordinatorja odpusta pacienta v Splošni Bolnišnici Jesenice. In: Klemenc D, Majcen Dvoršak S, Štemberger Kolnik T, eds. 9. kongres zdravstvene in babiške nege Slovenije, Moč za spremembe – medicinske sestre in babice smo v prvih vrstah zdravstvenega sistema, Brdo pri Kranju, 9. in 10. maj 2013. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Nacionalni center za strokovni, karierni in osebnostni razvoj medicinskih sester in babic.
- Lees L. Estimating patient discharge dates. Nursing Management. 2008; 1 (15): 3–35.
- Lees L, Holmes K. Estimating a date of discharge at ward level: a pilot study. Nursing Standard. 2005; 19 (17): 40–43.

- Lees L, Emmerson K. Identifying discharge practice training needs. *Nursing Standard*. 2006; 20 (29): 47–51.
- Proudlove N, Boaden R, Jorgensen J. Developing bed managers: the why and the how. *Journal of Nursing Management*. 2007; 15 (1): 34–42.
- Watts R, Pierson J, Gardner H. Co-ordination of the discharge planning process in critical care. *Journal of Clinical Nursing*. 2007; 16 (1): 194–202.

VARNOSTNA VIZITA KOT ORODJE IN PRIPOMOČEK VODIJ ZA PREPPREČEVANJE STROKOVNIH NAPAK

SAFETY VISIT AS A LEADER'S TOOL AND INSTRUMENT FOR PREVENTING PROFESSIONAL MISTAKES

Marija Zrim, dipl. m. s.
SB Murska Sobota
marija.zrim@sb-ms.si

IZVLEČEK

Bolnišnična zdravstvena dejavnost je področje z zelo visokim deležem neželenih dogodkov, strokovnih napak, ki ogrožajo varnost pacientov. Odgovornost za varnost pacientov je v veliki meri na ramenih vodstva. Katere poti, orodja, merila bodo izbrali, da bi izboljšali varnost, je njihova odločitev. V prvi vrsti morajo spremeniti način razmišljanja in začeti s sistemskim pristopom preprečevanja napak. Z notranjo presojo ali samoocenjevanjem ugotovijo, ali bolnišnica zagotavlja kakovostno in varno oskrbo pacientov ter deluje skladno s standardi. Prav tako z varnostnimi razgovori izvejo za probleme iz prakse, ki jih imajo bodisi pacienti, zaposleni, bodisi svojci pri obravnavi pacienta.

V strokovni literaturi zasledimo veliko teoretičnih člankov, ki opisujejo neželene dogodke, strokovne napake, varnostne razgovore, vendar nas je praksa dveletnega rednega izvajanja varnostnih razgovorov privedla do spoznanja, da je ključnega pomena razrešitev problema oz. dogodka, ki je povzročil varnostni zaplet in ne samo pogovor o njem. V veliki meri so to problemi, ki jih oddelek ali služba sama ne zmore rešiti in potrebuje pomoč vrhnjega menedžmenta.

V prispevku so poleg teoretičnih vsebin opisani primeri varnostnih vizit in njihove razrešitve.

Ključne besede: varnost, varnostne vizite, notranja presoja, vodenje

ABSTRACT

Hospital activities in healthcare represent area with high proportion of unwanted events and professional mistakes, which threaten patient's safety. Responsibility for patient's safety is mostly on the side of top management. Which paths, tools and measures they are going to choose to improve safety is their decision. First of all they must change the way of thinking and begin with systematical approach to mistakes prevention. With internal estimation or self-evaluation they can find out if hospital provides qualitatively and safely healthcare and if operates in accordance with regulations and standards. With safety's interviews they can learn about problems occurring in everyday treatment of patients either on the side of patients, their relatives or employees.

In professional literature we can come across many theoretical articles, which describe unwanted events, professional mistakes and safety interviews. However, two years practice of regular performing of safety interviews has led us to result that the crucial regarding safety

complication is not only conversation about it but solving the problems or event particularly. Frequently occurring problems can't be solved only by departments oneself and they need top management's assistance.

This article describes theoretical basis as well as safety visit's cases and their solutions.

Keywords: safety, safetyvisits, internal estimation, management

LITERATURA

- Fošnarič L. Etični in kazenski vidik strokovnih napak v zdravstveni negi: magistrsko delo. Maribor: Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede; 2010.
- Kadivec S. Zagotavljanje etičnih načel dobronamernosti in neškodljivosti v zdravstvenih ustanovah. *Obzor Zdr N.* 2004; 38 (3): 211–7.
- Ministrstvo za zdravje Republike Slovenije. Nacionalna strategija kakovosti in varnosti v zdravstvu (2010–2015). Dostopno na: http://www.mz.gov.si/fileadmin/mz.gov.si/pageuploads/kakovost/nacionalna_strategija_kkak_in_varn_2010-2015/Nacionalna_strategija_kakovosti_in_varnosti_v_zdravstvu_2010-2015.pdf (6. 3. 2014)
- Robida A. Priporočila za varnostne vizite vodstva, Priloga IV. Ljubljana: Ministrstvo za zdravje; 2006. Dostopno na: http://www.mz.gov.si/fileadmin/mz.gov.si/pageuploads/mz_dokumenti/delovna_podrocja/zdravstveno_varstvo/kakovost/uvajanje_kakovosti_avg_2006/03_varnostna_vizita_prilog_p_IV_UIKB_2006.pdf (12. 2. 2014).
- Robida A. Kako priti do večje varnosti pacientov. In: Kramar Z, Kraigher A, eds. 3. dnevi Angele Boškin, Učimo se varnosti od najboljših – prikaz dobrih praks, Gozd Martuljek, 22. in 23. 4. 2010. Jesenice: Splošna bolnišnica Jesenice; 2010: 46–54.
- Robida A. Kultura varnosti pacientov – Pilotna raziskava o bolnišnični kulturi varnosti pacientov. Center za izboljševanje kakovosti in varnosti zdravstvene obravnave; 2010. Dostopno na: http://www.prosunt.si/assets/files/Kultura%20varnosti%20pacientov_2010.pdf (12. 2. 2014).

PREDOPERATIVNA ŠOLA PO PROGRAMU »RAPID RECOVERY« PRED OPERACIJO VSTAVITVE KOLČNE IN KOLENSKE PROTEZE

PREOPERATIVE TEACHING PROGRAMME »RAPID RECOVERY« BEFORE OPERATION AND HIP REPLACEMENT OF KNEE PROTHESIS

Helena Medved, dipl. m. s.
Splošna bolnišnica Novo mesto
helena.medved@sb-nm.si

IZVLEČEK

V Splošni bolnišnici Novo mesto so uvedli predoperativno šolo za paciente pred vstavitvijo kolčne in kolenske proteze. Šola je prirejena po programu Rapid Recovery, ki ga izvajajo v nekaterih evropskih državah. Koncept zdravljenja je zasnovan po načelu hitrega okrevanja. V predoperativni šoli sodeluje multidisciplinarni tim, kateri zajema diplomirano medicinsko sestro koordinatorko, zdravnika ortopeda, fizioterapevtko, anesteziologa in zdravstvene tehnike. Ob programu vodijo klinično pot, katera se prične v zdravstveni administraciji in se nadaljuje do zadnjega segmenta, ko diplomirana medicinska sestra pokliče pacienta po operaciji domov. Z uvedbo predoperativne šole se je zmanjšala ležalna doba in povečalo zadovoljstvo pacientov ter njihovih svojcev.

Ključne besede: predoperativna šola, koordinacija, multidisciplinarni pristop, klinična pot, hitrejše okrevanje po operaciji

ABSTRACT

General hospital Novo mesto has introduced preoperative school for patients prior to knee or hip prosthesis replacement. Preoperative school is adapted from the Rapid Recovery Programme which is implemented in some European countries. The Rapid Recovery Programme's concept is to enable quick yet safe recovery from a hip or knee replacement operation. The beforementioned preoperative school consist of a multidisciplinary team which includes a registred coordinator nurse, orthopedic doctor, physiotherapist, anesthesiologist and medical technicians. In addition to The Rapid Recovery Programme a clinical pathway is run which begins at medical administration and than continues to the last segment when a registred nurse calls a paient at his home. With the introduction of preoperative school the patient's recovery time is reduced and both patient's and their relatives' satisfaction is increased.

Keywords: preoperative teaching, coordination, multidisciplinary approach, clinical pathway, rapid recovery after surgery

UVOD

V Splošni bolnišnici Novo mesto smo uvedli predoperativno šolo za paciente pred vstavitvijo kolenske in kolčne proteze v letu 2010. Pobudnik šole je bil specialist ortoped Gregor Kavčič, dr. med. Pred uvedbo šole pri nas so si zdravnik, fizioterapevtka in diplomirana medicinska sestra predoperativno šolo ogledali v Londonu. Podoben koncept zdravljenja so prenesli v Splošno bolnišnico Novo mesto in ga prilagodili razmeram ter finančnim možnostim.

Obisk predoperativne šole je pogoj za operativni poseg vstavitve kolčnega ali kolenskega sklepa. Vsak pacient je že v ambulanti pri specialistu ortopedu seznanjen, da bo moral obiskati predoperativno šolo, v katero so povabljeni tudi svojci, prijatelji ali znanci. Sodelovanje svojcev je dobrodošlo, saj so dobro seznanjeni in poučeni spremljevalci zelo učinkoviti pri nadaljnjem okrevanju pacienta. Trenutno so v predoperativno šolo vključeni le pacienti, ki jih bo operiral Gregor Kavčič, dr. med. V prihodnje si želimo, da bi bili vsi pacienti vključeni v program hitrega okrevanja.

KOORDINACIJA

Najprej je pacient pregledan pri zdravniku specialistu ortopedu, nato pa je umeščen na čakalno listo. Že pred predvidenim datumom operacije prejme pacient vabilo za predoperativno šolo, pregled v preanesteziološki ambulanti in datum pregleda pri specialistu ortopedu. Večinoma so datumi usklajeni in so vsi pregledi naročeni v enem dnevu. Zdravstvena administratorka prinese klinične poti opremljene z vsemi datumi pregledov diplomirani medicinski sestri koordinatoriki. Nato si diplomirana medicinska sestra koordinatorica razporedi paciente po dnevih, v katerih se izvaja predoperativna šola – to je vsak ponedeljek. Pri vsakem bodočem pacientu medicinska sestra preveri udeležbo v predoperativni šoli. To opravi štirinajst dni pred predvidenim datumom obiska v šoli.

Ta dan gre pacient najprej na pregled k anesteziologu, pri katerem prejme dokončno mnenje o tem, ali je primeren za operacijo. V kolikor pacient ne dobi pozitivnega mnenja s strani zdravnika anesteziologa, se ne udeleži predoperativne šole. V primeru, da pacient dobi pozitivno mnenje, pa lahko obiše predoperativno šolo. Na ta način izpolnimo prvi del klinične poti.

Ob prihodu pacientov v predoperativno šolo so potrebni tudi naslednji koraki klinične poti. Zapišemo mnenje anesteziologa, zabeležimo kronične bolezni ter prehladna obolenja v zadnjih štirinajstih dneh, zabeležimo podatke o spremembah kože na mestu operativnega reza ter podatke o jemanju antikoagulantne terapije in ostalih zdravil. Dokumentacijo klinične poti ima pacient ves čas pri sebi in jo na koncu odda medicinski sestri v specialistični ambulanti. Ta izpolni še svoj del podatkov in nato odnese vse klinične poti v centralni sprejem, kjer jih vložimo v pacientovo dokumentacijo ob sprejemu.

KLINIČNA POT

Klinična pot nam omogoča, da je vsak pacient obravnavan enako, individualno in po standardiziranem protokolu. Po korakih v klinični poti je zasnovan multidisciplinarni pristop do pacienta, ki povezuje zdravstvene delavce k zdravljenju pacientov na enak način in za

vsakega pacienta posebej. Klinična pot je orodje, ki je v pomoč zdravstvenemu osebju, da lahko seznanimo pacienta s predvidenimi postopki njegovega zdravljenja. V naši obravnavi želimo, da je pacient aktivno udeležen pri načrtu svojega zdravljenja. Vsake tri do štiri mesece skličemo kratke sestanke celotnega tima vseh, ki sodelujemo pri obravnavi pacienta. Redno in aktivno spreminjamo segmente klinične poti, zato vsak nov pristop pri zdravstveni obravnavi pomeni tudi spremembo in obnovo klinične poti.

PREDOPERATIVNA ŠOLA

Šola je zasnovana tako, da se je udeleži deset do dvanajst bodočih pacientov. Poleg pacientov so v šoli prisotni tudi njihovi svojci ali znanci. Predavanje poteka s pomočjo računalniškega orodja »Power Point«, ki ga slušatelji oziroma bodoči pacienti spremljajo na platnu.

Ko izpolnimo prvi del klinične poti, medicinska sestra pozdravi vse prisotne in predstavi program (urnik) predavanj. Pomembno je, da so bodoči pacienti seznanjeni z urnikom, saj tako lažje sprejmejo aktivnosti, ki sledijo med in po končanih predavanjih v šoli.

V uvodu pojasnimo bodočim pacientom pomen šole in pomembnost hitrega okrevanja po operaciji. Predstavimo jim program hitrega okrevanja in koncept zdravljenja. Bistveno je, da jim predavamo v razumljivem, preprostem jeziku in ne uporabljamo strokovnih medicinskih izrazov, saj na ta način vzpostavimo prijeten prvi stik s pacienti. Predvsem poudarimo razumljivo in enostavno razlago priprave na operacijo.

PREHRANA PACIENTA PRED OPERATIVNIM POSEGOM

Seznanjanje o prehrani pred operativnim posegom je za naše bodoče paciente zelo pomembno. V času, ko še ni bilo predoperativne šole, se je izkazalo, da so prišli pacienti na operativni poseg podhranjeni, slabo hidrirani in nekateri celo sestradani po nekontrolirani shujševalni dieti. Nemalo je pacientov, ki so zaradi odvečne telesne teže podvrženi težavam na kolenskih in kolčnih sklepih. V izogibanje tem težavam so se pacienti sami odločili za nezdravo hujšanje in v takšnem stanju prišli tudi na operativni poseg.

Zaradi naštetih razlogov jim v predoperativni šoli svetujemo zdrav način prehranjevanja, kot je uživanje pet obrokov na dan in fizična aktivnost glede na zdravstveno stanje ter dobro počutje. Svetujemo jim, da v času pred operacijo ne smejo hujšati. Nasploh je pred operacijo neprimeren čas za kakršne koli strese, med katere sodita tudi hujšanje in pretirana fizična aktivnost. Želimo, da pacienti razumejo, da bo njihovo telo že med in po operaciji izpostavljeno različnim stresnim dejavnikom, kot sta anestezija in sama operacija. Poudarjamo, da bodo z načinom zdravega prehranjevanja in hidracije tako fizično kot psihično dobro pripravljene na operativni poseg. Glede fizične aktivnosti jim svetujemo, da lahko počnejo vse, kar jim ne povzroča bolečine. Sem sodijo sprehodi in plavanje, v kolikor imajo to možnost. Pacientom, ki težko hodijo in imajo močne bolečine, pa priporočamo hojo ob postelji ali po stanovanju. Vsekakor priporočamo fizične aktivnosti, katere še zmorejo in jim ne povzročajo bolečino.

Velik poudarek dajemo rednemu odvajanju blata. Namreč vse naše paciente pred operacijo ne čistimo. Že v predoperativni šoli jim razložimo pomen rednega odvajanja in svetujemo, kako

si lahko na naraven način pomagajo, v kolikor imajo težave z zaprtjem. Tako zdravstveno osebje na dan sprejema le preveri, ali so pacienti šli prejšnji dan na blato. In če so, ne potrebujejo odvajal. Tako storimo tudi na dan pred operacijo. Pacienti so na ta način dobro seznanjeni s pomenom rednega odvajanja blata in priprave na operacijo.

Naši pacienti so sprejeti na odsek en dan pred operativnim posegom. Povemo jim, da naj zjutraj doma zajtrkujejo. Na sprejem pridejo v času od 12. do 14. ure. Ob sprejemu dobijo na odseku kosilo. Popoldne neomejeno pijejo tekočino in dobijo v času večerje zakuhano juho. Okoli devetih zvečer jim ponudimo še visoko energijski napitek Polycal. Predvsem je pomembno, da šest ur pred operacijo ničesar več ne jedo in dve uri pred operacijo nič več ne pijejo.

PRIPRAVA PACIENTOV ZA SPREJEM IN OPERACIJO

V predoperativni šoli pojasnimo in nazorno prikažemo na projekciji, kako se pacienti pripravijo za sprejem v bolnišnico in na operativni poseg.

Zaradi bolečin veliko pacientov prejema analgetike. Predvsem so to nesteroidni antirevmatiki, katere pred operacijo odsvetujemo, saj vplivajo na čas strjevanja krvi. Pacientom svetujemo, da prenehajo jemati analgetike NSAR in te zamenjajo z analgetiki, ki to niso. V primeru, da je bolečina neznosna in bi težko prenehali z jemanjem, jim svetujemo, da se pogovorijo z ortopedom v specialistični ambulanti.

V kolikor imajo pacienti motnje v strjevanju krvi, so pred operacijo napoteni v antikoagulantno ambulanto, kjer dobijo navodila za pripravo na operativni poseg. V predoperativni šoli je čas in priložnost, da lahko pacienti postavijo zdravniku anesteziologu morebitna vprašanja glede zdravil, ki jih redno jemljejo.

V nadaljevanju predavanja pacientom pokažemo in pojasnimo, kaj potrebujejo za sprejem v bolnišnico. Potrebna je zdravstvena kartica, napotnica, izvidi, rentgenske slike (v kolikor jih imajo doma), par dokomolčnih bergel, pripomočki za osebno higieno ter zdravila, ki jih redno jemljejo doma.

Pojasnimo jim, kam morajo priti ob sprejemu, kar jim pokažemo tudi preko fotografij na platnu: mesto vpisa, mesto centralnega sprejema in seveda na koncu predstavimo tudi odsek, kamor bodo nameščeni po končanih formalnostih ob sprejemu.

PRIPRAVA PACIENTOV NA OPERACIJO

Sledi prikaz urnika na operativni dan. Vsem pacientom naročimo, da se morajo na dan operacije zjutraj stuširati. To je obvezno in po standardu priprave pacienta za operacijo. Paciente prosimo, da zlatnino, ure in ostale dragocenosti pustijo doma. Svetujemo jim, da v bolnišnico ne nosijo večjih količin denarja in vrednih predmetov. Prosimo jih tudi, da si pred operacijo odstranijo zobno protezo, kontaktne leče, slušne aparate in očala. Do operacijskega bloka jih pospremi transportna delavka z vso medicinsko dokumentacijo.

Prikaz in potek operacije prikaže in razloži zdravnik ortoped v svojem delu predavanja. Medicinska sestra, ki vodi predavanje v šoli, pa razloži, kaj se dogaja takoj po operaciji. Program hitrega okrevanja je osnovan na konceptu čimprejšnje aktivacije pacienta. Zato že v šoli paciente prosimo, da pričnejo z gibanjem ter potiskanjem stopal naprej in nazaj takoj, ko se po operaciji zbudijo. Predvsem je to pomembno za vzpostavitev cirkulacije, hkrati pa pacienta prisili, da ostane buden. Velja, da je dobro zbudjen pacient po operaciji bolj aktiven pri dihanju, vsak gib in aktivno premikanje mišic pa so dobra osnova za popoldansko posedanje v postelji, ki sledi po operaciji. Pacientom pojasnimo, da bodo v prebujevalnici dve do tri ure po operaciji, kasneje pa bodo premeščeni na odsek ali v podaljšan nadzor po operaciji v enoto intenzivne terapije, v kolikor bo to zahteval zdravnik anesteziolog.

Če je zdravstveno stanje pacientov stabilno, lahko po dveh urah zapustijo prebujevalnico in jih premestimo nazaj na odsek. Pacienti bodo imeli po operaciji kolčne ali kolenske proteze nameščeno intravensko infuzijo in dren v rani. V rani bo nameščen poseben drenažni sistem »Ortho pass« (Orthopedic postoperative transfusion systeme). Pacientom pojasnimo, čemu služi ortopas, tako da jim ob slikovnem gradivu opišemo način delovanja in jim pojasnimo, zakaj je sistem zanesljiv in varen. Pravilno je, da so pacienti seznanjeni z vsemi postopki zdravstvene nege, ki jih bomo izvajali v času njihove hospitalizacije.

Pomemben del predavanj v predoperativni šoli namenimo pooperativni bolečini. Na projekciji jim prikažemo VAS lestvico in jim pojasnimo, kaj pomeni. Paciente seznanimo, da je ocena bolečine zelo pomembna. Niti najmanj ne želimo, da bi paciente po operaciji neznošno bolelo, zato je prav, da jih v šoli pripravimo in naučimo, kako bodo s pomočjo VAS lestvice označili svojo bolečino. Po operaciji imajo pacienti predpisan širok spekter različnih analgetikov, zato je nepotrebno, da bi trpeli hude bolečine. Pojasnimo jim, da lahko ob bolečini vedno pokličejo medicinsko sestro ali zdravstvenega tehnika in naj jim ne bo nerodno ali celo neprijetno, da bi zaradi tega izpadli nadležni.

Takoj po operaciji na odseku pacientom dovajamo infuzijo, apliciramo tri zaščitne doze antibiotika in dajemo sredstva proti bolečini. Prve ure po operaciji na odseku vlažimo usta s palčkami za vlaženje ustne votline. V kolikor pacientom ni slabo, jim ponudimo vodo ali čaj po požirkih. Pacientom, ki so bili operirani za kolensko protezo, hladimo kolena z ledenimi vrečkami. V šoli jim pojasnimo pomen hlajenja in seveda koliko časa je primerno hladiti koleno. Ob tem jim pojasnimo možne pooperativne težave, kot so bruhanje in slabost, inkontinenca urina ter krvavitev iz operativne rane.

Zvečer pri večerji paciente posedemo v postelji tako, da visijo noge čez rob postelje. Ob tej priložnosti jih spodbujamo k dihanju, premikanju stopal k sebi ter od sebe in v kolikor se pacienti dobro počutijo, jih tudi vertikaliziramo. Pacientom že v šoli pojasnimo, da bodo lahko, v kolikor se bodo dobro počutili, že na dan operacije hodili s pomočjo bergel. To je pomemben psihološki dejavnik, kateri pripomore, da paciente odvrne od strahu pred hojo in prvim vstajanjem po operaciji.

DNEVI PO OPERACIJI

Naslednji dan po operaciji sledijo postopki zdravstvene nege po protokolu. Vsak pacient dobi zjutraj analgetik. Vzamemo jim kri za kontrolo hemograma. Nato jim previjemo rano in odstranimo drenažo. Vsi pacienti gredo ta dan na rentgensko slikanje. Fizioterapevti in

fizioterapevtke pričnejo s terapevtskimi vajami in z vstajanjem pacientov. Začne se s hojo ob postelji, ob dobrem počutju pa sledi nadaljevanje s hojo po hodniku.

Našim pacientom pojasnimo, da so vse »cevke«, ki so v njihovem telesu, vir okužbe. Zato jih kmalu odstranimo. To so venske kanile, urinski katetri in dreni iz rane. To jim pojasnimo predvsem zato, da so pripravljene na ponovno nastavitev venske kanile zaradi aplikacije analgetika ali transfuzije.

ODPUST

V kolikor se pacienti dva do tri dni po operaciji počutijo dobro, jih zdravnik povpraša po želji odhoda domov. O datumu odpusta se dogovorimo vsi v timu (fizioterapevt, zdravnik operater in diplomirana medicinska sestra). Poglavitno vlogo pri tej odločitvi ima tudi pacient ter njegovo dobro počutje. Vsekakor morajo pacienti pred odhodom domov poleg dobrega počutja izpolniti še nekaj pogojev:

- petdeset metrov hoje po ravnem,
- hoja po stopnicah,
- operativna rana, ki je brez posebnosti,
- bolečina, ki je obvladljiva z analgetiki, ki niso aplicirani intravenozno.

V kolikor pacienti izpolnjujejo vse naštetje pogoje, so primerni za odhod domov. Pacientom pojasnimo vse postopke, ki jih morajo še opraviti pred odhodom. Pomembno je, da počakajo na odpustno pismo, kjer so zabeleženi datumi kontrol in datumi fizioterapije. Svetujemo jim, da si pozorno preberejo odpustno pismo. Zdravnik operater se vedno na dan odhoda poslovi od svojih pacientov. Pri tem pacienti zdravnika počakajo, da jim poda še ustna navodila za kontrole in preveze, ki jih bodo opravili pri nas. Pred odhodom domov so vsi pacienti previti. Za paciente, katerim je bila vstavljena kolenska proteza, veljajo drugačna navodila kot za paciente po vstavitvi kolčne proteze. Večina pacientov po vstavljeni kolenski protezi prihaja k nam na fizioterapijo in preveze rane. Pacienti po vstavljeni kolčni protezi pa pridejo k nam čez deset dni po odpustu na kontrolo fizioterapije in odstranitev šivov pri nas na odseku. To so zelo pomembni podatki, da so pacienti v predoperativni šoli seznanjeni, kaj se bo dogajalo na dan odpusta.

Ko diplomirana medicinska sestra, ki vodi predoperativno šolo, zaključi s svojo predstavitvijo, sledijo predavanja zdravnikov anesteziologov, fizioterapevtk in na koncu zdravnika specialista ortopeda. Vsak predstavi s svojega področja, kar je najpomembnejše za pacienta v času zdravljenja. Anesteziologi predstavijo vse načine anestezije – od splošne, regionalne in kombinirane anestezije. Predstavijo protibolečinske črpalke, zdravila proti bolečinam in vse preglede ter postopke, ki jih mora pacient opraviti pred načrtovano operacijo. Med predavanji dovolimo, da pacienti sprašujejo, zato je največ vprašanj ravno pri predstavitvi zdravnikov anesteziologov.

Fizioterapevtke imajo predavanje o pomenu hitre aktivacije, prikažejo dihalne vaje, predstavijo pravilno hojo z berglami in namenijo še nekaj besed o pravilni obutvi ter predstavitvi vseh postopkov fizioterapije, ki jih bodo izvajale pred in po operaciji.

Zdravnik specialist ortoped na začetku predstavi zgodovino ortopedskih operacij. Pojasni, katere so indikacije za zamenjavo kolčnega ali kolenskega sklepa ter katere so kontraindikacije za operacijo. Del predavanja je namenjen tudi komplikacijam in okužbam. V predavanju je vključen video posnetek same operacije v obliki animacije. Med predavanji zdravnik pokaže prave kolenske in kolčne proteze (implante), tako da si lahko vsak pacient ogleda, kaj mu bo zdravnik namestil v sklep. Zdravnik je v svoji predstavitvi preprost in predava v jeziku, ki ga lahko vsi starejši ali malo manj starejši pacienti popolnoma razumejo. Veliko vprašanj je postavljenih tudi zdravniku operaterju, ki razloži vse nejasnosti med predavanjem. Pacienti so ob tem zadovoljni, saj prejemajo informacije od zdravnika, ki jih bo operiral.

KAKO PA DOMA?

V času pred operacijo svetujemo pacientom, kako si lahko doma pripravijo ali omogočijo lažje bivanje po odpustu iz bolnišnice. Največkrat so pacienti zaskrbljeni zaradi stopnic. Strah je popolnoma odveč, saj jih bodo fizioterapevti naučili pravilne hoje po stopnicah. Pacientom svetujemo, da si doma odstranijo tekače, predpražnike in po tleh ležeče žice, v katere bi se lahko zapletli z berglami. V toaletnih prostorih svetujemo namestitev držal ali oprijemal za lažje usedanje na stranišče, v kolikor je to seveda potrebno. Predvsem jim pojasnimo, naj bodo enostavni pri opravljanju osebne higiene po operaciji. Ni potrebno adaptirati kopalnice, če nimajo tuš kabine. Povemo, kako se lahko tuširajo s pomočjo plastičnega stola in tuš ročke iz banje. Tudi nakup povišice za stranišče ni potreben, saj ni bojzani za izpah kolka. Glede višjega ležišča jim svetujemo enostavne rešitve in ne nakup nove postelje.

Po operaciji, ko so pacienti že doma, svetujemo, kam se lahko obrnejo za pomoč ali nasvet. V primeru hude bolečine, povišane temperature, kakršnekoli spremembe na operativni rani ali slabega počutja, lahko pacienti pokličejo na naš odsek. V primeru težav bomo poklicali zdravnika operaterja ali pa bomo pacientu svetovali, kam se lahko oglasi.

Pacientom pojasnimo, kam morajo priti po odpustu na prevez in fizioterapijo. Če bodo prevezi opravljeni pri nas, imamo za to namenjeno zunanjo previjalnico, ki je poleg zdravniške sobe. V primeru, da je pri kontrolni prevezi na rani opazna sprememba, pokličemo zdravnika. V nasprotnem primeru diplomirana medicinska sestra opravi preveze ran po opravljeni fizioterapiji.

Ko je pacient nekaj dni doma, ga diplomirana medicinska sestra koordinatorka pokliče domov. Ta razgovor lahko poteka že v času, ko pacient pri nas opravlja fizioterapijo. Drugače opravimo telefonski razgovor s pacientom. Predvsem nas zanima, kako je z bolečino in kako se počutijo doma. Pacientu zaželimo uspešno okrevanje še naprej, ki poteka v zdravilišču ali v domači oskrbi. Na ta način zaključimo dokumentacijo klinične poti.

ZAKLJUČEK

Predoperativno šolo za paciente, ki prihajajo na operacijo kolčne ali kolenske proteze, izvajamo v Splošni bolnišnici Novo mesto že tretje leto. Od prvih idej specialista ortopeda Gregorja Kavčiča, dr. med., do končne ustanovitve predoperativne šole je minilo nekaj let. Idejo in koncept je bilo potrebno realizirati, seveda z dobro organizacijo vseh, ki sodelujemo v programu. V timu sodelujemo poleg zdravnika ortopeda še diplomirana medicinska sestra,

fizioterapevti, anesteziisti, zdravstvene administratorke, zdravstveni tehniki v specialistični ambulanti in radiološki inženirji. Vsi smo tesno povezani pri obravnavi ortopedskega pacienta. Predoperativna šola je namenjena pacientom pred operativnim posegom, zato vsak predavatelj s svojega področja pripravi predavanje na razumljiv in preprost način. Pri predavanjih med odmorom povabimo na šolo tudi pacienta, ki je že bil operiran. Tako dobijo bodoči pacienti informacijo tudi »iz prve roke«. Na ta način želimo pokazati in predstaviti koncept zdravljenja tudi s strani pacientov, ki so že bili operirani.

Z uvedbo predoperativne šole se je skrajšala ležalna doba. Pacienti so seznanjeni z vsemi postopki zdravstvene nege in tudi z operacijo. V času hospitalizacije skoraj ni več vprašanj s strani pacientov. Kar je zelo pomembno, je to, da ni več prisotnega strahu pred operacijo in pred prvim vstajanjem. Pacienti sami izvajajo vaje po operaciji in upoštevajo vsa navodila, ki so jih dobili v predoperativni šoli. Ravno tako dobro obvladujemo bolečino in iz vsega tega sledi, da je zadovoljstvo pacientov veliko.

Seveda brez dobrega sodelovanja v timu ne gre. Pri našem delu je pomemben vsak sodelavec, od čistilke do transportne delavke in vseh ostalih zdravstvenih delavcev. Delo ni strogo ločeno. Zdravstveni tehniki in diplomirane medicinske sestre so popoldne tudi fizioterapevti. Pomembno je to, da sodelujemo in si pomagamo.

Redno obveščamo zdravnika o počutju pacientov po operaciji in o operativni rani pacienta. Fizioterapevtke sodelujejo z vsemi zdravstvenimi tehnikami na odseku kot tudi z zdravnikom. Sodelujemo z zdravstveno administracijo pri pripravi kliničnih poti in pri spremembah navodil za paciente. Imamo zdravnika, ki je vedno in ob vsakem času dosegljiv in vemo, da bo dobro poskrbel za svoje paciente. Vsi skupaj želimo in se trudimo, da so naši pacienti zadovoljni, da ob odpustu zapustijo naš odsek s prijetnim spominom.

Nenehno uvajamo izboljšave in vse, kar se je v praksi izkazalo, da ni dobro, smo odpravili. V času odkar izvajamo program hitrega okrevanja, smo uvedli kar nekaj novosti. Pacientom ne nameščamo kompresijskih nogavic po operaciji, ne prejemajo več nizkomolekularnih heparinov v obliki subkutanih injekcij, pred operacijo pacientov ne čistimo več in niso več na daljši karenci pred operacijo. Seveda vse postopke spreminjamo v skladu s smernicami zdravstvene nege, ortopedije in v sodelovanju z zdravnikom specialistom ortopedom in anesteziologom. V želji, da bi bili še bolj uspešni, se redno izobražujemo tudi v tujini.

Predoperativna šola se je izkazala za primer dobre prakse. Sodelovanje in povezanost z našimi bodočimi uporabniki je zelo pomembna. Pacienti v predoperativni šoli prejmejo informacije in pojasnila o načinu zdravljenja na preprost ter dostopen način. Dobro informiran pacient je pripravljen na operacijo in se ne boji operativnega posega. Da smo bili uspešni, je merilo zadovoljstvo pacienta po opravljeni operaciji in kasneje tudi rehabilitaciji.

LITERATURA

- Biomet. One Surgeon. One patient. Information for Patients & Caregivers. Dostopno na: <http://www.biomet.co.uk/patient/rapidrecovery> (29. 1. 2014).

- Marušič D, Simčič B. Priročnik za oblikovanje kliničnih poti. Ljubljana: Ministrstvo za zdravje Republike Slovenije; 2009: 6–8. Dostopno na: http://www.mz.gov.si/fileadmin/mz.gov.si/pageuploads/kakovost/Klinicne_poti/prirocnik_OBLIKOVANJE_KP_slo_170310.pdf (29. 1. 2014).

MANCHESTERSKI TRIAŽNI SISTEM V URGENTNEM KIRURŠKEM BLOKU UKC LJUBLJANA

MANCHESTER TRIAGE SYSTEM IN UNIVERSITY MEDICAL CENTRE OF LJUBLJANA – EMERGENCY SURGICAL UNIT

Tina Gros, dipl. m. s.

UKC Ljubljana

tina.gros@kclj.si

IZVLEČEK

Članek predstavi dejstvo, da je za urgentni oddelek značilno, da ni mogoče povsem predvideti števila pacientov, ki ga bodo obiskali. Čakajoče paciente se razvršča glede na potrebo po začetku zdravstvene obravnave z ozirom na nujnost stanja oziroma potencialno ogroženost. Ta postopek se imenuje triaža. Je orodje, ki pomaga pri odločitvi, kateri pacient potrebuje prednostno obravnavo.

Opisan je sistem triaže v Urgentnem kirurškem bloku. Uporablja se Manchesterski triažni sistem, ki ima pet kategorij. Triažna medicinska sestra pacienta glede na ogroženost in nujnost obravnave razvrsti v ustrezno triažno skupino, ki določa maksimalni čas čakanja na obravnavo. Skupaj z (novim) triažnim sistemom je bil nadgrajen tudi bolnišnični informacijski sistem, ki pacientom in osebju omogoča spremljanje čakalne vrste preko LCD zaslonov. Ob koncu članka so navedene prednosti in slabosti tega sistema, kot jih vidijo zaposleni v Urgentnem kirurškem bloku.

Ključne besede: urgenca, triaža, Manchesterski triažni sistem

ABSTRACT

The article presents the fact that one can not predict the number of patients visiting the emergency unit. Patients who are waiting in the ER are sorted regarding to their condition. This procedure is called triage. It helps with decision which patient needs medical care urgently.

We described the triage system in Emergency Surgical Unit. We use the Manchester Triage System. It has five categories. The triage nurse determines treatment priority and categorizes patient into different triage group with recommended times for physician assessment. The hospital information system was upgraded along with (new) triage system, as patients and health workers could see the waiting list on LCD monitors. Advantages and disadvantages of this system as seen by Emergency Surgical Unit employees are listed at the end of the article.

Key words: emergency, triage, Manchester Triage System

UVOD

Za delo na urgenci je značilno, da ni mogoče povsem predvideti števila pacientov in/ali obsega dela niti za eno uro vnaprej. Kadar sta v čakalnici samo dva pacienta, navadno z lahkoto določimo, obravnava katerega je bolj nujna, kadar pa se število čakajočih izraža v desetinah, pa je to zelo zahtevno, odgovorno in stresno delo.

Postopek, v katerem razvrstimo čakajoče paciente glede na potrebo po začetku zdravstvene obravnave z ozirom na nujnost stanja oziroma potencialno ogroženost, imenujemo triaža. To je orodje, s pomočjo katerega določimo, kateri pacient potrebuje prednostno obravnavo. Njen namen je zagotovitev pravilne in pravočasne oskrbe pacientov glede na težave, zaradi katerih so poiskali pomoč na urgenci.

Pravilna triaža povečuje varnost pacientov in kakovost njihove obravnave (Robertson Steel, 2006).

KAKO SMO ZAČELI?

Leta 2010 je Ministrstvo za zdravje Republike Slovenije vsem javnim zdravstvenim zavodom, zasebnim zdravnikom in zobozdravnikom izdalo Navodila za sprejem pacientov v zdravstveno oskrbo v ambulantah nujne medicinske pomoči oziroma v sprejemnih pisarnah (MZ, št. 183-98/2010/3). V teh navodilih je bilo določeno, da je potrebno pacienta takoj ob prihodu vključiti v postopek triaže, nikjer pa ni bil definiran sistem triaže in določeno, kdo jo izvaja. Prav tako ni bilo opredeljeno, kako se triaža vključuje v obstoječi sistem nujne medicinske pomoči.

Zaradi tega je bila ustanovljena delovna skupina pod okriljem Ministrstva za zdravje, ki je imela nalogo izbrati ustrezni triažni sistem, ki bi ga bilo mogoče implementirati v naše okolje. Primerjava med Avstralsko-azijskim triažnim sistemom (ATS), Kanadsko triažno lestvico (CATS) in Manchesterskim triažnim sistemom (MTS) je pokazala, da je slednji za naše okolje najprimernejši (Čander, 2013). Manchesterski triažni sistem je tudi sicer najbolj uporabljen sistem v evropskih in severnoameriških zdravstvenih ustanovah (Christ, et al., 2010).

Izbrani slovenski zdravniki in medicinske sestre so praktično delovanje po načelih MTS nekaj tednov spoznavali v treh urgentnih centrih v Veliki Britaniji. Na koncu so v Manchestru opravili tudi formalno izobraževanje ter izpit za inštruktorje MTS v okviru organizacije Advanced Life Support Group.

Minister za zdravje je na osnovi Pravilnika o službi nujne medicinske pomoči (UL RS št. 106/2008) v začetku leta 2013 izdal Odredbo o določitvi programa usposabljanja za izvajanje službe nujne medicinske pomoči »Triaža v sistemu nujne medicinske pomoči v Republiki Sloveniji« (UL RS št. 15/2013). Program usposabljanja se izvaja v obliki tečaja. Ta je namenjen nosilcem zdravstvene nege v sistemu NMP, ki se pri svojem delu srečujejo s sočasnim sprejemom in obravnavo večjega števila urgentnih pacientov. Za osvojitve vsebin tečaja potrebujejo udeleženci znanje urgentne zdravstvene nege in vsaj tri leta delovnih izkušenj pri delu v urgentni ambulanti (Ministrstvo za zdravje, 2013).

TRIAŽIRANJE

V Urgentnem kirurškem bloku Univerzitetnega kliničnega centra v Ljubljani (UKB) vsakodnevno sočasno obravnavamo veliko število pacientov, ki so bolj ali manj življenjsko ogroženi. Za razvrščanje glede na stopnjo nujnosti obravnave uporabljamo Manchesterski petstopenjski triažni sistem. Pacienta ob sprejemu triažna medicinska sestra glede na ogroženost in nujnost obravnave razvrsti v ustrezno triažno skupino, ki določa maksimalni čas čakanja na obravnavo. Pri tem si pomaga z metodologijo 52 triažnih algoritmov, ki temeljijo na razlogu prihoda pacienta v urgentno ambulantno.

Tabela 1: Kategorije obravnave pacienta in maksimalni čas čakanja do obravnave

BARVA	TRIAŽNA OZNAKA	ČAS DO PREGLEDA PRI ZDRAVNIKU	PACIENTI, KATERIH ZDRAVSTVENO STANJE...
	TAKOJŠNJI	0 minut	... zahteva takojšnje ukrepe za ohranitev / povrnitev življenjskih funkcij (oživljanje).
	ZELO NUJNI	10 minut	... je tako resno, da bi brez hitre pomoči njihovo življenje bilo ogroženo.
	NUJNI	60 minut	... je resno in potrebujejo prednostno obravnavo pri zdravniku.
	STANDARDNI	120 minut	... ne zahteva posebnih hitrih intervencij.
	NENUJNI	240 minut	... je že daljše časovno obdobje nespremenjeno.

ČAKALNA VRSTA V UKB

Za večjo varnost, boljši pregled in boljšo obveščenost pacientov ter za delovanje v skladu z zgoraj omenjenimi navodili Ministrstva za zdravje je bilo potrebno nadgraditi tudi bolnišnični informacijski sistem. Podjetje SRC Infonet je za svoj informacijski sistem BIRPIS 21, ki ga uporabljamo v UKB, izdelalo modul za razporejanje čakajočih na urgenci. V UKB je v uporabi od meseca maja 2012.

Zdravstvena administratorica ob administrativnem vpisu pacienta v informacijski sistem označi tudi triažno oznako, ki jo je v triažnem postopku določila medicinska sestra. S tem uvrsti pacienta v čakalni seznam oziroma v čakalno vrsto, ob tem pa se v informacijski sistem BIRPIS 21 samodejno shrani čas prihoda pacienta. Čakalna vrsta je zaradi varovanja osebnih podatkov anonimna, zato se določi številko (ID pacienta), katero prejme natisnjeno na listku. V čakalni seznam je pacient uvrščen na osnovi rezultata triažnega postopka. Ob prvem pregledu pacienta v ambulanti se status (ID pacienta) spremeni iz rubrike »čakajoči pacienti«

v rubriko »obravnavani pacienti«. Postopek opravi zdravstvena administratorka v ambulanti ob pričetku obravnave s klikom v posebno okno informacijskega sistema, kamor se zabeleži tudi čas medicinskega sprejema. Ob zaključku obravnave pacienta v UKB pa se številka pacienta (ID pacienta) izbriše iz čakalne vrste. V informacijski sistem BIRPIS 21 se shrani čas medicinskega zaključka.

Pacienti lahko na zaslonih v čakalnici spremljajo dogajanje in približno predvidijo, kdaj bodo na vrsti za obravnavo. Poleg tega lahko spremljajo tudi obvestila UKB in aktualne dnevne novice, ki se sinhronizirajo z interaktivnim multimedijским portalom MMC RTV SLO. Izmenično se na monitorjih prikazujejo tudi zdravstveno-vzgojne vsebine ter zabavne vsebine za otroke (risanke).

ČAKAJOČI PACIENTI			OBRAVNAVANI PACIENTI		
ID PACIENTA	CAS PRIHODA	CAS ČAKANJA	ZAP. ŠT.	CAS PRIHODA	
1045	11:47	00:59	1	1049	11:38
1052	12:16	00:30	2	1010	09:41
1055	12:33	00:13	3	0788	11:14
1066	12:36	00:10	4	1043	11:43
1057	12:39	00:07	5	1013	09:48
1058	12:42	00:04	6	1014	09:51
1030	11:01	01:45	7	1018	10:10
1035	11:21	01:25	8	1024	10:48
1050	11:50	00:47	9	1032	11:08
			10	1036	11:25
			11	1037	11:26
			12	1039	11:31
			13	1046	11:49
			14	1048	11:55
			15	1051	12:12
			16	1054	12:31
			17	1002	00:19
			18	1008	09:34
			19	1011	09:41
			20	1020	10:14

UKC Ljubljana
Kirurška klinika - Urgentni kirurški blok

SOBOTA 17.11.2012 **12:46**

vir: rtvslo.si

GORIČANI NEUGODNI ZA MARIBOR, A NE V ZADNJEM ODBOBU
Nogometaši Maribora bodo pred gostovanjem v Atenah pripravljenost preverjali danes ob 14. uri, ko jih v Novi Gorici čaka obratni 19. kroga Prve lige.

Sobota 2°C | Nedelja 7°C

VRSTNI RED OBRAVNAVE DOLOČAMO GLEDE NA STOPNJO NUJNOSTI IN ČAS ČAKANJA. | PREDNOST PRI OBRAVNAVI IMAJO ŽIVLJENJSKO OGROŽENI

Slika 1: Zunanji zaslon, namenjen pacientom (UKC Ljubljana)

Zaradi boljšega pregleda nad čakajočimi in obravnavanimi pacienti tudi zaposleni spremljamo čakalno vrsto. To nam omogoča zaslon, ki je nameščen na notranjem hodniku. Nanj ima vpogled le zdravstveno osebje. Nabor podatkov je širši kot na zunanjih zaslonih, saj je poleg teh mogoče videti tudi ime in priimek pacienta, skupni čas čakanja in vpisno številko oziroma številko kartona pacienta. Preko povezave lahko čakalno vrsto spremljamo tudi na drugih računalnikih v UKB.

Čakajoči pacienti						Obravnavani pacienti					
ZAP. ŠT.	ID PACIENTA	IME IN PRIIMEK	ČAS PRIHODA	ČAS ČAKANJA	ŠTEVILKA KARTONA	ZAP. ŠT.	ID PACIENTA	IME IN PRIIMEK	ČAS PRIHODA	ČAS ČAKANJA	ŠTEVILKA KARTONA
1	1048		11:55	00:25	61048/12	1	1049		11:58	00:22	61049/12
2	1051		12:12	00:08	61051/12	2	1010		09:41	02:39	61010/12
3	1041		11:38	00:42	61041/12	3	0708		11:14	01:06	60708/12
4	1042		11:40	00:40	61042/12	4	1043		11:43	00:37	61043/12
5	1044		11:44	00:36	61044/12	5	1013		09:48	02:32	61013/12
6	1045		11:47	00:33	61045/12	6	1014		09:51	02:29	61014/12
7	1047		11:52	00:28	61047/12	7	1018		10:10	02:10	61018/12
8	1052		12:16	00:04	61052/12	8	1024		10:48	01:32	61024/12
9	1029		10:58	01:22	61029/12	9	1032		11:08	01:12	61032/12
10	1030		11:01	01:19	61030/12	10	1036		11:25	00:55	61036/12
11	1035		11:21	00:59	61035/12	11	1037		11:26	00:54	61037/12
12	1050		11:59	00:21	61050/12	12	1039		11:31	00:49	61039/12
						13	1046		11:49	00:31	61046/12
						14	0999		07:10	05:10	60999/12
						15	1002		08:19	04:01	61002/12

Slika 2: Notranji zaslon, namenjen zdravstvenemu osebju (UKC Ljubljana)

Pretek maksimalnega časa čakanja

Kadar je v obravnavi večje število pacientov ali pa so obravnave dolgotrajnejše in zahtevnejše, nas v primeru preteka maksimalnega časa čakanja pacienta informacijski sistem na to samodejno opozori deset minut pred pretekom maksimalnega časa čakanja.

Na vseh računalnikih, kjer je odprto okno BIRPIS 21, se nam odpre posebno okno z obvestilom, ki ga moramo zapreti za nadaljevanje dela. Opozorilo vsebuje triažno kategorijo, ime in priimek ter čas čakanja pacienta. To vrsto opozorila je možno tudi izklopiti, saj je v primeru velikega števila pacientov in posledično številčnejših pretekov precej moteče za tekoče delo.

Drugo vrsto opozarjanja nam omogoča sama čakalna vrsta, na kateri se pri tistih pacientih, kjer je pretekel maksimalni čas čakanja, ta obarva rdeče. Te vrste opozorila ni možno izklopiti. Prikaže se le na notranjem LCD zaslonu, ki je namenjen zdravstvenemu osebju. Ob prekoračitvi maksimalnega čakalnega časa triažna medicinska sestra izvede retrižo.

PREDNOSTI IN POMANJKLJIVOSTI TRIAŽE IN ČAKALNE VRSTE

- Glavna **prednost** je vsekakor višja kakovost oskrbe pacientov s poudarkom na varnosti – bolj celostna oskrba pacientov. Že ob prihodu so obravnavani s strani ustrezno izobražene triažne medicinske sestre, ki jih na osnovi njihovih potreb uvrsti v čakalno vrsto in jim določi prioriteto obravnave. Tako na pregled k zdravniku najprej pridejo tisti, ki najhitreje potrebujejo nujno medicinsko pomoč.
- Ker triažna medicinska sestra izvaja triažo na osnovi določenih algoritmov in kriterijev, to pomeni pravnoformalno zaščito njenega dela (Zafošnik, Zafošnik Lavrenčič, 2011).
- Nadzor zdravstvenega osebja nad časom obravnave posameznega pacienta je olajšan in s pomočjo računalniškega sistema tudi veliko bolj pregleden.

- Obveščенost pacientov je bistveno boljša. Včasih so lahko predviden čas obravnave samo ugibali na osnovi zasedenosti čakalnice in po izkušnjah ostalih čakajočih. Sedaj spremljajo čakalno vrsto na zaslonih in tako sami ocenijo predviden čas obravnave. Hkrati lahko spremljajo tudi ostale vsebine, kar jim olajša čakanje na pregled.
- S sistematičnim razvrščanjem in obveščanjem pacientov v času obravnave se je tudi zelo povečalo zadovoljstvo pacientov z oskrbo v naši enoti.
- Čakalna vrsta s hranjenimi podatki zagotavlja zelo uporabno bazo podatkov za različne analize in raziskave.

Največja **pomanjkljivost** obstoječega sistema dela je v tem, da se postopek triaže še vedno dokumentira ročno na poseben obrazec, ki seveda ni računalniško povezan s čakalnimi vrstami ter se ne shranjuje neposredno v informacijski sistem. Tja se shrani samo triažna kategorija pacienta, ki jo vnese zdravstvena administratorka ob vpisu pacienta. Tudi v tem segmentu se nam obetajo izboljšave, saj se na nacionalni ravni pripravlja sistem E-Triaže, ki bo v povsem digitalizirani obliki in kot takšen seveda ustrezen dodatek k obstoječemu informacijskemu sistemu. Hkrati pa bo prijaznejši do uporabnikov – triažnih medicinskih sester, saj ne bo potrebno več pisanje, ampak se bodo podatki vnašali le še s klikanjem.

ZAKLJUČEK

Triaža na urgenci je relativno sodoben fenomen, saj je bil prvič predstavljen leta 1950 v ZDA (Gilboy, Travers, Wuerz, 1999). Do današnjih dni so strokovnjaki triažne sisteme izpopolnili do te mere, da so danes nepogrešljivi in celo obvezni pri sprejemu pacientov v urgentno obravnavo v večini razvitih držav. Obstaja več triažnih sistemov, vendar so razlike med njimi le v podrobnostih, ne pa tudi v sami filozofiji – razvrščanju (Hughes, 2006).

Proces triažiranja, ki se začne s prihodom pacienta na urgentni oddelek, poteka tudi v nadaljnjih fazah njegove obravnave. Triaža je klinični krizni management, uporaben na urgentnih oddelkih za varno vodenje pretoka pacientov, ko klinična nuja prekaša kapacitete (Mackway Jones, Marsden, Windle, 2006). Razvoj triažnih sistemov bo v prihodnosti zagotovo temeljil na sposobnosti ločevanja »zahtev« od »potreb« (Robertson Steel, 2006).

LITERATURA

- Christ M, Grossmann F, Winter D, Bingiser R, Platz E. Modern triage in the emergency department. Dtsch Arztebl Int. 2010; 107 (50): 892–8.
- Čander D. Uvajanje triaže v sistem NMP. In: Vajd R, Gričar M, eds. Urgentna medicina – izbrana poglavja 2013. Dvajseti mednarodni simpozij o urgentni medicini, Portorož, 13.–15. junij 2013. Ljubljana: Slovensko združenje za urgentno medicino; 2013: 52–5.
- Gilboy N, Travers D, Wuerz R. Re-evaluating triage in the new millennium: a comprehensive look at the need for standarization and quality. J Emerg Nurs. 1999; 25: 468–73.

- Hughes G. Triage – evolution or extinction? *Emerg Med J.* 2006; 23: 88.
- Mackway Jones K, Marsden J, Windle J, eds. *Emergency triage – 2nd edition.* Manchester Triage Group. Oxford: Blackwell Publishing; 2006.
- Ministrstvo za zdravje Republike Slovenije. Program usposabljanja za izvajanje službe nujne medicinske pomoči – triaža. Ljubljana: Ministrstvo za zdravje Republike Slovenije; 2013. Dostopno na:
http://www.mz.gov.si/si/delovna_podrocja/zdravstveno_varstvo/kakovost_in_varnost_sistema_zdravstvenega_varstva/sistem_nujne_medicinske_pomoci_v_republiki_sloveniji/izobrazevanje/program_usposabljanja_za_izvajanje_sluzbe_nujne_medicinske_pomoci_triaza/ (29. 1. 2014).
- Navodila za sprejem pacientov v zdravstveno oskrbo v ambulantah nujne medicinske pomoči. Ministrstvo za zdravje Republike Slovenije št. 183-98/2010/3.
- Odredba o določitvi programa usposabljanja za izvajanje službe nujne medicinske pomoči »Triaža v sistemu nujne medicinske pomoči v Republiki Sloveniji«. Uradni list Republike Slovenije št. 15/2013.
- Pravilnik o službi nujne medicinske pomoči. Uradni list Republike Slovenije št. 106/2008.
- Robertson Steel I. Evolution of triage systems. *Emerg Med J.* 2006; 23: 154–5.
- Zafošnik U, Zafošnik Lavrenčič P. Prenova procesa sprejema bolnika na urgenci – pridobitve z uvedbo Manchesterskega sistema triaže. In: Vajd R, Gričar M, eds. *Urgentna medicina – izbrana poglavja 2011. Osemnajsti mednarodni simpozij o urgentni medicini, Portorož, 15.–18. junij 2011.* Ljubljana: Slovensko združenje za urgentno medicino; 2011: 167–9.

USTNA NEGA PRI PACIENTIH OB KONCU ŽIVLJENJA

ORAL CARE IN PATIENTS AT THE END OF LIFE

Branka Červ, prof. zdr. vzg.

Univerzitetni klinični center Ljubljana, Kirurška klinika

branka_cerv@hotmail.com

IZVLEČEK

Ob koncu življenja ima večina pacientov težave povezane z usti, kot so suha usta, razjede in infekcije v ustih ter bolečine. Za čim boljšo kakovost njihovega življenja je zato dobra ustna nega ključnega pomena. Ta se začne z redno vsakodnevno oceno stanja ustne votline ter nadaljuje s čiščenjem in vlaženjem ust ter po potrebi z zdravljenjem težav, kadar se te pojavijo. Na ta način je mogoče pomembno zmanjšati trpljenje pacientov ob koncu življenja in prispevati h kakovosti življenja njih samih ter njihovih bližnjih. Ta članek skuša predstaviti najnovejše zaključke v paliativni oskrbi in priporočene prakse glede ustne nege pri pacientih ob koncu življenja.

Ključne besede: ustna nega, paliativna oskrba, konec življenja

ABSTRACT

The majority of patients at the end of life have problems regarding oral health which comprise dry mouth, ulcerations and infections of mouth, and pain. The provision of good oral care is therefore of crucial importance for good quality of their life. Oral care starts with regular daily mouth assessment and continues with mouth cleaning, moistening and treatment of oral problems whenever needed. That way we can significantly reduce suffering of patients at the end of life and contribute to better quality of their and their family members lives. This paper tries to present the latest findings in palliative care and recommended practices regarding oral care in patients at the end of life.

Keywords: oral care, palliative care, end of life

UVOD

Razpravljanje o ustni negi pri pacientih ob koncu življenja se morda zdi nesmiselno, saj ustna nega sodi med tiste postopke zdravstvene nege, ki se izvajajo vsakodnevno (Piper, 2008) in za katere je vsem jasno, kako naj bodo opravljeni. Pri opazovanju klinične prakse in v raziskovalnih študijah pa se pokaže, da je ustna higiena pogosto zapostavljeno področje zdravstvene nege (Kinley, Brennan, 2004; Southern, 2007; Gravlin, Phoenix Bittner, 2010) in da se še posebno redko dogaja, da bi medicinske sestre redno pregledovale in ocenjevale stanje ustne votline pacientov (Gillam, Gillam, 2006) ter na osnovi tega načrtovale ustno nego.

Če prisluhnemo ugotovitvam študije, v kateri Jobbins in sodelavci (1992) poročajo, da je imelo kar 89 % od 197 pacientov živečih v hospicju težave povezane z ustno votlino, si lažje predstavljamo, kako pomembno vlogo ima ustna nega in posledično čista ter neboleča usta pri dobrem počutju pacientov ob koncu življenja (Gillam, Gillam, 2006). Stanje pacientove ustne votline je odraz kakovosti zdravstvene nege in paliativne oskrbe (Lee, et al., 2001) in nekaj kar obiskovalci hitro opazijo (Piper, 2008).

Namen članka je prispevati k čim boljši praksi ustne nege pacientov ob koncu življenja. V ta namen so predstavljene priporočene sodobne usmeritve opisane v literaturi.

USTNA NEGA IN NJEN POMEN OB KONCU ŽIVLJENJA

Pacienti imajo ob koncu življenja zelo pogosto težave s suhimi usti (Rohr, Adams, Young, 2010). Poleg tega se spopadajo tudi z bolečino v ustih, glivičnimi, virusnimi in bakterijskimi infekcijami, slabim prileganjem zobne proteze in težavami s požiranjem (Wiseman, 2006), kar vpliva na to, da slabše spijo, se težko hranijo, imajo težave pri požiranju zdravil in s težavo komunicirajo s svetom (Rohr, Adams, Young, 2010). Tabela 1 prikazuje razširjenost različnih simptomov povezanih z usti, kot je bila ugotovljena v dveh raziskavah o ustnem zdravju in boleznih ob koncu življenja (Dion, Lapointe, 2005; Jobbins, et al., 1992).

Tabela 1: Razširjenost z zdravjem ust povezanih simptomov v paliativni oskrbi (Dion, Lapointe, 2005)

Simptom	Razširjenost (%)	
	Jobbins in sod.	Aldred in sod.
Sprememba okusa	37	26
Težave pri požiranju	35	37
Bolečine v ustih	33	42
Suha usta	77	58
Kandidoza	85	70
Težave z zobno protezo	45	71

Strokovnjaki sklepajo, da obstaja povezava med bakterijami, ki so prisotne v ustih in tistimi, ki povzročajo pljučnico in da je slaba ustna nega pomemben dejavnik pri nastanku aspiracijske pljučnice pri starejših ljudeh (Pace, McCullough, 2010). To že tako hudo prizadetim osebam povzroča dodatne težave in lahko močno poslabša kakovost njihovega življenja (Wiseman, 2006; Hein, Schonwetter, Iacopino, 2011). Iz povedanega lahko povzamemo, da je posamezniku prilagojena redna ustna nega temelj dobre paliativne oskrbe še posebno za paciente ob koncu življenja.

Ustno nego pri pacientih ob koncu življenja sestavlja več dejavnosti: ocena stanja ust, čiščenje ust in zob, vlaženje ust in spodbujanje izločanja sline ter odpravljanje ustnega zadaha, obloženega jezika, kandidoze (Sheehy, Shaw, 2012) in bolečine, ki ji lahko botrujejo težave z zobmi ali zobno protezo, razjede ali vnetje (Piper, 2008).

OCENA USTNE VOTLINE

Na splošno velja, da mora biti ocena ust v paliativni oskrbi narejena ob sprejemu oziroma v 24 urah od sprejema in nato redno vsak dan. Ocena se oblikuje skozi pogovor s pacientom o ustni higieni in navadah v zvezi s tem, o možnih težavah glede ust in zob ter s pregledom stanja zob, dlesni, ustne sluznice, jezika in ustnic (Piper, 2008). Preprosto a ključno vprašanje, na katerega poskušamo pri tem odgovoriti je, ali so ustna sluznica, zobje in jezik obloženi ter ali so usta suha, boleča ali vneta (MacLeod, Vella Bricat, Macleod, 2012).

V Hospicu Sv. Krištofa so oblikovali zelo uporabno vodilo za oceno ust (Tabela 2), ki se ob pacientovi privolitvi opravlja vsakodnevno (Piper, 2008). Pri pregledu ust si pomagamo z baterijsko svetilko in loparčkom. Pomembno je, da je takrat zobna proteza odstranjena (Rohr, 2012).

Včasih se pacientom zdi, da so težave z zobmi in ustno votlino neizogibne ali pa se jim zdijo glede na resnost osnovnega obolenja nepomembne in jih pogosto »pozabijo« omeniti medicinski sestri ali zdravniku (Rohr, Adams, Young, 2010). Natančna ocena ust torej zahteva, da se pozanimamo o tem, ali ima pacient občutek suhih ust, bolečine, razjede, slabo prilegajočo protezo, ali se mu spreminja oziroma izgublja okus, ali zaznava ustni zadah, spremembo glasu ali pa težave oziroma bolečine pri požiranju (Rohr, 2012).

Dobro se je že ob oceni stanja zavedati raznih dejavnikov tveganja za zaplete glede ustnega zdravja, ki so prisotni pri slabotnih pacientih ob koncu življenja. To tveganje se lahko pojavi pri starejših ljudeh, ki jemljejo različna zdravila za kronične bolezni in katerih finančno stanje je šibko ter družbeni položaj nizek (Peterson, Yamamoto, 2005). Poleg tega je v paliativni oskrbi v uporabi mnogo zdravil, ki pacientom lajšajo določene težave, a istočasno povzročajo suha usta in tako onemogočajo zaščitno delovanje sline na ustno sluznico in zobe (Sweeney, Bagg, 2000; Sheehy, Shaw, 2012). Takšna zdravila so med drugim opioidi, diuretiki, steroidi, antikonzulzivi, antidepresivi, antipsihotiki in antihistaminiki (Piper, 2008; Rohr, 2012). Suha usta povzroča tudi zdravljenje s kisikom (Rohr, 2012). Uporaba zobne proteze je ob koncu življenja pogost dejavnik tveganja za razvoj kandidoze (Wiseman, 2006). Drugi dejavniki tveganja pa so lahko še utrujenost in slabotnost, slabost in bruhanje, nezmožnost uživanja hrane in pijače, zmedenost, depresija (Hanson, 2004) in zmanjšana odpornost.

Dnevna ocena stanja ust naj bo dokumentirana. Tak zapis je v pomoč sodelavcem, ki prav tako skrbijo za pacienta, hkrati pa služi kot pomoč pri pravočasnem odločanju o morebitni dodatni strokovni pomoči, če se stanje pacientovega zdravja ust poslabša. Ocena ustne votline je nujna podlaga za načrtovanje ustne nege in nadaljnje oskrbe (Tabela 3).

Tabela 2: Vodnik za dnevno oceno ust (Piper, 2008)

Opis	Primerni razdelki na prikazu ukrepov
Zobje čisti in prekriti s sklenino. Dlesni rožnate in tesno prilegajoče. Sluznica in nebo rožnata in vlažna. Jezik čist, rožnat in vlažen. Dno ustne votline rožnato z jezercem sline. Ustnice gladke, rožnate in vlažne.	Glej razdelek o zdravih ustih .
Jezik suh, obložen, razpokan. Sluznica ranjena in/ali boleča. Ni jezera sline. Suhe in razpokane ustnice.	Glej razdelek o suhih ustih (kserostomija).
Bele/rumene obloge na površini sluznice, ponavadi opazne na bukalnem delu sluznic (sluznica na notranji strani lic), jeziku in dlesnih. Lahko se pojavijo tudi na mehkem nebu, v govtu, na jezičku in mandljih, kjer povzročajo motnje pri požiranju. Obloge se lahko zlivajo in prekrivajo celotno ustno sluznico. Ob odstranitvi se razkrije rdečina (eritem), ki lahko zakrvavi.	Pseudomembranozna kandida: glej razdelek o kandidozi .
Ni oblog, pač pa pordela področja v ustni votlini. To lahko sledi zdravljenju z antibiotiki ali kortikosteroidi.	Atrofična (eritematozna) kandidoza: glej razdelek o kandidozi .
Kronična rdečina in edem pod zgornjo zobno protezo. Sluznica pod spodnjo zobno protezo je redko prizadeta.	Vnetja ustne sluznice (stomatitis): glej razdelek o kandidozi .
Rdečina, kraste in krvavitev v ustnih kotih (lahko nastane tudi zaradi pomanjkanja železa ali vitamina B ₁₂).	Razpoke ustnih kotov (angularni heilitis): glej razdelek o kandidozi .
Bele zaplate prilepljene na pordele površine. Pogosto prisotne na notranji strani lic za ustnimi koti.	Pomisli na levkoplakijo . To je premaligno stanje, ki ga je morda potrebno podrobneje preiskati.
Omejena (lokalizirana) področja bolečine zaradi mehničnega vzroka, na primer zoba ali zobne proteze.	Glej razdelek o bolečih ustih .
Razširjena rdečina sluznic, ki se razvije v razjede (ulceracije) in odpadanje tkiva. Ponavadi se pojavi nekaj dni po kemoterapiji in/ali radioterapiji, kjer polje obsevanja zajame ustno sluznico.	Vnetje ustne sluznice (mukozitis): glej razdelek o bolečih ustih .
Področja razjed (kraterji obrobljeni z vnetjem). Razjede lahko povzročijo majav oster zob ali ostri rob zobne proteze. Lahko jih povzročijo virus herpes simpleks. Stanje mora v tem primeru oceniti zdravnik še isti dan, saj je za uspešnost zdravljenja herpetične razjede s tem potrebno pričeti v roku 48 ur.	Razjede: glej razdelek o bolečih ustih .

Tabela 3: Prikaz ukrepov glede na oceno stanja ust (Piper, 2008)

Zdrava usta	<ol style="list-style-type: none"> 1. Dnevno oceni, ali je prišlo do sprememb v ustih. 2. Ustna nega z zobno ščetko z majhno glavo in mehкими vlakni, zobno kremo ali gelom in vodo zjutraj ter zvečer. Če pacient ne prenese zobne ščetke, lahko usta spira z 0,2 % (po nekaterih navedbah zadošča 0,12 % raztopina (Dion, Lapointe, 2005)) klorheksidinjevimi glukonatom 10 ml 2x/dan. 3. Če je pacient nezavesten, očistimo usta z gobico in vodo oziroma klorheksidinom (Sheehy, Shaw, 2012). 4. Ustnice navlažimo z vlažilnim gelom. 5. Zobno protezo pred spanjem odstranimo, jo očistimo s tekočim milom in vodo in jo shranimo v hladni vodi.
Suha/obložena usta (kserostomija)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Preglej zdravila, ki jih prejema pacient. 2. Ustna nega kot zgoraj. 3. Uporaba spodbujevalca izločanja ali nadomestka sline. 4. Pogosto ponudimo tekočino (vodo) ali led za sesanje (koščki, ledena lizika). 5. Ustnice navlažimo z vlažilnim gelom.
Ustna kandidoza	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ustna nega kot za zdrava usta. 2. Zdravilo prvega izbora: nistatin 5 ml 4x/dan po hrani, ki ga je potrebno zadržati v ustih 1 minuto. 3. Zdravilo drugega izbora: flukonazol 100 mg 5 dni (če je prizadeto grlo, je to zdravilo prvega izbora). 4. Za razpokane koticke ust (vnetje ustnic) mikonazol gel. 5. Pred dajanjem nistatina odstranimo zobno protezo in jo pred ponovno namestitvijo splaknemo. 6. Pred spanjem odstranimo zobno protezo, jo očistimo s tekočim milom in vodo ter shranimo potopljeno v 1 % natrijev hipoklorit, če je zobna proteza plastična ali v 0,2 % klorheksidinjev glukonat, če je zobna proteza kovinska.
Boleča usta	<p>Zaradi zob, zobnih protez ali kariesa:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pacienta napotimo k zobozdravniku. 2. Bolečino lajšamo razmeram primerno. <p>Zaradi razjed v ustih:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Za zdravljenje infekcij uporabimo klorheksidinjevo ustno vodo 10 ml 2x/dan. 2. Izpiranje ust s toplo slano raztopino (1 čajna žlička soli v 250 ml prevrete in ohlajene vode). 3. Uporabimo kortikosteroid lokalno. 4. Če gre za herpetično razjedo na ustnicah, uporabimo 5 % aciklovir v kremi 5x/dan 5 dni. 5. Če se pojavi herpetična razjeda v ustih, uporabimo aciklovir tablete ali suspenzijo 200 mg 5x/dan 5 dni. <p>Zaradi mukozitisa (vnetje mukoznih membran v ustih in grlu):</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ustna voda s klorheksidinjem 10 ml 2x/dan (pozor: lahko poslabša bolečino). 2. Razmislimo o protivnetni raztopini za izpiranje ust (npr. Tantum Verde) in površinskem lokalnem anestetiku (npr. lidokain gel). 3. Razmislimo o zaščitnem sredstvu (npr. Gelclair). 4. Razmislimo o sistemski analgetični terapiji. 5. Če mukozitis povzroča stafilokok, flukloksacilin 250–500 mg/6 ur. 6. Po nekaterih navedbah je za lajšanje težav pri razjedah in vnetjih v ustih priporočena uporaba medicinskega medu (Molan, 2001; Bardy, et al., 2008; El-Haddad, Shawaf, 2013).

Zaradi raka:

1. Pri malignih razjedah, flukloksacilin 250–500 mg/6 ur.

ČIŠČENJE UST IN ZOB

Kadar zobnih oblog ne odstranimo, bakterije iz njih lahko prodrejo v zob in povzročijo bolečino (Cooley, 2002). Obloge v ustih in ostanki hrane so osnova za razrast bakterij in vzrok za ustni zadah, ki je neprijeten tako za pacienta (Piper, 2008) kot za okolico in otežuje komunikacijo. Najučinkovitejši način za odstranitev oblog je redno dvominutno ščetkanje zob vsaj dvakrat na dan z majhno in mehko zobno ščetko ter majhno količino zobne kreme ali gela (Coleman, 2002). Gobice niso primerno nadomestilo za zobno ščetko, saj oblog ne odstranijo, ampak jih pritisnejo ob zobe. Poleg tega predstavljajo nevarnost za zadušitev pacienta, če se snamejo z držala (Huskinson, Lloyd, 2009).

Po ščetkanju naj si pacient dobro spere usta z vodo, saj zobna krema ali gel sušita ustno sluznico (Sheehy, Shaw, 2012). Izpiranje z vodo je primerno tudi za odstranjevanje ostankov hrane in vlaženje ustne sluznice (Sheehy, Shaw, 2012). Klorheksidinijevo raztopino uporabljamo, kadar želimo delovati proti bakterijam in glivicam (Sheehy, Shaw, 2012). Kadar pacient to raztopino težko prenaša, lahko uporablja 0,9 % raztopino natrijevega klorida (fiziološka raztopina), ki ne draži, a ima protibakterijske lastnosti (Sheehy, Shaw, 2012). Pomembno je, da ne uporabljamo ustne vode, ki vsebuje alkohol, ker ta draži in suši ustno sluznico (Wiseman, 2006).

Mnogi pacienti ob koncu življenja težko sami skrbijo za higieno ust in težko sodelujejo pri tem, ker imajo težave s požiranjem, saj so zelo zaspani ali pa se ne zavedajo okolice. V tem primeru si lahko pri ustni negi izjemoma pomagamo z gobico, ki jo namočimo v razredčeno klorheksidinijevo raztopino, jo dobro ožmemo in s tem poskusimo očistiti obloge z zob, jezika in ustne sluznice. Pri tem pazimo, da veliki kosi oblog ne padejo v pacientovo žrelo (Stout, et al., 2009). Ker se lahko gobica sname z držala, pred uporabo preverimo, ali se trdno drži držala in ne uporabljamo gobice, ki se je pred tem namakala v tekočini, kar povečuje možnost, da se bo snela (Sheehy, Shaw, 2012).

Za zobno protezo velja, da je najbolje, če jo pacient odstrani, oščetka z blagim milom in spere z vodo po vsakem obroku. Zobnim kremam se pri čiščenju zobne proteze izogibamo, ker lahko na njej pustijo praske. Vsekakor pa zobno protezo pacient odstrani in očisti zvečer pred spanjem. Usta naj splakne in dlesni rahlo oščetka z mehko zobno krtačko (Sheehy, Shaw, 2012).

VLAŽENJE UST IN SPODBUJANJE IZLOČANJA SLINE

Pacienti imajo ob koncu življenja pogosto suha usta. Če se le da, pregledamo zdravila, ki jih tak pacient prejema in poskusimo zamenjati tista, ki usta sušijo (Dion, Lapointe, 2005). Pogosto v paliativni oskrbi to ni mogoče, zato je dobra ustna nega še toliko pomembnejša za kakovost pacientovega življenja. Poleg rednega čiščenja je nujno vlaženje ust. Za vlaženje imajo pacienti ob koncu življenja največkrat najraje vodo. Vlaženje naj poteka pogosto, podnevi in ponoči, da preprečimo zlepljanje in omogočimo premikanje ust ter požiranje (Rohr, Adams, Young, 2010). Namesto vode lahko uporabljamo tudi blag zeliščni čaj, na

primer žajbljevega, ki deluje blago antiseptično. Usta je mogoče vlažiti s sesanjem koščkov ledu ali ledenih lizik ter z napol zmrznjenim ali zmrznjenim sadnim sokom. Dokler lahko pacient pije, so mu majhni požirki vode, sokov ali zeliščnega čaja prav tako v pomoč, zato naj ima tekočino vedno na dosegu roke. Pri zelo onemoglih, ki si sami ne morejo pomagati, je učinkovit način vlaženja ust z vodo, ki jo na ustno sluznico nanašamo s pomočjo razpršilca (Dion, Lapointe, 2005).

Za lajšanje občutka suhih ust se lahko uporablja nadomestke sline v raznih oblikah. Nanesemo jih po ustih in na ustnice (Sheehy, Shaw, 2012). Ker je čas njihovega učinkovanja omejen, jih lahko uporabljamo tako pogosto, kot je potrebno, da ostanejo sluznice vlažne. Nekaterim pacientom okus in občutek nista vseč (Dion, Lapointe, 2005), zato se raje poslužujejo vode.

Za spodbujanje nastajanja sline je primerno žvečenje žvečilnega gumija brez sladkorja, če seveda ni nevarnosti, da bi prišlo do zadušitve. V eni izmed raziskav je na primer 69 % pacientov izjavilo, da imajo raje žvečilni gumi kot umetno slino (Davies, 2000).

Glicerinske palčke z okusom limone za vlaženje ust niso primerne. V začetku uporabe spodbujajo izločanje sline, kar privede do izčrpanja refleksa slinjenja (Rohr, 2012). Kislina limone draži sluznico in demineralizira zobe, glicerin pa vpija vlago iz okolja in dodatno suši ustno sluznico (Miller, Kaerney, 2001). Coleman (2002) zato sklepa, da so glicerinske palčke z okusom limone neučinkovite tako za čiščenje kot za vlaženje ustne votline. To je razlog, da v paliativni oskrbi njihovo uporabo odsvetujemo in se poslužujemo drugih, učinkovitejših načinov za vlaženje ust.

Podobno je odsvetovana uporaba vazelina. Ta iz nafte pridobljen izdelek vpija vlago iz okolja in tako suši sluznico. Lahko tudi prekrije škodljive bakterije, ki jih slina in voda ne moreta izprati iz ustne votline. Za paciente, ki se zdravijo s kisikom, pa so iz nafte pridobljeni izdelki dodatno nevarni zaradi možnosti vžiga (Wiseman, 2006). Za vlaženje ustnic je primernejši vodotopni vlažilni gel (Piper, 2008) ali pa balzami za ustnice narejeni iz čebeljega ali rastlinskih voskov, karitejevega masla in rastlinskih olj.

Po nekaterih študijah je za lajšanje težav s suhimi usti učinkovita akupunktura (Dion, Lapointe, 2005). Dobro je tudi, da skrbimo za primerno vlažnost prostorov in da pacientu hrano mehčamo tako, da ji dodamo mleko, juho, omako ali stopljeno maslo ter da hrano pretlačimo. Vlažilno deluje tudi olivno olje, ki ga namažemo na sluznice. Izogibamo se suhi hrani, kot je na primer prepečenec in seveda tobaku, alkoholu in kavi, ker dodatno sušijo ustno sluznico (Dion, Lapointe, 2005). Podobno se izogibamo citrusom, kislemu sadju in sadnim sokovom ter kisu, ki ustno sluznico dražijo.

ODPRAVLJANJE USTNEGA ZADAHA, OBLOŽENEGA JEZIKA, KANDIDOZE IN BOLEČINE

Ustni zadah pacientom slabša samopodobo, jih spravlja v zadrego in zavira njihovo komunikacijo s svetom. Največkrat je posledica slabe ustne higiene, zadrževanja ostankov hrane ter bakterijskih oblog na zobeh in jeziku ter posledičnega vnetja dlesni in okvare zob. Suha usta in uporaba zobne proteze stanje še dodatno slabšajo (Cortelli, Barbosa, Westphal, 2008; Porter, 2011; Porter, Scully, 2006). Ustni zadah je najbolje preprečevati oziroma lajšati

z dobro ustno higieno. Pri tem moramo očistiti površino zob, medzobne prostore in obloge na jeziku. Priporočeno je tudi izpiranje ust s klorheksidinijevo raztopino, s čimer zmanjšamo število bakterij v ustih (Cortelli, Barbosa, Westphal, 2008; Piper, 2008).

Obloge na jeziku lahko nastanejo kot posledica pomanjkanja sline, dehidracije ali dihanja skozi usta (Sheehy, Shaw, 2012). Poleg rednega čiščenja ust se lahko uporablja ananas v obliki nesladkanega soka ali koščkov svežega ali nesladkanega konzerviranega ananasa, ki topi obloge na jeziku (Regnard, Allport, Stephenson, 1997) in spodbuja slinjenje (Sheehy, Shaw, 2012). Dobro lahko očistimo jezik tudi s strgalom (Sheehy, Shaw, 2012) ali z mehko zobno ščetko. Ker pri tem lahko jezik ranimo, je priporočljivo preprečevanje nastanka oblog na jeziku z rednim čiščenjem in vlaženjem ust (Sheehy, Shaw, 2012).

Suha usta in zmanjšana odpornost lahko privedeta do težav, ki resno poslabšajo kakovost življenja pacientov ob koncu življenja. Dobra ustna higiena in vlaženje ust v tem primeru ne zadoščata. K sodelovanju je potrebno povabiti zdravnika, ki lahko predpiše zdravila potrebna za izboljšanje stanja.

Kandidoza je oportunistična infekcija, ki se pogosto pojavi pri pacientih, ki imajo suha usta, zmanjšano odpornost in uporabljajo zobno protezo. Kaže se kot kremasta rumena ali bela obloga na jeziku, dlesnih ali notranji strani lic. Lahko je boleča in ob odstranitvi se lahko pojavi krvavitev (Davies, 2006). Kot je prikazano v Tabeli 3, se kandidoza lahko zdravi z nistatinom ali flukonazolom. Pri tem je pomembno redno čiščenje zob in ust ter redno večerno odstranjevanje in čiščenje zobne proteze (Piper, 2008).

Bolečine v ustih imajo lahko različne vzroke. Kadar težavo predstavljajo zobje ali zobna proteza, je dobro poiskati pomoč zobozdravnika, ki lahko razreši vzrok bolečine (Piper, 2008). To je lahko obolel, štrleč ali oster zob ali pa oster rob zobne proteze. Če je razlog bolečine infekcija, je poleg čiščenja potrebno tudi izpiranje ust s klorheksidinijevo raztopino. Blažilno pa deluje izpiranje s toplo slano raztopino in lokalna uporaba gela s protibolečinskim delovanjem (Piper, 2008). Podobno ravnamo tudi v primeru vnetja. Tako v primeru infekcij kot v primeru vnetja in razjed v ustih je dobro pomisliti na uporabo medicinskega medu, ki deluje antiseptično, vlažilno in pospešuje celjenje ter tako posledično lajša bolečino (Molan, 2001; Bardy, et al., 2008; El-Haddad, Shawaf, 2013). Kadar je bolečina zaradi vnetja tako močna, da navedeni ukrepi ne zadoščajo, jo je potrebno lajšati s sistemskimi zdravili, kot so na primer opioidi (Piper, 2008; Regnard, Allport, Stephenson, 1997) (glej Tabelo 3).

KAKO RAVNATI, KO NASTOPIJO TEŽAVE PRI USTNI NEGI OB KONCU ŽIVLJENJA

Slabost in bruhanje sta pogosta simptoma ob koncu življenja. Nekaterim pacientom se refleks bruhanja sproži še dodatno ob izvajanju ustne nege, kar ima za posledico izogibanje čiščenju zob in ust. Za lajšanje te težave je pogosto učinkovita v pest stisnjena leva dlan s spodvitim in v pesti skritim palcem. Mehanizem tega početja še ni natančno pojasnjen. Po ugotovitvah strokovnjakov naj bi pritisk na določene točke na dlani ublažil refleks bruhanja, ki se sproži ob zobozdravstvenih postopkih in tudi ob izvajanju ustne nege (Scarborough, Bailey Van Kuren, Hughes, 2008). Včasih za ublažitev refleksa bruhanja pomaga, da za izpiranje ust uporabimo hladno vodo.

Nekateri pacienti ob koncu življenja so dementni ali pa so zmedeni zaradi drugih razlogov in ustno nego zavračajo. Sheehy in Shaw (2012) sta povzela priporočila drugih avtorjev za zmanjšanje odpora proti ustni negi pri dementnih pacientih; priporočila so naslednja:

- Pacientu se smehljaje približamo v njegovem vidnem polju, tako da ni presenečen.
- S pacientom navežemo stik skozi pogovor (govorimo počasi in mirno).
- Z rahlim dotikom dlani in kasneje komolca, ramen ter hrbta preverimo, ali je pacient pripravljen na dotikanje.
- Ustna nega naj se izvaja v mirnem in tihem okolju. Kadar je pacient zelo zmeden, mu stanje ali sedenje pred umivalnikom pomaga, da se orientira glede na namen dogajanja. Dementni ljudje včasih lažje odprejo usta, če medicinska sestra stoji za njimi in izvaja ustno nego, medtem ko se sami gledajo v ogledalu.
- Medicinska sestra naj s pacientom govori spoštljivo, ne pokroviteljsko ali otročje. Kadar se pacient počuti razčlovečenega, se mu zdi, da je ogrožen in nerad sodeluje. Dementni ljudje se bolje odzivajo na preprosta navodila, ali če jim želje nakažemo s kretnjami.
- Če je le mogoče, pacienta spodbujamo, da si sam umije zobe.
- Medicinska sestra lahko pomaga tako, da svoje dlani položi na pacientove in skupaj opravita nego ust ali očistita protezo.
- Kadar ena od medicinskih sester pacientu ne more uspešno pomagati pri ustni negi, naj to poskusi opraviti druga.

V zadnjih dnevih in urah življenja lahko zaradi zamiranja požiralnega refleksa nastopijo motnje požiranja. Čeprav se pacienti lahko slabše zavedajo okolice, pa se še vedno zavedajo neugodja zaradi suhih ust, vnetja, bolečine in podobnih težav. Zato je pomembno, da z redno ustno nego nadaljujemo tudi v času umiranja (Sheehy, Shaw, 2012). Priporočen postopek ustne nege pri pol zavestnem in nezavestnem umirajočem pacientu je naslednji (Sheehy, Shaw, 2012):

- Gobico namočimo v klorheksidin, jo ožmemo in z njo zdrgnemo zobe zjutraj ter zvečer, da preprečimo nastajanje oblog (klorheksidin deluje 12 ur).
- Kadar pacient uporablja zobno protezo, to zvečer odstranimo, jo očistimo z milom in vodo ter shranimo v hladni vodi.
- Za vlaženje ustne sluznice uporabljamo vodo. Pomembno je, da ne uporabimo preveč vode, ker je to lahko nevarno za zadušitev (gobico ožmemo, če uporabljamo vodo v razpršilcu, smo pri tem varčni). Iz istega razloga moramo biti previdni, če se zgodi, da pacient ugrizne v gobico.
- Gobica naj bo uporabljena samo enkrat in potem zavržena.
- Ustno nego izvajamo redno vsaki 2 uri oziroma pogosteje, kadar je to potrebno. Potreba se največkrat pokaže v primerih dihanja skozi usta, prejetanja zdravil, ki sušijo usta in kadar pacient prejema kisik.

ZAKLJUČEK

Ko se pacient bliža koncu življenja, postaja dovzeten za težave, kot so suha usta, razjede in infekcije v ustih ter posledično bolečine, kar vse znižuje kakovost njegovega življenja. K temu stanju prispeva bolezen pa tudi nekatera zdravila, ki jih prejema za lajšanje težav, ki jih

bolezen prinaša. Da čim bolj zmanjšamo pacientovo trpljenje in čim dlje ohranjamo dobro kakovost njegovega življenja, je dobra ustna nega ključnega pomena.

Za načrtovanje ustne nege je zelo pomembna vsakodnevna ocena stanja ust. Za ustno nego ob koncu življenja strokovnjaki odsvetujejo ustne vode, ki vsebujejo alkohol, izdelke pridobljenih iz nafte (vazelin), glicerinske palčke z okusom limone in gobice za nego ustne votline. Slednje uporabljamo izjemoma v času umiranja, ko postane uporaba zobne ščetke nevarnejša. Sicer pa je majhna, mehka zobna ščetka z manjšo količino zobne kreme v sodobni literaturi edini priporočen pripomoček za čiščenje zob in ustne votline ob koncu življenja. Priporočeno je temeljito izpiranje z vodo in redno vlaženje, ki lajša občutek in preprečuje posledice suhih ust. Strokovnjaki priporočajo tudi, da zobne proteze ne čistimo z zobno kremo, temveč z milom in vodo.

V zadnjih dneh in urah življenja ustne nege ne opustimo, ampak jo izvajamo še pogosteje in pri tem ne pozabimo na redno pogosto vlaženje ust. To je praksa, ki prispeva k boljši kakovosti življenja umirajočih pacientov in tudi njihovih bližnjih.

LITERATURA

- Bardy J, Slevin NJ, Maisk L, Molassiotis A. A systematic review of honey uses and its potential value within oncology care. *Journal of Clinical Nursing*. 2008;17 (19): 2602–23.
- Coleman P. Oral health care for the frail elderly: a review of Widespread Problems and Best Practices. *Geriatric Nursing*. 2002; 23 (4): 189–99.
- Cooley C. Oral health: basic or essential care? *Cancer Nursing Practice*. 2002; 1 (3): 33–40.
- Cortelli JR, Barbosa MDS, Westphal MA. Halitosis: a review of associated factors and therapeutic approach. *Brazilian Oral Research*. 2008; 22 (1): 44–54.
- Davies AN. A comparison of artificial saliva and chewing gum in the management of xerostomia in patients with advanced cancer. *Palliat Med*. 2000; 14 (3): 197–203.
- Davies AN, Brailsford SR, Beighton D. Oral candidocis in patients with advanced cancer. *Oral Oncol*. 2006; 42 (7): 698–702.
- Dion D, Lapointe B. Mouth care. In: MacDonald N, Oneschuk D, Hagen N, Doyle D, eds. *Palliative medicine: a case-based manual*. Oxford: Oxford University press; 2005: 319.
- El-Haddad S, Shawaf M. Effects of honey for treatment of some common oral lesions: follow up of 50 cases. *Journal of Dentistry and Oral Hygiene*. 2013; 5 (6): 55–61.
- Gillam JL, Gillam DG. The assessment and implementation of mouth care in palliative care: a review. *J R Soc Health*. 2006; 126 (1): 33–7.

- Gravlin G, Phoenix Bittner N. Nurses' and nursing assistants' reports of missed care and delegation. *J Nurs Adm.* 2010; 40 (7–8): 329–35.
- Hanson C. Mouth care – how important is it? *Journal of Community Nursing.* 2004; 18 (8): 4–7.
- Hein C, Schonwetter DJ, Iacopino AM. Inclusion of oral-systemic health in predoctoral/undergraduate curricula of pharmacy, nursing, and medical schools around the world: a preliminary study. *J Dent Educ.* 2011; 75 (9): 11897–9.
- Huskinson W, Lloyd H. Oral health in hospitalized patients: assessment and hygiene. *Nursing standard.* 2009; 23 (36): 43–7.
- Jobbins J, Bagg J, Finlay IG, Addy M, Newcombe RG. Oral and dental disease in terminally ill cancer patients. *British Medical Journal.* 1992; 304 (6842): 1612.
- Kinley J, Brennan S. Changing practice: use of audit to change oral care practice. *International Journal of Palliative Nursing.* 2004; 10 (12): 580–7.
- Lee L, White V, Ball J, Gill K, Smart L, McEwan K, et al. An audit of oral care practice and staff knowledge in hospital palliative care. *International Journal of palliative Nursing.* 2001; 7 (8): 395–400.
- MacLeod R, Vella Bricat J, Macleod AD. *The palliative care handbook: guidelines for clinical management and symptom control.* Wellington: Hospice New Zealand; 2012: 21.
- Miller M, Kearney N. Oral care for patients with cancer: a review of the literature. *Cancer Nurs.* 2001; 24 (4): 241–53.
- Molan PC. The potential of honey to promote oral wellness. *General Dentistry.* 2001; 49 (6): 584–9.
- Pace CC, McCullough GH. The association between oral microorganisms and aspiration pneumonia in the institutionalized elderly: review and recommendations. *Dysphagia.* 2010; 25 (4): 307–22.
- Peterson PE, Yamamoto T. Improving the oral health of older people: the approach of the WHO Global Oral health Program. *Community Dental and Oral Epidemiology.* 2005; 33: 81–92.
- Piper C. Assessment / management of the mouth at the end of life. *End of Life Journal.* 2008; 2 (1): 8–14.
- Porter SR, Scully C. Oral malodour (halitosis). *British Medical Journal.* 2006; 333: 632–5.
- Porter SR. Diet and halitosis. *Current Opinion in Clinical Nutrition and Metabolic Care.* 2011; 14: 463–8.

- Regnard C, Allport S, Stephenson L. ABC of palliative care. Mouth care, skin care, and limphoedema. *British Medical Journal*. 1997; 315: 1002–5.
- Rohr Y. Assessment and care of the mouth: an essential nursing activity, especially for debilitated or dying inpatients. *HNE Handover: For Nurses and Midwives*. 2012; 5 (1): 32–4.
- Rohr Y, Adams J, Young L. Oral discomfort in palliative care: results of an exploratory study of the experiences of terminally ill patients. *International Journal of Palliative Nursing*. 2010; 16 (9): 439–44.
- Scarborough D, Bailey Van Kuren M, Hughes M. Altering the gag reflex via a palm pressure point. *Journal of American Dental Association*. 2008; 139 (10): 1365–72.
- Sheehy L, Shaw J. Xerostomia in terminally ill and dying patients: best practice. *End of Life Journal*. 2012; 2 (2): 1–13. Dostopno na: http://endoflifejournal.stchristophers.org.uk/sites/default/files/articles/1.EoLJ_.Vol2_.No2_.Clinskills.Oral_.pdf (14. 1. 2013).
- Southern H. Oral care in cancer nursing: nurses' knowledge and education. *Journal of Advanced Nursing*. 2007; 57 (6): 631–8.
- Sweeney P, Bagg J. The mouth and palliative care. *American Journal of Hospice and Palliative Care*. 2000; 17 (2): 118–24.
- Wiseman M. The treatment of oral problems in the palliative patients. *Journal of the Canadian Dental Association*. 2006; 72 (5): 453–8.

SPREMLJANJE KIRURŠKIH RAN

POSTOPERATIVE SURGICAL WOUND SURVEILLANCE

Ines Prodan, dipl. m. s., Dijana Letić, dipl. m. s.
Splošna in učna bolnišnica Izola, Oddelek za abdominalno kirurgijo
Ines@sb-izola.si, dijanaletic82@gmail.com

IZVLEČEK

V luči vse pomembnejšega mesta, ki ga preverjanje kakovosti zaseda v procesu zdravljenja skupnih bolnikov, smo se na kirurškem oddelku SB Izola odločili, da bomo še intenzivneje in bolj sistematično spremljali nekatere kazalnike kakovosti. V ta namen smo pričeli s projektom »Spremljanje kirurških ran«, saj menimo, da ima preprečevanje, obvladovanje in spremljanje okužb povezanih z zdravstveno oskrbo bolnikov v naši bolnišnici pomembno mesto pri celostni in učinkoviti obravnavi bolnika. Zaradi spremenjenih smernic in algoritmov zdravljenja, vse krajše ležalne dobe in prenosa velikega deleža spremljanja kirurških bolnikov na primarno raven, so postali podatki o okužbi kirurške rane za nas težje dostopni. Izguba sledljivosti pa preprečuje vpogled v kakovost opravljenega dela in zožuje možnosti za izboljšave ter učinkovito in varno zdravstveno oskrbo bolnikov.

Ključne besede: zdravstvena nega, okužba kirurške rane, program, kakovost, pacient

ABSTRACT

According to the quality control protocols in treating patients, we decided to intensively study and measure quality markers. We started with the project »Follow-up of surgical wounds« because we think that preventing, treating and follow-up is very important. Due to new treatment algorithms, short in-hospital staying and follow-up on the primary basis some data are sometimes lacking. Loss of follow-up is preventing in-view in quality of treatment and is lowering possibilities for a better, safe and effective medical care.

Keywords: nursingcare, surgical wound infection, computer program, quality, patient

UVOD

Kakovostna zdravstvena oskrba je tista, ki dosledno dosega izide zdravljenja, ki so primerljivi s standardi ali najboljšimi praksami, ob upoštevanju temeljnih načel kakovosti, kot so uspešnost, varnost, pravočasnost, kontinuiteta, učinkovitost, enakopravnost in osredotočenje na pacienta (ZPacP, 2008).

Zdravstvena nega je v času globalnih napredkov tudi v zdravljenju in je v tem razvoju enakovreden partner, kjer napredek hiti in zahteva sledenje razvoju v zdravstvu in zdravljenju. Zagotavljanje kakovosti celotnega procesa zdravljenja je izrednega pomena, je merilo in

metoda izboljševanja zdravstvene oskrbe, kjer je potrebno. Kakovost ocenjujemo s primerjanjem med dogovorjeno in opravljeno zdravstveno nego in vrsto izidov.

Eden izmed zapletov, ki lahko nastane pri operativnem zdravljenju obolenja, je okužba operativne rane. Zaplet sodi med bolnišnično pridobljene okužbe, zato smo se na oddelku za kirurgijo odločili, da bomo intenzivneje in bolj sistematično spremljali ta kazalnik kakovosti. Menimo, da ima preprečevanje, obvladovanje in spremljanje okužb povezanih z zdravstveno oskrbo bolnikov pomembno mesto pri celostni in učinkoviti obravnavi bolnikov. V ta namen smo začeli s projektom »Spremljanje kirurških ran«.

NAMEN PRISPEVKA

Namen prispevka je predstaviti in opisati potek spremljanja kirurških ran na kirurškem oddelku Splošne in učne bolnišnice Izola.

CELOSTNA OBRAVNAVA BOLNIKA IN KAKOVOST

Kakovost v procesu zdravljenja zaseda vse pomembnejše mesto. Donabedian (1970) je podal naslednjo definicijo kakovosti: kakovost je skladnost med dejansko zdravstveno nego in predhodno predpisanimi kriteriji; kakovost ocenjujemo s primerjanjem med opravljeno in dogovorjeno zdravstveno nego.

Dostop do kakovostne zdravstvene oskrbe je osnovna človekova pravica, ki jo priznavajo in spoštujejo Evropska unija, vse njene institucije in državljani Evrope. V skladu s tem dejstvom imajo pacienti pravico pričakovati, da bo ves trud vložen v zagotovitev njihove varnosti kot uporabnika vseh zdravstvenih storitev (Luksemburška deklaracija o varnosti bolnika, 2005).

V Resoluciji o nacionalnem planu zdravstvenega varstva (2008) je zapisano, da imajo vsi prebivalci Republike Slovenije pravico do varne, primerne in kakovostne zdravstvene obravnave. Zaupanje ljudi v zdravstveni sistem temelji na zagotavljanju kakovostne in varne zdravstvene obravnave. Vizija države na področju kakovosti in varnosti v zdravstvu je spodbujanje aktivnosti ter uvajanje sprememb, ki bodo pripeljale do varnejše in visoko kakovostne zdravstvene obravnave s promocijo partnerstva med pacienti, izvajalci zdravstvenih storitev, zdravstvenimi strokovnjaki, vodstvom zdravstvenih ustanov, plačniki in zdravstveno politiko ob upoštevanju načel osredotočenja na pacienta, varnosti, uspešnosti, pravočasnosti, učinkovitosti in enakosti. Za zadovoljnega pacienta moramo ustvariti razmere za učinkovito in kakovostno delo ter za motivacijo izvajalcev zdravstvenih storitev. Gre za vprašanje organizacije dela, delitve dela med posameznimi ravni zdravstvenega varstva, med javnim in zasebnim delom, z upoštevanjem možnosti javno-zasebnega partnerstva. Poudarek mora biti na vidnih rezultatih, ki jih pacienti občutijo, in na kazalnikih, ki omogočajo merjenje kakovosti storitev izvajalcev.

Celjenje ran je dolgotrajen in dinamičen proces, ki poteka v več fazah. Odvijajo se v določenem časovnem zaporedju ter se navezujejo ena na drugo (Smrkolj, 1995). Medicinska sestra mora poznati pravilno oskrbo rane, dietne zahtevke, pomen bolnikovega gibanja in zagotavljanje njegovega dobrega počutja (Ivanuša, Železnik, 2000).

Uspeh kirurškega zdravljenja ni odvisen samo od uspešno opravljene operacije, temveč tudi od pred- in pooperativne zdravstvene nege. Ocena kirurške rane, način opazovanja kirurške rane, standard preveze kirurške rane, ki se uporablja na oddelku, kakovostna izvedba toaleta kirurške rane, preventivno delovanje medicinske sestre pri oskrbi kirurške rane in seveda tudi sprotno, natančno, jasno in objektivno dokumentiranje, so pogoj za celovito in kakovostno obravnavo bolnika s kirurško rano (Tratnjak, 2010).

Z opisovanjem, merjenjem, vrednotenjem in izvajanjem ukrepov zagotavljamo kakovost. S stalnimi izboljšavami in odpravljanjem ovir dvigujemo kakovost na višjo raven. Zato smo se v Splošni in učni bolnišnici Izola (v nadaljevanju SB Izola) odločili, da bomo intenzivneje in bolj sistematično spremljali specifični kazalnik kakovosti.

V SB Izola menimo, da ima preprečevanje, obvladovanje in spremljanje okužb povezanih z medicinsko oskrbo bolnikov v naši bolnišnici pomembno mesto pri celostni in učinkoviti obravnavi bolnika; v ta namen smo pričeli s projektom »Spremljanje kirurških ran«.

BOLNIŠNIČNE OKUŽBE

Bolnišnična okužba (v nadaljevanju BO) je vsaka bolezen povzročena z mikrobi, ki jo je bolnik dobil med zdravljenjem in bivanjem v bolnišnici.

Časovno je opredeljena na:

- obolenost po 48 urah bivanja v ustanovi,
- pri okužbi kirurške rane do 30 dni po operaciji,
- pri vsadkih do 12 mesecev po operaciji.

Okužbe kirurških ran se pokažejo med 7. in 10. dnem po operaciji. Do okužbe lahko pride zaradi narave/vzroka obolenja, med kirurškim posegom ali v pooperativnem obdobju. Zaplet – okužba rane vpliva na končni rezultat operativnega zdravljenja, podaljša pacientovo bivanje v bolnišnici in vpliva na ceno zdravstvene storitve.

Zaradi novih smernic v operativnem zdravljenju, krajše ležalne dobe in trendov zdravniških kontrol po operativnem zdravljenju v primarnem zdravstvu, nam v večini podatki o okužbi kirurške rane kot BO niso znani.

Pridobitev takšnih podatkov predstavlja izrednega pomena za kakovostno, celostno in varno zdravstveno oskrbo bolnikov na oddelku za kirurgijo.

PROJEKT »SPREMLJANJE KIRURŠKIH RAN«

Projekt spremljanja kirurških ran je nastal v sodelovanju glavne medicinske sestre Oddelka za kirurgijo Karmen Jakomin, dipl. m. s. in predstojnika Oddelka za kirurgijo asis. dr. Mladena Gasparinija, dr. med. specialist kirurg.

V SB Izola smo v mesecu oktobru leta 2013 pričeli s pilotnim spremljanjem pooperativnih ran na abdominalnem oddelku. Po pilotnem obdobju 6 mesecev bomo nadaljevali s spremljanjem

na vseh dejavnostih oddelka za kirurgijo. V tem obdobju načrtujemo spremljanje razširiti na obalne zdravstvene domove.

Cilji projekta:

- ugotoviti število in delež zapletov kirurških ran in njihov časovni potek,
- prepoznati in odstraniti/zmanjšati dejavnike za okužbo kirurških ran,
- ugotoviti povezavo med procesnimi kazalniki (anemija, sladkorna bolezen, vrsta operacije ...) in kazalniki zdravstvenih izidov (vnetja, hematomi, povišana telesna temperatura ...),
- okrepiti sodelovanje z nosilci v primarnem zdravstvu in s samim bolnikom pri spremljanju pooperativnih zapletov,
- sprejeti ustrezne ukrepe za izboljšanje ugotovljenega stanja.

Dolgoročni, splošni cilji:

- znižati raven okužb po kirurških posegih na osnovi evidentiranih dejstev,
- doseči aktivno sodelovanje s primarnim zdravstvom,
- zagotavljanje kakovostnega odnosa do uporabnikov zdravstvenih storitev.

Projektne, specifični cilji:

- analiza vpliva procesnih kazalnikov na zdravstveni izid in ukrepanje,
- vzpostavitev mreže spremljanja in dokumentiranja podatkov v SBI,
- promocija dejavnosti, možnost poročanja zainteresiranim,
- uporabnost podatkov v vsakdanji praksi,
- vzpostavitev mreže spremljanja in dokumentiranja podatkov v ZD.

Vpliv:

- okužbe kirurških ran se bodo na osnovi ukrepov zmanjšale,
- zdravstveno vzgojno delo s pacienti z dejavniki tveganja je za okrevanje pomembno,
- zaupanje uporabnikov v organizacijo je vitalnega pomena.

Prednosti projekta:

- uporabnost podatkov v vsakdanji praksi,
- zbiranje, analiza in tolmačenje podatkov,
- pridobivanje informacij o zdravstvenem stanju pacientov po odpustu iz bolnišnice,
- pridobivanje informacij neposredno od uporabnikov zdravstvenih storitev.

Slabosti:

- motivacija in usposabljanje skupine izvajalcev,
- tehnična opremljenost mest zbiranja podatkov,
- usklajevanje želj/interesov partnerjev.

Priložnosti:

- promocija ustanove, dejavnosti,
- dodana vrednost v kontekstu pridobljene akreditacije,
- povezovanje s primarnim zdravstvom,
- na osnovi analiz – ukrepi za izboljšave.

Nevarnosti:

- neprepoznavanje pomena spremljanja operativnih ran,
- nepripravljenost/nemotiviranost za sodelovanje.

PREDSTAVITEV PROGRAMA »SPREMLJANJE KIRURŠKIH RAN«

Postopek poteka tako, da na oddelku vnesemo procesne kazalnike, vrsto operativnega posega ter stanje ob odpustu iz bolnišnice. Pri tem kirurško rano redno slikamo in podatke shranimo s pomočjo v ta namen razvitega računalniškega programa.

Procesni kazalniki (vnesejo se v času hospitalizacije):

Podatki o pacientu:

- ime in priimek pacienta, št. zavarovanja, starost, spol, podatki o kajenju, anemiji, ledvični insuficienci, sladkorni bolezni, antikoagulantni terapiji.

Podatki o operaciji:

- datum operacije, tip operacije (nujna, elektivna), vrsta operacije, antibiotična zaščita pred operacijo, trajanje operacije, izguba krvi med operacijo (> od 500 ml).

Podatki ob odpustu:

- datum odpusta, dan po operativnem posegu, celjenje rane (primarno, sekundarno), vnos slike operativne rane, kraj kontrole po odpustu (ZD, SBI, ostalo).

Ob vsakem sklopu kazalnikov je možen vpis opomb.

Ob prvi kontroli v kirurški specialistični ambulanti rano pregledamo z zdravnikom, slikamo in podatke vnesemo v program. V primeru komplikacij celjenja (okužba, hematoma, popustitev šivov ipd.) nam program omogoča vnos sprememb operativne rane in način zdravljenja. Tak način dokumentiranja omogoča primerjavo stanja operativne rane ob odpustu pacienta iz bolnišnice in ob kontroli, primerjavo morebitnih sprememb in možnost analiziranja upoštevanja učinkovitih metod za preprečevanje kirurških okužb.

Za medicinske sestre pomeni spremljanje kirurških ran nadgradnjo v procesu zdravstvene nege, predvsem v komunikaciji s pacientom, saj čas preveze in slikanja rane izrabimo tudi za dodatno neformalno zdravstveno vzgojno delo s pacientom.

ZAKLJUČEK

Zaradi novih smernic v operativnem zdravljenju, krajše ležalne dobe in trendov zdravniških kontrol po operativnem zdravljenju v primarnem zdravstvu, nam podatki o okužbi kirurške rane kot bolnišnični okužbi večinoma niso znani. Pridobitev takšnih podatkov predstavlja za zaposlene na oddelku za kirurgijo izziv, saj so izrednega pomena za kakovostno, celostno in varno zdravstveno oskrbo bolnikov. S projektom spremljanja kirurških ran in obdobjno analizo podatkov bomo pridobili informacijo o uspešnosti zdravljenja, hkrati pa bomo okrepili sodelovanje s primarnim zdravstvom.

Če zanemarimo strokovni del projekta in morda povečan obseg dela zaradi njega, pa si želimo na tak način pacientu pokazati, da nam zanj ni vseeno, tudi če ga že drugi dan odpustimo iz bolnišnice po operaciji, ki za pacienta ni le »ura dela« in mu vsaj za določen čas spremeni tok življenja.

LITERATURA

- Bolnišnične (nosokomialne okužbe) – Okužbe, povezane z zdravstvom. Dostopno na: www.mf.uni-lj.si/.../30286fe05cdee3312828dffda4e6 (21. 1. 2014).
- Delovna skupina pri Ministrstvu za zdravje RS. Strokovne podlage za pripravo programa za obvladovanje in preprečevanje bolnišničnih okužb. Preprečevanje okužbe kirurške rane. Ljubljana: Ministrstvo za zdravje RS; 2009.
- Gubina M. Mikrobiologov pogled na akutno in kronično rano. In: Smrke DM, ed. Simpozij o ranah z mednarodno udeležbo, sodobni pristopi k zdravljenju akutne in kronične rane. Ljubljana: Klinični oddelek za kirurške infekcije, Kirurška klinika, Klinični center Ljubljana; 2006.
- Ivanuša A, Železnik D. Osnove zdravstvene nege kirurškega bolnika. Maribor: Fakulteta za zdravstvene vede; 2000.
- Luksemburška deklaracija o varnosti bolnika; 2005 Dostopno na: http://www.mz.gov.si/fileadmin/mz.gov.si/pageuploads/mz_dokumenti/delovna_podrocja/zdravstveno_varstvo/kakovost/Luksembur_ka_delaracija_o_varnosti_bolnikov.pdf (21. 1. 2014).
- National Institute for health and Clinical Excellence. Surgical site infection. Prevention and treatment of surgical site infection. NICE Clinical guideline. 2008; 4. Dostopno na: www.nice.org.uk/nicemedia/pdf/CG74NICEguidelinepdf (21. 1. 2014).
- Podrugovac M, Simčič B. Priročnik o kazalnikih kakovosti. Kakovost zdravstvene obravnave. Ljubljana: Ministrstvo za zdravje RS; 2009.
- Prevention Surgical Site Infection – Medscape. Dostopno na: www.medscape.com/viewarticle/723601 (20. 1. 2014).

- Resolucija o nacionalnem planu zdravstvenega varstva 2008–2013 (ReNPZV). Uradni list Republike Slovenije št. 72/06. Dostopno na: <http://www.uradni-list.si/1/content?id=87731> (23. 1. 2014).
- Smrkolj V. Kirurgija. Ljubljana: Sledi; 1995.
- Tratnjak Z. Vloga medicinske sestre pri oskrbi kirurške rane. Maribor: Fakulteta za zdravstvene vede; 2010.
- VZŠ Jesenice. Zdravstvena nega in kakovost. Dostopno na: <http://www.zdravstvena.info/vsznj/zdravstvena-nega-in-kakovost/> (21. 1. 2014).
- VZŠ Jesenice. Preprečevanje okužb in bolnišnična higiena Dostopno na: <http://www.zdravstvena.info/vsznj/preprecevanje-okuzb-in-bolnisnicna-higiena-drugi-del/> (22. 1. 2014).
- Zakon o pacientovih pravicah (ZPacP). Uradni list Republike Slovenije št. 15/2008. Dostopno na: <http://www.uradni-list.si/1/objava.jsp?urlid=200815&stevilka=455> (25. 1. 2014).

POMEN ENDOVASKULARNE LASERSKE TERAPIJE PRI ZDRAVLJENJU KRONIČNIH VENSKIH RAZJED

THE IMPORTANCE OF LASER ENDOVASCULAR THERAPY IN THE TREATMENT OF CHRONIC VENOUS ULCERS

Peter Repas, dipl. zn.

Splošna bolnišnica Slovenj Gradec, Oddelek za splošno in abdominalno kirurgijo
peter.repas@sb-sg.si, evla@sb-sg.si

IZVLEČEK

Približno 80 % prebivalcev ima večje ali manjše težave s kronično vensko patologijo, 1 % prebivalstva pa ima kronično vensko razjedo. Kronična venska ali golenja razjeda najbolj prizadene obolelega, saj je potrebno dolgotrajno zdravljenje. Večinoma je posledica neustreznega ali prepoznega zdravljenja obolenja ven. Danes tudi kronično vensko razjedo uspešno zdravimo in preprečujemo. V Splošni bolnišnici Slovenj Gradec smo z endovaskularno lasersko terapijo – EVLA (endovenous laser ablation) začeli leta 2009. Za paciente s krčnimi žilami pomeni uvedba te metode precejšnjo prednost, saj pacient po končanem posegu odide domov. Za poseg ni potrebna splošna anestezija ter večdnevna hospitalizacija, tudi čas okrevanja je bistveno krajši, saj je pacient že v nekaj dneh sposoben opravljati svoje delo. Namen prispevka je prikazati možnost sodobnega zdravljenja venske razjede.

Ključne besede: endovaskularna laserska terapija – EVLA, kronična venska razjeda

ABSTRACT

Approximately 80 % of the population has a greater or lesser problems with chronic venous pathology, 1 % of the population has chronic venous ulcers. Chronic venous ulcer most affects patients, as it requires long-term treatment. Mostly due to inadequate or late treatment of diseases out. Today, a chronic venous ulcer successfully treated and prevented. In General Hospital SlovenjGradec was the endovascular laser therapy – EVLA (endovenous laser ablation), started in 2009. For patients with varicose veins means the introduction of this method considerable advantage because the patient after the surgery go home-there is no need general anesthesia and several days' hospitalization, the recovery time is significantly shorter, because the patient is already in a few days be able to do their job. The purpose of this article is to demonstrate the possibility of a modern treatment of venous ulcers.

Keywords: Endovascular laser therapy – EVLA, chronic venous ulcer

UVOD

Krčne žile (varice) spodnjih okončin prizadenejo približno 25 % žensk in 15 % moških. Bolezen je počasen, čez vse življenje napredujoč proces, ki brez ustreznega zdravljenja pacientu povzroča vedno hujše težave. Težave so v začetku lahko le blažje – kozmetične, lahko pa postanejo hujše, v obliki hudih venskih razjed, ki potrebujejo tudi bolnišnično nego.

Endovaskularna laserska terapija – EVLA (endovenous laser ablation) je minimalno invaziven poseg, voden ambulantno v sterilnih pogojih. Izvaja ga specialist kirurg ob pomoči operacijskih medicinskih sester. Pred operativnim posegom pacient dobi zdravila proti bolečinam ter zdravila za zmanjšanje neugodnih občutkov, kljub temu pa po nogi občuti dotike, pritiske in premike. S termičnim uničenjem insuficientnih ven in perforatorjev se celjenje venskih razjed izredno pospeši, pacient dobi občutek lažjih nog, ponoči se več ne prebuja zaradi krčev, nima več občutka nemirnih nog.

VENSKA RAZJEDA

Venska golenja razjeda se definira kot zadnji stadij kroničnega venskega popuščanja (70–90 %). Je kronična rana, lokalizirana na stopalu in goleni, ki se ne zaceli v šestih tednih (Repič Harl, Eder, 2000).

Golenja razjeda je pridobljen kožni defekt, ki je lahko različne globine in obsega. Lahko sega v podkožje ali še globlje. Pacienta z golenjo razjedo večinoma spremljajo še druge zdravniške diagnoze (Repič Harl, Eder, 2000):

- Arterijska insuficienca (7–12 %).
- Mešano arterijsko-venski ulkusi (10–20 %).
- Drugi vzroki – dermatoze, vaskulitisi, infekcijske bolezni, hematološke bolezni, neoplazme, poškodbe (5–6 %).

V zdravljenje golenje razjede se vključujejo strokovnjaki različnih strok: zdravniki družinske medicine, dermatologi, angiologi, diabetologi, kirurgi, medicinske sestre, fizioterapevti, socialni delavci in drugi. Dobro sodelovanje vseh zagotavlja dober učinek zdravljenja.

Pri oskrbi kronične rane ima pomembno vlogo tudi patronažna medicinska sestra, ki pomembno vpliva na izboljšanje kakovosti življenja v zdravstveni negi pacienta z ranami. Celjenje kroničnih ran in spremenjena samopodoba posežeta v dotedanjo kakovost posameznikovega življenja, saj se posameznik le težka privadi na spremembe v svoji samopodobi. Pogosto je potrebno spremeniti življenjski stil, navade in se prilagoditi, pri tem pa pacient s kronično rano potrebuje čas, strpnost in spodbudo okolja (Podgrajšek, 2012).

Metoda kirurškega zdravljenja ran po principu TIME

Priprava dna rane vsebuje oskrbo tkiva (T), nadzor nad vnetjem in okužbo (I), doseganja ravnovesja vlage (M) in napredek robov (E). S pristopom TIME izboljšamo dno rane, tako da zmanjšamo edem in izloček, zmanjšamo bakterijsko breme in odpravimo dejavnike, ki onemogočajo celjenje (Alikadič, Oblak, Smrke, 2011).

Preveza rane je za pacienta lahko boleča, zato je primerno, da pred prevezo rane pacient vzame odmerek analgetika (Petek Šter, 2011).

Socialno-gospodarske in prosvetne razmere vplivajo na nastanek nekaterih obolenj, med njimi je tudi razjeda na goleni (ulkus), z drugimi besedami jim rečemo tudi socialne bolezni. Revnejši sloji prebivalstva se pogosteje srečujejo s takšnimi obolenji. Sinonim ulkusa je bolezen revnih ljudi.

Osnova zdravljenja kronične rane kot posledice venske razjede je ob oskrbi rane – kompresijsko zdravljenje (Šikovec, et al., 2004).

Pri vseh pacientih z golenjo razjedo in gleženjskim indeksom nad 0,8 je potrebno zagotoviti ustrezno kompresijsko zdravljenje, saj dokazano izboljša proces celjenja rane (O'Maeara, et al., 2012).

POSEG EVLA V SPLOŠNI BOLNIŠNICI SLOVENJ GRADEC

Ko pacient pride na pregled k žilnemu kirurgu, mu opravimo ultrazvočni pregled ožilja (dopler). Skupaj s kliničnim pregledom potrdimo in ocenimo, ali je pacient primeren ali neprimeren za minimalno invaziven poseg EVLA. Če je pacient predviden za poseg EVLA, se ga uvrsti v čakalno vrsto. Pacient dobi v roke pisna navodila in razlago o posegu EVLA:

- kaj je EVLA,
- kdo je/ni primeren za poseg,
- kakšne so prednosti/slabosti posega,
- priprava na poseg,
- opis postopkov,
- kontaktni podatki.

Svetujemo in priporočamo, da si v trgovini z medicinsko-tehničnimi pripomočki pacient naroči ustrezno dodimeljsko kompresijsko nogavico – stopnje kompresije C2 (priporočamo nogavico s pasom). Za izdelavo nogavice za vsakega pacienta individualno izmerijo obseg noge.

Svetujemo tudi, da naj pacient nogavico nosi vsaj tri mesece pred posegom. Obvezno jo mora prinesiti s seboj na operativni poseg. Ustrezna nogavica ter dosledna in pravilna uporaba sta ključnega pomena za uspešnost zdravljenja.

Pacient se mora zvečer stuširati – brez krem ali losijonov. Na dan posega si nogo obrije. Svetujemo, da se obleče v ohlapna oblačila, saj jih lažje obleče zaradi nameščene nogavice in elastičnih povojev.

Operativni poseg traja približno od 1 do 1,5 ure. 15–20 minut po posegu se priporoča hoja; ko prejme v roke svojo medicinsko dokumentacijo, lahko gre domov. Pomembno je, da pacienta iz bolnišnice spremlja odgovorna polnoletna oseba. Avtomobila domov sam ne sme voziti. V kolikor je vožnja domov daljša, priporočamo vsako uro 10 minut postanka in hoje. Hoja preprečuje nastanek težav, ki bi lahko bile posledica dolgotrajnega sedenja.

En teden pred posegom

Pacientu odvzamemo bris rane in ocenimo količino izcedka. To je zelo pomemben podatek glede nadaljnje vrste kompresijske terapije, ki jo pacient mora imeti nameščeno po posegu.

Priprava pacienta

- Petnajst minut pred posegom se pacient zglesi pri sprejemnem okencu informatorja kirurških ambulant.
- Dve uri pred posegom lahko zaužije tekočino, po želji vzame analgetik, ki mu ga je predpisal osebni zdravnik. Pacient lahko vzame vso predpisano stalno terapijo, razen tistih, ki redčijo kri.
- Pacientu pred operativnim posegom nogo po potrebi obrijemo in razkužimo ter ga pokrijemo s sterilnim pregrinjalom (razen glave, ki bo ločena od operativnega polja z zastorom).
- Pol ure pred posegom pacient prejme premedikacijo: eno kapsulo nesteroidnega antirevmatika (NSAR), Midazolam ter ustrezen antibiotik, ki pokriva bakterije po antibiogramu, ki smo ga dali določiti pred enim tednom.
- Za omrtvičenje delov kože se uporablja lokalna anestezija, kar pomeni, da je pacient med posegom pri zavesti in v kontaktu z operativnim timom.

Izvedba posega

S pomočjo UZ operater poišče vstopno mesto v obolelo veno. Z majhnim vbodom igle v žilo napelje vodilno žico, preko nje pa tanko plastično cevko (kateter), skozi katero napelje optično vlakno. Pod ultrazvočnim nadzorom nato operater aplicira lokalno anestezijo okoli obolele vene, pri tem lahko pacient občuti neprijetno zbadanje (tumescentna anestezija). Zatem priključimo lasersko napravo in veno počasi fotokoaguliramo. Operativni poseg zaključimo z odstranitvijo vlakna in katetra.

Mesto vboda oskrbimo tako, da ga prelepimo s sterilnimi trakci in ga sterilno pokrijemo z obližem. Pacientu namestimo kompresijsko nogavico in elastični povoj, s tem zmanjšamo težave (podplutbe, občutljivost) in minimiziramo možnost redkega zapleta – nastajanja strdkov. Po potrebi prejme še zdravila proti strjevanju krvi – nizkomolekularni heparin v preventivnem odmerku.

Pri večini pacientov je ob laserskem posegu dodatno opravljena še miniflebektomija ter/ali sklerozacija z uporabo sklerozantnega sredstva. Pri pacientih z vensko razjedo na goleni operater napravi tudi temeljito nekrektomijo – očisti robove ran.

Operativni poseg je navadno končan v 1 do 1,5 ure, koža na nogi pa je omrtvičena oziroma neobčutljiva na dotike še nadaljnji dve uri po končanem posegu.

OPREMA OPERACIJSKE DVORANE

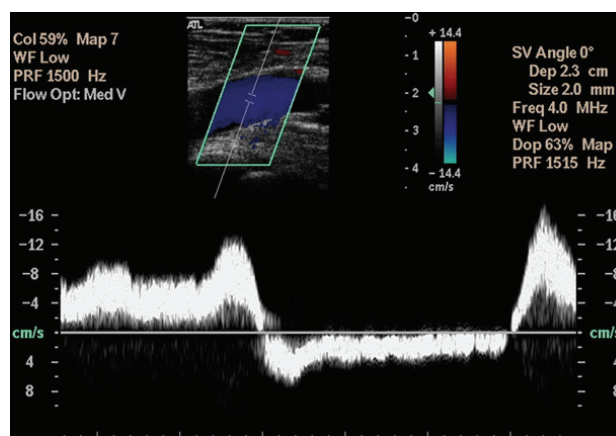
Ultrazvočna preiskava ven (dopler ožilja)

Ultrazvočna preiskava je diagnostična tehnika, pri kateri za pregled uporabljamo ultrazvočne valove. Bistveni del ultrazvočne naprave je sonda, ki oddaja ultrazvočne valove z visoko frekvenco. Prednost te preiskave je neškodljivost, zato jo lahko poljubno ponavljamo.

Barvni ultrazvok je glavna diagnostična preiskava pri kroničnem venskem popuščanju. Predpogoj za dobro ultrazvočno preiskavo je znanje anatomije in poznavanje tehnike te preiskave. Prikaže se anatomija povrhnjega, globokega venskega sistema ter perforantne vene in hemodinamske lastnosti v različnih segmentih venskega sistema. Pregledamo obe ustji dveh glavnih povrhnjih ven: vene safene magne (VSM) in vene safene parve (VSP), pritoke, dodatne veje in perforatorje.



Slika 1: Ultrazvok aparat (Veterinarska postaja Postojna, 2014)

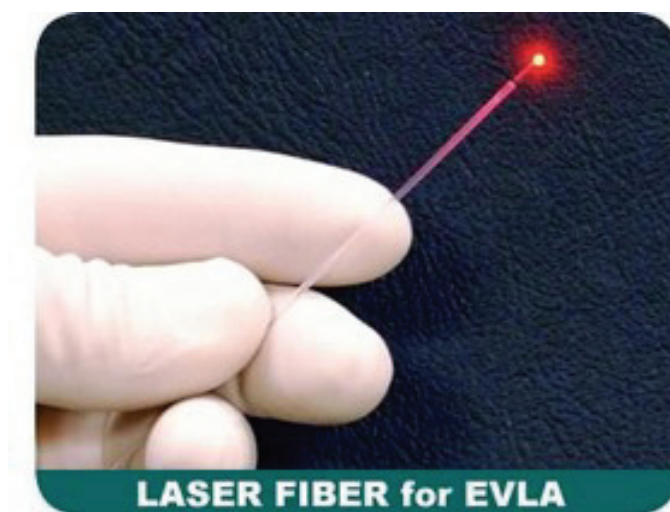


Slika 2: Ultrazvočni posnetek (Necas, 2010)

Laser aparat

Beseda LASER je kratica za Light Amplification by Stimulated Emission of Radiation oziroma ojačevanje svetlobe s stimulirano emisijo sevanja. To je ime naprave, ki imitira ozek snop svetlobe, strogo določene valovne dolžine. Lasersko sevanje je monokromatsko, koherentno in strogo usmerjeno. Škodljivo delovanje tega laserja se pokaže na očeh, koži in mišičnem tkivu. Pri EVLA metodi se lasersko sevanje uporablja za fotokoagulacijo. Osebe, ki rokuje z laserjem, mora biti zelo previdno in natančno.

Optično vlakno imenujemo tudi optična fibra. Optična fibra je fleksibilna in se lahko prepogne. Dovoljeni so minimalni pregibi. Z optično fibro je potrebno ravnati nežno in pazljivo, s tem preprečimo poškodbe, prelom, praske in ločitev optičnih vlaken od konektorja.



Slika 3: Optično vlakno – optična fibra

KOMPRESIJSKE NOGAVICE

Sodobne medicinske kompresijske nogavice so ortopedski pripomoček. Ustrezati morajo vrsti zahtev. Narejene morajo biti iz posebnega materiala, kot so nit, predivo, elastodini, elastani. Ne smejo povzročati alergijskih reakcij, izdelek mora biti estetskso sprejemljiv in tudi po dolgotrajni uporabi (6 mesecev) ne sme izgubiti svojih lastnosti (Flis, 1999).

Tabela 1: Stopnje kompresije (Zdravniški vestnik, 2005).

RAZRED	KOMPRESIJA	EVROPSKA	NEMŠKA	FRANCOSKA
I	nizka	15–21 mmHg	18–21 mmHg	10–15 mmHg
II	srednja	23–32 mmHg	25–32 mmHg	16–20 mmHg
III	močna	34–46 mmHg	36–46 mmHg	21–36 mmHg
IV	zelo močna	> 49 mmHg	> 59 mmHg	> 36 mmHg

POSTOPERATIVNO VODENJE PACIENTOV PO POSEGU EVLA V SPLOŠNI BOLNIŠNICI SLOVENJ GRADEC

Večina ven se v enem tednu po operaciji uspešno zapre, obstaja pa možnost, da boste za dokončni uspeh potrebovali še dodatna zdravljenja (sklerozacijo, flebektomijo).

Po posegu

Pacienti brez ulkusa imajo elastični povoj nameščen še 3 ure po posegu, kompresijsko nogavico pa imajo nameščeno 3 dni neprekinjeno noč in dan, nato še 4 tedne samo čez dan. Steri-strip trakovi, ki so prilepljeni čez rane, morajo biti na nogi še 7 dni. Pacient jih lahko odstrani med tuširanjem. Obliže zamenja tretji dan sam ali pri osebnem zdravniku. Morebitne šive se odstrani 7. dan pri osebnem zdravniku.

Pri pacientih z golensko razjedo je postopek odvisen od izcedka in nastajajočih ali prisotnih bolečin. Običajno potrebujejo prevez že naslednji dan. Terapija z antibiotikom se nadaljuje po navodilih operaterja.

Prvi teden po posegu

Pacient mora z dvignjeno nogo počivati vsaj 3-krat dnevno od 5 do 10 minut. Doma lahko na nogo polaga hladne obkladke, hladi z ledom 2-krat dnevno, vendar ne več kot 15 minut. Na mestu zdravljene vene se pričakuje bolečina in manjše vnetje. Tretji dan po posegu se lahko pojavi bolečina, ki je najmočnejša 5.–7. dan, zato v tem času priporočamo protibolečinsko terapijo, o kateri se pacient predhodno posvetuje z osebnim zdravnikom.

Nekaj tednov po posegu

Izginejo modrice v podkožju. Izzvenijo nenavadni občutki na mestu zdravljene vene. Morebitna obarvanost kože lahko ostane tudi več mesecev, do enega leta.

Telesna aktivnost:

Glede na pacientovo splošno počutje se bo k normalnim dnevnim aktivnostim lahko vrnil že po 48 urah. Večina jih bo v prvem tednu po posegu sposobna opravljati vse dosedanje aktivnosti.

Dva tedna po posegu odsvetujemo:

- daljše stanje, sedenje (vožnja z avtom, letalom);
- izpostavljanje vročini;
- intenzivno telovadbo (kot npr. kolesarjenje, pohodništvo, tek, dvigovanje uteži, plavanje).

Kontrolni pregled:

Morebitni kontrolni pregled bo naveden v izvidu ali odpustnem pismu. Praviloma pride pacient na kontrolo čez en mesec in ambulantno zapusti brez elastične kompresijske nogavice. V Splošni bolnišnici Slovenj Gradec deluje nova bolnišnična dejavnost – Ambulanta za kronične rane, kamor je pacient napoten za nadaljnje zdravljenje. V zdravstveni tim se vključujejo specialisti različnih strok in ustrezno specializirano medicinsko osebje.

Nastajanje krčnih žil je dolgotrajen, običajno vse življenje trajajoč, ponavljajoč proces. V kolikor je potrebno, se za dodatno zdravljenje dogovarjamo naknadno. Kontrolni UZ predlagamo čez 3–5 let.

ZAKLJUČEK

Za bolnišnico pomeni uvedba metode sprostitev dela posteljnih kapacitet ter operacijskih dvoran in osebja na Oddelku za splošno in abdominalno kirurgijo, saj metoda nadomešča kirurški poseg pri precejšnjem delu tovrstnih pacientov. Metodo je uvedel Primož Kovačič, dr. med., spec. radiolog. Trenutno ta poseg opravljajo trije specialisti splošne kirurgije: Pawel M. Leskiewicz, dr. med., prim. asist., mag. Mihael Zajec, dr. med. in Stanislav Serušnik, dr. med. Sprejeta je bila tudi klinična pot obravnave pacientov. Poskrbljeno je za celostno obravnavo pacientov – od izbire za poseg primernih pacientov do kontrolnih pregledov po opravljenem posegu.

Zdravljenje venske golenske razjede je večinoma zelo preprosto, še zlasti, če je terapevt seznanjen z diagnostiko, potrebno za opredelitev razjede in s terapevtskimi možnostmi, ki pa so v zadnjem času zelo pestre in učinkovite. Ne smemo pozabiti, da z zacelitvijo razjede delo še ni končano. Pri takem pacientu z motnjami v venskem odtoku je namreč potrebno nenehno izvajanje kompresijske terapije z elastičnimi povoji ali z ustreznimi, po meri narejenimi kompresijskimi nogavicami, katerih kompresijo mora določiti flebolog. Tako kot pri večini bolezni je tudi pri zdravljenju golenske razjede pomembno timsko delo medicinske sestre, patronažne medicinske sestre, splošnega zdravnika, dermatologa-flebologa, pogosto pa tudi socialne službe, včasih tudi kirurga-plastika, vedno pa ob dobrem sodelovanju pacienta samega, saj kompresijska terapija brez hoje ni uspešna (Kralj, 1996).

LITERATURA

- Alikadič N, Oblak T, Smrke D. Priprava dna rane – novejši diagnostični in terapevtski postopki. In: Smrke D, Nikolič J, eds. 6. Simpozij o ranah, Napredno zdravljenje kronične rane in okužbe tkiv: zbornik predavanj, Portorož, 12. do 13. maj 2011. Ljubljana: Klinični oddelek za kirurške okužbe, Kirurška klinika, Univerzitetni klinični center Ljubljana; 2011: 108–15.
- Avelana – žilna kirurgija, laserska terapija, ultrazvok. Dostopno na: <http://www.avelana.si/> (17. 1. 2014).
- Flis, V. Krčne žile. Ljubljana: Odin; 1999.

- Kovačič P. Klinična pot – Laserska sklerozacija varic spodnjih okončin. Slovenj Gradec: Splošna bolnišnica Slovenj Gradec; 2009. Dostopno na: <http://www.sb-sg.si/UserFiles/File/KLINIČNA%20POT%20EVLA%20SG.pdf> (10. 1. 2014).
- Kralj B. Zdravljenje venske razjede. *Obzor Zdr N.* 1996; 30: 133–5.
- Kralj B. Sodobno zdravljenje bolnika z golenjo razjedo. In: Židanik K, Tušek Bunc K, eds. 3. mariborski kongres družinske medicine, Medicinsko tehnični pripomočki, Maribor, 26.–27. november 2004. Ljubljana: Združenje zdravnikov družinske medicine; 2004.
- Necas M. Duplex ultrasound in the assessment of lower extremity venous insufficiency. *AJUM.* 2010; 13 (4): 37–45. Dostopno na: http://www.minnisjournals.com.au/_images/articles/pdf/article-pdf-0040.pdf (24. 1. 2014).
- O'Maeara S, Cullum N, Nelson EA, Dumville JC. Compression for venouse leg ulcers. *Cochrane Database Syst Rev*; 2012.
- Petek Šter M, Cedilnik Group E. Celostna obravnava bolnika s kronično bolečino. In: Klemenc Ketiš Z, Stepanović A, eds. Zbornik predavanj. Družinska medicina. 2011: 163–9.
- Podgrajšek I. Vpliv kronične rane na kakovost življenja: diplomsko delo. Maribor: Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede; 2012.
- Repič Harl M, Eder J. Vloga medicinske sestre pri oskrbi bolnika z golenjo razjedo. In: Židanik K, Tušek Bunc K, eds. 3. mariborski kongres družinske medicine, Medicinsko tehnični pripomočki, Maribor, 26.–27. november 2004. Ljubljana: Združenje zdravnikov družinske medicine; 2004.
- Splošna bolnišnica Slovenj Gradec. Strokovno poročilo Splošne bolnišnice Slovenj Gradec. Slovenj Gradec; 2009: 135–9.
- Šikovec A, Planinček Ručigaj T, Košiček M, Kozak M, Vidčnik V, Mulej M, et al. Smernice za odkrivanje in zdravljenje kroničnega venskega popuščanja. *Zdrav Vestn.* 2005; 74: 193–202. Dostopno na: http://szd.si/user_files/vsebina/Zdravniski_Vestnik/vestnik/st5-4/193-202.pdf (18. 1. 2014).
- Varicose Veins – Endovenous Laser Therapy. Dostopno na: <http://www.circulationfoundation.org.uk/help-advice/veins/varicose-veins-endovenous-laser-therapy/> (10. 1. 2014).
- Veterinarska postaja Postojna. Diagnostični aparati; 2014. Dostopno na: http://www.vpp.si/diagnosticni_aparati.php (11. 1. 2014).
- Zdravniški vestnik. Ljubljana: Slovensko zdravniško društvo; 2005: 74.

PREDSTAVITEV KIRURŠKEGA ZDRAVLJENJA PREKOMERNE TELESNE TEŽE IN REZULTATI V SPLOŠNI BOLNIŠNICI SLOVENJ GRADEC

PRESENTATION SURGICAL TREATMENT OF OWEWEIGHT AND RESULTS AT SLOVENJ GRADEC GENERAL HOSPITAL

Andreja Kušter, dipl. m. s.
SB Slovenj Gradec
opms30@gmail.com

IZVLEČEK

Bariatrična kirurgija postaja vedno bolj uveljavljen in dolgoročno uspešen način zdravljenja pri ljudeh s prekomerno telesno težo. Zakaj operirati? Če bi manj jedli in se več gibali, ne bi bili debeli. Vendar ni tako enostavno. Če gre za bolezensko debelost (indeks telesne mase (ITM) je več kot 40), je le 4 % možnosti, da shujšajo s katerokoli neoperativno metodo in ostanejo suhi 13 let, kot so pokazale svetovne statistike. Operacija je 95 % uspešna, in sicer v toliko, da v povprečju zreducira odvečno telesno težo v 50 do 70 %. Zakaj bi operirali, če je veliko komplikacij, celo umre jih 0,1 do 0,5 %? Vendar če ne operiramo, jih v petih letih umre 6,17 %. Debelost ogroža zdravje, morbidna debelost ogroža življenje. Ko je center za sitost preveč prizadet, je skoraj nemogoče ozdraveti brez operacije.

Operacija je le del zdravljenja, kjer sodelujejo številni strokovnjaki, ki temeljito pripravijo pacienta na drugačen način življenja in ga po operaciji tudi vodijo. Pacient mora biti pripravljen sodelovati, drugače uspeha ne bo.

V Splošni bolnišnici Slovenj Gradec (SB SG) pokrivamo ves spekter bariatričnih operacij. Od najmanj agresivne želodčne prevezave s prilagodljivim trakom, do želodčnega obvoda in različnih RE-DO posegov. Katera je najprimernejša, pokažejo pregledi in preiskave pri specialistih.

Operacije delimo na restriksijske, kjer zmanjšamo vnos hrane; druga vrsta so malabsorpcijske operacije, kjer je malo zmanjšan vnos hrane in zelo zmanjšana absorpcija hranil; tretja vrsta so kombinirane operacije, kjer se zreducira vnos hrane in zmanjša absorpcija hranil.

Ključne besede: bariatrična kirurgija, morbidna debelost, pacient

ABSTRACT

Bariatric surgery is becoming more and more popular and successful long-term treatment for people with overweight. Why surgery? If you eat less and take more exercise, were not overweight. But it is not so easy. In the case of pathological obesity (if the body mass index (BMI) is more than 40), only 4 % of the possibilities to lose weight by the method of any of the non-operating and remain skin for 13 years as shown by the global statistics. The operation is 95 % successful and namely in such an extent that the average reduces the excess

body weight of 50 to 70 % . Why would the surgery, if a lot of complications, even death by 0,1 to 0,5 % ? However, if not operated on, they die within five years of 6,17 % . Obesity threatens the health, morbid obesity is life-threatening. Once the center of satiety too affected, it is almost impossible to get better without surgery.

The operation is only part of the treatment, which involved a number of professionals who thoroughly prepare the patient to a different way of life and after surgery also run. The patient must be willing to participate, otherwise success will not.

In Slovenj Gradec General Hospital (SB SG), we cover the whole spectrum of bariatric surgery. From the least aggressive adjustable gastric band to gastric bypass and various RE-DO interventions. Which is best, show reviews and investigations specialist.

Operations are divided into restriction, which reduces food intake, malabsorption are other types of operations, which is slightly reduced food intake and a reduced absorption of nutrients, the third type of combined operations, where it reduces food intake and decreases the absorption of nutrients.

Keywords: bariatric surgery , morbid obesity, the patient

UVOD

Debelost je kronična bolezen, ki škoduje zdravju. Opredeljuje jo indeks telesne mase (ITM), ki je večji kot 30 (Mayo Clinic, 2014).

Morbidna debelost je kronična presnovna bolezen, za katero je značilno čezmerno kopičenje maščevja v telesu. Povzroča motnje v telesnih funkcijah in presnovnih procesih, zmanjšuje življenjsko kakovost, povečuje zbolevanje za številnimi boleznimi in skrajšuje življenjsko dobo. Z njo so še vzročno povezane dodatne zdravstvene težave, ki neposredno ogrožajo življenje, kot so visok krvni tlak, sladkorna bolezen, visoka raven holesterola v krvi, visoka raven lipidov v krvi, bronhitis, obremenitev kolkov, kolen in drugih sklepov, psihične težave, depresija, gastroezofagealna refluksna bolezen (GERB), žolčni kamni, težave s ščitnico, osteoporozna, neplodnost, apneja v spanju (sleep apnea), razne alergije. Zanj je značilen indeks telesne mase (ITM) nad 40 (Buchwald, et al., 2004).

V Evropi zaradi morbidne debelosti vsako leto umre 320.000 ljudi. Pri debelih ljudeh je pričakovana življenjska doba 7 let krajša. Takoj za kajenjem je debelost drugi vzrok smrti, ki ga je možno preprečiti.

Namen prispevka je opisati metode kirurškega zdravljenja prekomerne telesne teže in opisati rezultate ter uspešnost kirurškega zdravljenja v Splošni bolnišnici Slovenj Gradec.

PRIPOROČLJIVOST KIRURŠKEGA ZDRAVLJENJA

Bistveno daljše je petletno preživetje operiranih kot neoperiranih. Za 89 % se zmanjša tveganje smrtnosti v petih letih, če bolezensko debele operiramo. Zadnje študije so pokazale,

da je umrljivost operiranih pacientov le 0,68 %, pri neoperiranih pacientih pa je narasla umrljivost na 6,17 % (Christou, et al., 2004).

Izbira vrste posega

Izbira vrste bariatričnega posega je odvisna od različnih dejavnikov (ITM, starost, spol, rasa, telesni habitus, spremljajoče bolezni, prehrabene navade, pacientova dovzetnost razumevanja podrobnosti, sposobnost sodelovanja, povprečna izguba telesne teže (TT) po operativnem posegu, operacijska varnost).

Restriktivne metode (adjustable gastric band, gastric plication, sleeve gastrectomy, vertical banded gastroplasty): z njimi zmanjšamo prostornino želodca, pri čemer se reducira vnos hrane.

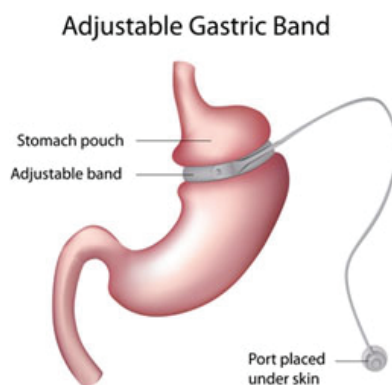
Malabsorptivne metode (biliopancreatic diversion, bpd with duodenal switch): z njimi zmanjšamo površino želodca, na kateri se hranila in z njimi kalorije vsrkavajo v kri, pri čemer se malo zmanjša vnos hrane in zelo zmanjša absorpcija.

Kombinacija obeh (gastric bypass roux-en y, mini (omega) gastric bypass, duodenal switch): z njimi se reducira vnos hrane in zmanjša absorpcija.

VRSTE OPERATIVNIH POSEGOV

Prilagodljivi želodčni trak (adjustable gastric band)

Prilagodljivi želodčni trak (ADJUSTABLE GASTRIC BAND – AGB) se uporablja vse od l. 1985. Trak zoži in razdeli želodec na dva dela v obliki peščene ure.



Slika 1: Prilagodljivi želodčni trak (Bariatric surgery resource)

Trak povzroči hiter občutek sitosti. Hrana hitro zapolni zgornji, manjši del želodca. Trak prav tako omogoča preprosto prilagajanje po operativnem posegu, kar pomeni, da se lahko premer traku in s tem zožitev želodca po kirurškem posegu uravnovesi v skladu z zahtevami, glede pacientove optimalne TT in dobrega počutja. Prilagajanje traku se izvede s posebno iglo in

vbrizgavanjem tekočine skozi rezervoar po cevčici v balon traku. Prva polnitev traku je praviloma po šestih tednih, 1–2 ml. Za naslednje polnitve se sproti dogovarjamo.

Zapleti, ki lahko nastopijo po vstavitvi traku (Miller, 2014):

- puščanje sistema,
- infekt,
- dilatacija,
- obstrukcija,
- bruhanje,
- zaprtje,
- zdrs traku,
- migracija traku.

Pooperativni rezultati v Splošni bolnišnici Slovenj Gradec

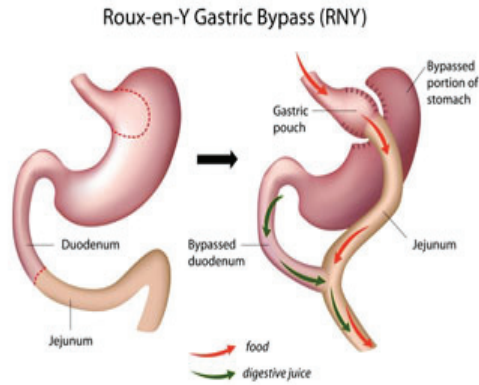
Prvi prilagodljivi želodčni trak smo vstavili 4. maja 2005. Do sedaj smo vstavili 317 prilagodljivih želodčnih trakov. Podatke smo povzeli konec meseca januarja 2014.

Tabela 1: Število operirancev z AGB in povprečna izguba TT po letih

LETA PO OP.	1 1	2 1	3 1	4 1	5 1	6 1	7 1
ŠT. PACIENTOV PO OP.	310	296	270	243	186	127	71
KOLIKO KG SO SHUJŠALI	21,7	26,6	28,4	31,7	30,6	30,4	30,7

Želodčni obvod (gastric bypass)

Je malabsorpcijska in restriktivna metoda. Pri tej metodi kirurg s spenjalnikom prereže želodec in ustvari mali želodec (vrečka, pouch), ki je velik 15 do 20 ccm. Ostanek želodca (ki še vedno tvori črevesne sokove) ostane v abdominalni votlini na svojem mestu, vendar je v celoti zaprt s spenjalnikom in ločen od poucha. Na ta mali želodec – pouch kirurg pripne tanko črevo. Črevesne sokove, ki omogočajo absorpcijo (vsrkavanje hranil) napelje več kot meter nižje. Praznjenje iz te, na novo oblikovane manjše vrečke, poteka neposredno v nižji del tankega črevesa (jejunum), hkrati pa se zaužita hrana izogne predelu največjega vsrkavanja kalorij.



Slika 2: Želodčni obvod (Bariatric surgery resource)

Pri obvodu je narejena bistvena sprememba v telesu. Želodec je prekinjen, ena anastomoza (zveza) je med dvema vijugama tankega črevesa, druga med želodcem in tankim črevesom. Prvotno stanje je sicer možno vzpostaviti, vendar zelo težko.

Možni zapleti:

- popuščanje šivne linije,
- puščanje anstomoze,
- krvavitev,
- stenoza – zožitev votlega organa,
- obstrukcija – zapora tankega črevesa,
- pljučna embolija,
- dumping sindrom,
- bruhanje,
- driska,
- zaprtje,
- deficit mineralov in vitaminov.

Pooperativni rezultati v Splošni bolnišnici Slovenj Gradec

Prvi obvod želodca smo naredili 20. februarja 2007. Do sedaj smo naredili 380 obvodov. Podatke smo povzeli konec meseca januarja 2014.

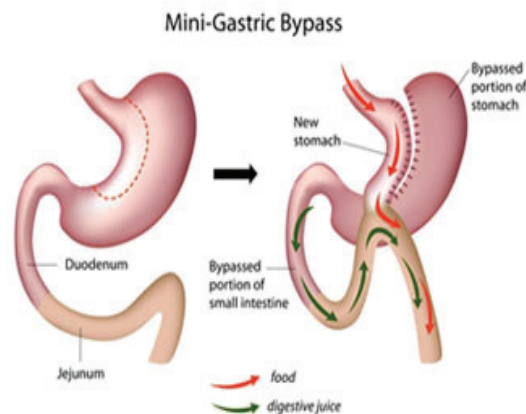
Tabela 2: Število operirancev z obodom in povprečna izguba TT po letih

LETA PO OP.	1 1	2 1	3 1	4 1	5 1	6 1
ŠT. PACIENTOV PO OP.	332	246	152	92	41	11
KOLIKO KG SO SHUJŠALI	34,3	36	34,1	33,5	29,3	38

Mini (omega) želodčni obvod (mini (omega) gastric bypass)

Je eden izmed možnih načinov operativnega zdravljenja morbidne debelosti. Zlati standard je sicer še vedno »klasični« želodčni bypass, vendar pa se v zadnjem času vse bolj uporablja »mini« bypass, obvod z eno anastomozo, GBP 1a.

»Mini« bypass je pravzaprav želodčni obvod z 1 anastomozo. Sama operacija poteka v dveh fazah; v 1. fazi kirurg zmanjša želodec po principu rokavastega izreza želodca ter ustvari »pouch« – žepek, v 2. fazi pa na 60–200 cm od ligamenta oddaljenem delu tankega črevesa naredi gastroenteroanastomozo.



Slika 3: Mini želodčni obvod (Bariatric surgery resource)

Prednosti:

- Ta metoda je v celoti reverzibilna.
- Stroški so manjši v primerjavi s klasičnim bypassom.
- Sam poseg traja krajši čas.
- Čas okrevanja je hitrejši.
- Primerjalno s klasičnim bypassom je poseg manj zahteven, kirurg naredi le eno anastomozo; vse to vpliva, da je pri »mini« bypassu manj velikih komplikacij (krvavitev ter obstrukcije črevesa) kot pri klasičnem bypassu.

Dolgoročni rezultati hujšanja so povsem primerljivi z rezultati hujšanja po klasičnem bypassu. Dve leti po operaciji se pričakuje 30–35 % izgubo odvečne telesne teže (Duke Medicine, 2014).

Pooperativni rezultati v Splošni bolnišnici Slovenj Gradec

Prvi omega obvod želodca smo naredili 8. oktobra 2012. Do sedaj smo naredili 110 mini obvodov. Podatke smo povzeli konec meseca januarja 2014.

Tabela 2: Število operirancev z obvodom in povprečna izguba TT po letih

LETA/MESECI PO OP.	6 m	1 l
ŠT. PACIENTOV PO OP.	69	22
KOLIKO KG SO SHUJŠALI	31,4	41,8

Prešitje želodca – plikacija

Je ena novejših metod v bariatrični kirurgiji. Za njo se kirurg odloči v nujnih primerih, ko je ITM zelo visok. Pri tej metodi kirurg zreducira velikost želodca. Skeletira veliko krivino želodca, ob vstavljeni 34 Fr orogastrični cevki pa naredi plikacijo s posameznimi ter tekočim šivom. Vozle dodatno ojača z ligaklipi.

Pri tej operaciji ni nobenega rezanja ali prevezave. Želodec se zmanjša do 70 %. Ta operacija je lahko tudi kot 1. faza v pripravi na hujšanje.



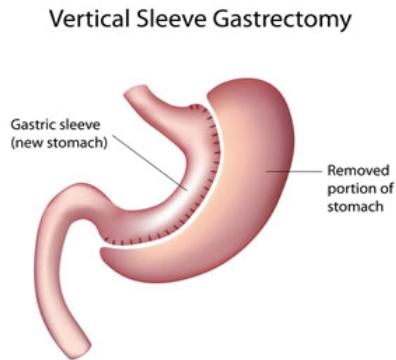
Slika 4: Prešitje želodca – plikacija (Bariatric surgery resource)

Pooperativni rezultati v Splošni bolnišnici Slovenj Gradec

Prvo plikacijo želodca smo naredili 15. avgusta 2010. Do sedaj smo naredili 39 plikacij. Podatke smo povzeli konec meseca januarja 2014.

Rokavast izrez – vzdolžna resekcija želodca – laparoscopic sleeve gastrectomy

Sodi med restriktivne metode. Anestezist vstavi 32–36 Fr orogastrično sondo. 4–6 cm od pilorusa kirurg začne s skeletiranjem velike krivine želodca. Po preparaciji kirurg s spenjalnikom odreže do 85 % želodca. Spenjalno linijo prešije s tekočim ali posameznimi šivi. Naredi tudi vodotesni preizkus. Odrezan del želodca kirurg odstrani iz trebušne votline.



Slika 5: Rokavast izrez – vzdolžna resekcija želodca (Bariatric surgery resource)

Možni zapleti:

- puščanje šivne linije – krvavitev,
- nekroze preostalega dela želodca,
- poškodbe vranice ali črevesja,
- obstrukcija črevesja.

Pooperativni rezultati v Splošni bolnišnici Slovenj Gradec

Prvo rokavasto oz. vzdolžno resekcijo želodca smo naredili 25. oktobra 2006. Do sedaj smo naredili 35 rokavastih resekcij. Podatke smo povzeli konec meseca januarja 2014.

DIETA

Že pred samim posegom začnejo pacienti z dieto. Posebna dieta sledi po posegu, ki jo predpiše kirurg in dietetičarka. Pacienti prejmejo natančen dietni načrt s potrebnimi in nujnimi nasveti kirurga s sodelovanjem dietetičarke. Prve štiri tedne uživajo zgolj tekočo hrano (čiste juhe, čaj, belo kavo, sadne in zelenjavne sokove, negazirane, nesladkane pijače, tekoče jogurte ...), v manjših količinah, večkrat na dan. Nadaljnja dva tedna lahko začnejo uživati majhne porcije kašaste hrane. Kasneje se dieta postopno dopolnjuje z običajno hrano. Te postopne spremembe prehrane so pomembne, da se telo lahko zaceli.

Pomembna je samodisciplina in kontrola. Pacienti si morajo vzeti čas za hranjenje in morajo hrano temeljito prežvečiti. Vsak dietni prekršek lahko pomeni tveganje za dislokacijo traku ali povečanje zgornjega dela želodca. Pri drugih dveh posegih lahko dietni prekrški pripeljejo do razširitve preostanka želodca in s tem puščanje šivne linije ter tudi puščanje šivne linije pri anastomozi. Več je prekrškov, bolj se pacienti oddaljujejo od zastavljenega cilja. Prekrški lahko pomenijo tudi odvzem traku.

Pri prehranjevanju je zelo pomembno, da pacienti upoštevajo naslednjih 6 pravil:

1. *Jej v malih količinah.*
Ker se je velikost želodca spremenila, morajo pacienti zmanjšati tudi vnos hrane.
2. *Dobro prežveči in požiraj samo dobro prežvečeno hrano.*
Potrebujejo več časa za žvečenje in hranjenje.

3. *Nikoli ne jej in pij istočasno.*

Bolje je, da pijejo med posameznimi obroki ali pred obrokom. Običajna in zaželena količina popite tekočine na dan je 2 do 3 litre.

4. *Ne počivaj ali leži po obroku.*

V ležečem položaju je refluks želodčne vsebine pogostejši.

5. *Jej 5-krat na dan, brez vmesnih prigrizkov.*

Večkratni, manjši obroki dnevno povečajo izbor hrane, zadovoljijo potrebe po vitaminih, mineralih in proteinih ter preprečijo nenadne napade lakote.

6. *Pazi na bogato kalorične pijače.*

To so vroča čokolada, razni mlečni napitki in sokovi. Dovoljene pijače: negazirana mineralna voda, kava, čaj, razredčeni sadni in zelenjavni napitki.

Pacienti morajo privzeti zdrave prehranjevalne navade, redno telesno aktivnost in seveda nadomeščanje vitaminov in mineralov (Miller, 2014).

ZAKLJUČEK

Po besedah prof. Millerja (2014), svetovno znanega avstrijskega bariatričnega kirurga in našega učitelja, je zelo pomembno, da se vsaj en obrok dnevno zaužije doma, v krogu družine, v miru. Že ta ukrep bo privedel do vidnih sprememb. Seveda je zelo pomembno gibanje, še posebej otrok, saj nam naš hiter tempo življenja ne dopušča dovolj fizične aktivnosti.

»Kirurgi smo samo gasilci za nujne primere«, pravi prof. Miller (2014). Problem se mora obravnavati v družini, pri otrocih in kasneje se mora nadaljevati z edukacijami prebivalstva. Prekomerna TT je bolezen, ki ubija.

Zmanjšanje TT podaljša življenjsko dobo. Pacienti so zadovoljni tako z zmanjšanjem TT kot tudi s subjektivnim občutkom sitosti. Razveseljivo je prenehanje sobolewnosti. Stroški zdravljenja sobolewnosti so astronomski. Bariatrična kirurgija je dokazala, da je le z operacijo mogoče doseči sprejemljiv (v 95 %) dolgoročni rezultat, medtem ko so druge metode dolgoročno (študije s spremljanjem nad 14 let) uspešne v manj kot 5 %. Posebej pomembno je dejstvo, da se pacienti ne redijo, ampak vzdržujejo pridobljeno izgubljeno TT.

LITERATURA

- American Society for Bariatric Surgery. Rationale for the surgical treatment of morbid obesity. Dostopno na: <http://www.asbs.org/html/ration.html> (20. 1. 2014).
- Avbelj M, Saje Hribar N, Seher Zupančič M, Bracar P, Kotnik P, Iršič A, et al. Prevalenca čezmerne prehranjenosti in debelosti med pet let starimi otroki in 15 oziroma 16 let starimi mladostnicami in mladostniki v Sloveniji. Zdrav Vestn. 2005; 74 (12): 753–9. Dostopno na: <http://www.vestnik.sz.d.si/st5-12/753-759.pdf> (20. 1. 2014).
- Bariatric surgery resource. Dostopno na: <http://thebariatricsurgeryresource.com> (18. 1. 2014).

- Bariatric Surgery. Dietary guidelines after bariatric surgery. Dostopno na: <http://www.wpahs.org/specialties/bariatric-surgery/dietary-guidelines-after-bariatric-surgery> (25. 1. 2014).
- Buchwald H, Avidor Y, Braunwald E, Jensen MD, Pories W, Fahrbach K, et al. Bariatric surgery. A systematic review and meta-analysis. JAMA. 2004; 292 (14): 1724–37. Dostopno na: <http://www.ietf.org/media/ietfmar17.pdf> (21. 1. 2014).
- Christou NV, Sampalis JS, Lieberman M, Look D, Auger S, McLean APH, et al. Surgery Decreases Long-Term Mortality, Morbidity, and Health Care Use in Morbidly Obese Patients. Ann Surg. 2004; 240 (3): 416–24.
- Duke Medicine. The Recommended Diet Following Bariatric Surgery; 2014. Dostopno na: http://www.dukehealth.org/services/weight_loss_surgery/care_guides/bariatric_surgery_diet_manual/the_recommended_diet_following_bariatric_surgery (25. 1. 2014).
- Fitch K, Pyenson B, Abbs S, Liang M. Obesity: A Big Problem Getting Bigger. Dostopno na: <http://publications.milliman.com/research/health-rr/archive/pdfs/Obesity-Big-Problem-Getting-Bigger-RR03-01-04.pdf> (21. 1. 2014).
- International Federation for thr Surgery of Obesity. Patient Selection for Bariatric Surgery Dostopno na: <http://www.obesity-online.com/ifso/ifso-selection.htm> (18. 1. 2014).
- Manson JE, Willett WC, Stampfer MJ, Coldtz GA, Hunter DJ, Hankinson SE, et al. Body weight and mortality among women. N Engl J Med. 1995; 333 (11): 677–85.
- Mayo Clinic. Gastric bypass diet: What to eat after the surgery. Dostopno na: <http://www.mayoclinic.com/health/gastric-bypass-diet/my00827> (25. 1. 2014).
- Miller K. Patient information-morbid obesity; 2014 Dostopno na: <http://www.miller.co.at/default.htm> (19. 1. 2014).
- Stroh C, Manger T. Complications After Gastric Banding – Results of an inquiry in Germany. 2010; 77 (3): 244–50. Dostopno na: http://www.link.springer.com/chapter/10.1007/978-3-642-11541_7-55 (21. 1. 2014).
- UCSF Medical Center. Dietary Guidelines After Bariatric Surgery. Dostopno na: http://www.ucsfhealth.org/education/dietary_guidelines_after_gastric_bypass/ (22. 1. 2014).
- UPMC Life Changing Medicine. Post Bariatric Surgery Diet. Dostopno na: <http://www.upmc.com/Services/bariatrics/approach/post-surgery/diet/Pages/default.aspx> (22. 1. 2014).
- WHO. Obesity. Dostopno na: <http://www.who.int/topics/obesity/en/> (18. 1. 2014).

POMEN VZDRŽEVANJA TELESNE TEMPERATURE PACIENTOV V MEDOPERATIVNEM OBDOBJU

IMPORTANCE OF MAINTAINING BODY TEMPERATURE IN SURGICAL PATIENTS DURING INTRAOPERATIVE PERIOD

Simon Veladžič, dipl. zn.
Ortopedska bolnišnica Valdoltra
simon.veladzic@ob-valdoltra.si

POVZETEK

Teoretična izhodišča: Medoperativna podhladitev pri pacientih je pogost pojav in je povezana s številnimi škodljivimi posledicami. Te vključujejo povečano izgubo krvi in potrebe po transfuziji krvi, podaljšano okrevanje po operaciji, slabše celjenje in pogostejše infekcije kirurških ran, neugodje zaradi občutka mraza, drgetanje idr. Zato v tujini že obstajajo smernice, ki določajo metode vzdrževanja telesne temperature pacientov skozi vsa perioperativna obdobja. Te priporočajo primerno pokrivanje pacienta ter dobro preizkušene metode aktivnega ogrevanja v medoperativnem obdobju, kot so ogrevanje s pomočjo toplega zraka (ang. *forced-air warming*), ogrevanje intravenskih tekočin, ogrevanje tekočin za izpiranje idr. V našem kliničnem okolju se omenjene smernice še niso uveljavile, zato sta vzdrževanje telesne temperature in uporaba aktivnih metod ogrevanja pacientov med operativnim posegom odvisna predvsem od subjektivne odločitve anesteziologa oz. medicinske sestre pri anesteziji. Tudi nadzor nad telesno temperaturo v obdobju anestezije je še vedno redkost.

Namen naše raziskave je bil ugotoviti, kako pogosta je podhladitev pri pacientih med večjimi ortopedskimi operativnimi posegi in ali standardne metode ogrevanja pacientov (pasivna izolacija, uporaba grelnih blazin, uporaba grelca infuzijskih tekočin) zadostujejo za vzdrževanje normotermije v medoperativnem obdobju.

Metode: Raziskava je potekala v Ortopedski bolnišnici Valdoltra v obdobju od decembra 2011 do maja 2012, v katero je bilo vključenih 66 odraslih pacientov z načrtovano primarno ali revizijsko operacijo kolka oz. kolena.

Rezultati in diskusija: Ob koncu operativnega posega je bilo kar 85 % pacientov podhlajenih. Povprečna telesna temperatura pacientov pred operativnim posegom je bila 36,6 °C, po koncu posega pa 35,3 °C. Raziskava je pokazala, da je metoda aktivnega ogrevanja s toplim zrakom učinkovitejša od pasivne izolacije, saj so bili vsi pacienti v skupini brez aktivnega ogrevanja ob koncu posega podhlajeni, kljub temu pa ne zadostuje za vzdrževanje normotermije. Kot najučinkovitejša se je izkazala kombinacija ogrevanja s toplim zrakom in sočasno ogrevanje infuzijskih tekočin (57 % podhlajenih pacientov). Pomembne razlike med skupinami so se pokazale tudi v stopnji podhlajenosti. V primerjavi z operacijami kolenskega sklepa so bile operacije kolka pogosteje povezane s podhladitvijo v času operativnega posega. Še posebej zanimivo je, da je bilo pri revizijskih operacijah manj primerov podhladitve, kakor pri primarnih operacijah, saj smo glede na obseg in čas trajanja revizijskih operacij pričakovali nasprotno.

Raziskava ima številne omejitve, saj so skupine pacientov glede na vrsto posega in način vzdrževanja telesne temperature med operacijo zelo heterogene ter relativno majhne, kar manjša uporabnost in otežuje interpretacijo dobljenih rezultatov. Z bolj načrtno izbranim in nekoliko večjim vzorcem bi bilo možno bolje interpretirati nekatere pridobljene rezultate v povezavi z različnimi dejavniki.

Zaključki: Nenamerna podhladitev v medoperativnem obdobju je pogost pojav pri zahtevnejših ortopedskih posegih. Rezultati raziskave v Ortopedski bolnišnici Valdoltra so pokazali, da obstoječe metode ne zadoščajo za vzdrževanje telesne temperature pacientov med večjimi ortopedskimi operacijami. Predvsem pa se je pokazala potreba po izdelavi protokolov vodenja telesne temperature pacientov skozi celotno perioperativno obdobje.

Ključne besede: podhladitev, operacija, vzdrževanje telesne temperature, medoperativne metode ogrevanja

ABSTRACT

Theoretical background: Intraoperative hypothermia is common in surgical patients and it has been associated with many adverse consequences. These include increased blood loss and the need for blood transfusion, prolonged recovery after surgery, delayed wound healing and more frequent surgical site infection, thermal discomfort and shivering etc. Guidelines are already in use in clinical settings abroad, which define the methods for maintaining body temperature of patients throughout the perioperative period. These recommend appropriate passive insulation of patients and well-tested methods of active warming, such as forced-air warming, intravenous fluids warming, irrigation fluids warming etc. There are no guidelines implemented yet in our clinical setting, and the use of these methods for maintaining body temperature depends primarily on subjective decision by anesthesiologist or nurse anesthetist. Body temperature monitoring during intraoperative period is still uncommon, too.

The aim of our study was to determine how often hypothermia is present in patients undergoing major orthopedic surgery, and whether the standard methods for maintaining body temperature: passive insulation, forced-air warming and the use of intravenous fluids warmer is sufficient to maintain normothermia during interoperative period.

Methods: The study was conducted in Valdoltra Orthopaedic Hospital during the period from December 2011 to May 2012, which involved 66 adult patients with planned primary or revisional hip or knee surgery.

Results and discussion: At the end of surgery, 85 % of patients were hypothermic. The average body temperature of patients prior to surgery was 36,6 °C, and at the end of intervention it was 35,3 °C. Results show that the method with forced-air warming is more efficient than passive insulation, since all patients that group were hypothermic. However, forced-air warming alone is not sufficient to maintain normothermia. Combination of forced-air warming and intravenous fluids warming has proven to be most efficient (57 % hypothermic patients). Significant differences between groups were also shown in the degree of hypothermia. Compared to knee joint surgery, hip replacement surgery was more often

associated with intraoperative hypothermia. Especially interesting is that in the group of revisional surgery there were fewer cases of hypothermia, as we have expected the opposite.

The study has several limitations, as the patient groups according to the type of surgery and means of maintaining body temperature during surgery are very heterogeneous and relatively small, which reduces the usefulness and complicates the interpretation of the results obtained. With more systematically selected and larger model it would be possible to better interpret some of the results obtained in relation to different factors.

Conclusions: Unintended hypothermia is a common phenomenon during major orthopaedic procedures. The results of research in Valdoltra Orthopaedic Hospital show that existing methods are not sufficient to maintain body temperature of patients. Above all, setting the protocols for body temperature maintenance throughout perioperative period is needed.

Key words: hypothermia, surgery, body temperature maintenance, intraoperative warming methods

LITERATURA

- Hart SR, Bordes B, Hart J, Corsino D, Harmon D. Unintended perioperative hypothermia. *The Ochsner Journal*. 2011; 11 (3): 259–70.
- Hooper VD, Chard R, Clifford T, Fetzer S, Fossum S, Godden B, et al. ASPAN's evidence-based clinical practice guideline for the promotion of perioperative normothermia. *J Perianesth Nurs*. 2009; 24 (5): 271–87.
- National Collaborating Centre for Nursing and Supportive Care commissioned by National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). The management of inadvertent perioperative hypothermia in adults; 2008. Dostopno na: www.nice.org.uk/nicemedia/pdf/CG65Guidance.pdf (15. 1. 2014).
- Sessler DI. Complications and treatment of mild hypothermia. *Anesthesiology*. 2001; 95 (2): 531–43.
- Veladžić S. Pomen vzdrževanja telesne temperature pacientov v medoperativnem obdobju: diplomsko delo. Izola: Univerza na primorskem, Fakulteta za vede o zdravju; 2013.

SKLADNOST MED PRIČAKOVANIM IN DEJANSKIM STANJEM PACIENTOV PRED IN PO OPERACIJI KOLKA

CONSISTENCY BETWEEN ANTICIPATED AND THE ACTUAL STATE OF PATIENTS BEFORE AND AFTER HIP SURGERY

Tanja Montanič Starc, dipl. m. s.
Ortopedska bolnišnica Valdoltra
tanjastarc@yahoo.it

IZVLEČEK

S staranjem prebivalstva se težave z gibalnim sistemom večajo. V ospredju so obrabe sklepov, predvsem kolčnega in kolenskega sklepa. Za to patologijo je najprimernejša rešitev operativno zdravljenje in vstavev umetnega sklepa. Pred vsako operativno obravnavo ima vsak pacient določena pričakovanja oziroma pričakuje določene spremembe. Pričakovane pozitivne spremembe se lahko v določenih okoliščinah tudi realizirajo, v kolikor so pričakovanja realna. Pričakovanje igra pomembno vlogo v času zdravljenja, in sicer bolj kot pacient verjame v pozitivne učinke zdravljenja, bolj verjetno je, da bo občutil izboljšanje. Pacientova pričakovanja in prepričanost v pozitiven rezultat, lahko sprožijo pozitiven učinek.

Ključne besede: starostnik, operacija kolka, pričakovanja pacientov, zdravstvena nega, medicinska sestra

ABSTRACT

Problems with locomotion system especially joint abrasions increase with the ageing of the population. The focus is on wear joints, especially hip and knee. For this pathology the preferred solution is the surgery with the insertion of a prosthetic joint. Before each operational consideration each patient has certain expectations and expect some changes. The expected positive changes can be achieved in certain circumstances if those expectations are realistic. Expectation plays an important role during the treatment, namely, the more the patient believes in the positive effects of the treatment, the more likely it is to feel the improvement. The patient's expectations and belief in a positive outcome can trigger a positive effect.

Key words: elderly, hip surgery, patient expectations, health care, nurse

TEORETIČNA IZHODIŠČA

V novodobnem načinu življenja, kjer upada stopnja rodnosti ter se podaljšuje življenjska doba, se je pojavilo pospešeno staranje prebivalstva (Ramovš, 2003). K staranju prebivalstva

je bistveno pripomogel tudi napredek medicine. Več kot očitno je dejstvo, da se vzporedno s starostjo povečujejo potrebe po zdravstvenih storitvah. S starostjo postajajo bolezni gibalnega sistema eden najpogostejših razlogov za hude, kronične bolečine in telesno prizadetost (Accetto, 1987).

V naši raziskavi je obravnavan starostnik in nekatere bolezni oziroma poškodbe, ki pripeljejo do operativnega zdravljenja. Običajno pacienti v času bolezni oziroma poškodbe pričakujejo, da se jim bo splošno stanje nekoliko izboljšalo. Pomembno je, da so pričakovanja realna, torej ne previsoka, da se ne bi pojavilo razočaranje ob nedoseganju teh, kar bi lahko negativno vplivalo na psihično, fizično in socialno stanje pacientov.

V slovenskem prostoru nismo zasledili raziskav, ki bi ugotavljale, če se pričakovanja, ki jih imajo pacienti pred operacijo skladajo z dejanskim stanjem po operaciji. Namen naše raziskave je bil ugotoviti, ali se dejansko stanje pacientov po operaciji kolka sklada z njihovimi pričakovanji, ki so jih imeli pred operacijo. Glede na namen sta bili postavljeni dve delovni hipotezi. Prva hipoteza: Stanje pacientov po operaciji je skladno s pričakovanji, ki jih imajo pred operacijo. Druga hipoteza: Pacienti menijo, da ima medicinska sestra pomembno vlogo pri uresničevanju njihovih pričakovanj.

Cilji raziskave so bili:

- pregledati ustrezno sodobno literaturo raziskovalnega področja,
- primerjati pričakovanja pacientov o njihovem stanju pred in po operaciji,
- ugotavljati ustreznost pridobljenih informacij pred operacijo glede operacije, hospitalizacije in rehabilitacije,
- primerjati mnenja o ustreznem odnosu in ravnanju medicinske sestre pred in po operaciji.

METODE

Raziskava je temeljila na kvantitativnem empiričnem neeksperimentalnem pristopu.

Vzorec ter izvedba raziskave

Zbiranje podatkov je potekalo v Ortopedski bolnišnici Valdoltra od aprila do julija leta 2011. V raziskavo je bilo vključenih 50 pacientov, ki so prišli v bolnišnico na načrtovano ortopedsko operacijo, vstavitev kolčne endoproteze.

Merski instrument

Raziskava je bila izvedena s pomočjo anketnega vprašalnika. Vprašalnik je vseboval vprašanja z namenom pridobitve demografskih podatkov anketiranca, o spolu, starosti, poklicu oziroma izobrazbi, življenjskem okolju, socialnem stanu in predhodnih operacijah. V osrednjem delu raziskave je bila obravnavana ustreznost pridobljenih informacij pred operacijo, glede operacije, hospitalizacije in rehabilitacije, viri pridobljenih informacij in morebitni komentarji pacientov.

REZULTATI IN DISKUSIJA

Rezultati raziskave so predstavljeni v štirih sklopih in tako zajemajo osnovne podatke pacientov, obdobje pred operacijo, obdobje dva meseca po operaciji in v zadnjem sklopu preverjanje postavljenih hipotez.

Med preiskovanci so prevladovala ženske, po izobrazbi pa je prevladovala tako med ženskami kot moškimi osnovnošolska izobrazba. Starost anketirancev se je gibala med 51 in 90 let. Za veliko večino pacientov to ni bila prva operacija. Veliko anketirancev obeh spolov je bilo pred operacijo mnenja, da so pridobljene informacije glede hospitalizacije, operacije in rehabilitacije ustrezne. Največ informacij so pridobili v sami bolnišnici od zdravnika in anesteziologa, nekaj pa tudi od medicinske sestre, prijateljev in znancev, pa tudi iz javnih virov. Po operaciji se je izkazalo, da ženske niso več istega mnenja. Predlagana je bila izdaja zloženke, ki bi vsebovala vse potrebne informacije v zvezi s pred-, med- in pooperativnim obdobjem. Komentarji nekaterih pacientov pred operacijo so se navezovali na pozitivne predhodne izkušnje. Po operaciji pa so nekateri pacienti poleg pozitivne izkušnje in pohvale zdravstvenemu osebju navedli še vedno prisotnost bolečine.

Eden pomembnih ciljev raziskave je bil dokazati, da medicinska sestra lahko pripomore pri doseganju pacientovih pričakovanj in s tem posledično njihovega zadovoljstva. Bolj kot so zadovoljene pacientove potrebe, večje je njihovo zadovoljstvo. Zadovoljstvo pacientov lahko uporabimo kot enega izmed kazalcev kakovosti dela medicinske sestre. K stopnji zadovoljstva pacienta lahko prispeva pacient sam z njegovimi lastnostmi in zdravstvenim stanjem, njegova pričakovanja in sam odnos medicinske sestre do pacienta.

Prva hipoteza: Stanje pacientov po operaciji je skladno s pričakovanji, ki jih imajo pred operacijo. V splošnem se je pokazalo, da so bila pričakovanja pacientov v večini dokaj realna in so bila po operaciji tudi izpolnjena. To lahko pripisujemo ustreznemu informiranju, kakor tudi starostni strukturi pacientov, saj imajo starejši pacienti nižja pričakovanja. Rezultati te raziskave so primerljivi z rezultati raziskave, ki je bila izvedena v različnih španskih bolnišnicah, kjer so ugotovili, da so bila pacientova pričakovanja po zamenjavi sklepa izpolnjena. Tudi v tem primeru je bila raziskava opravljena na starejših pacientih (Gonzalez, 2010). Ne glede na rezultat raziskave menimo, da bi bilo za doseg čim višje stopnje zadovoljstva pri pacientih potrebno nekoliko več narediti na področju informiranja. Tako bi pacienti imeli na voljo čim več potrebnih informacij, ki lahko bistveno vplivajo na njihova pričakovanja.

Druga hipoteza: Pacienti menijo, da ima medicinska sestra pomembno vlogo pri uresničevanju njihovih pričakovanj. Ugotovitve so pokazale, da so medicinske sestre dejansko odigrale pomembno vlogo pri izpolnjevanju pacientovih pričakovanj. To pomeni, da so bili pacienti zadovoljni z vlogo in kakovostjo dela medicinske sestre. Podobna raziskava je bila opravljena tudi na urgentnem oddelku za pljučne bolezni in alergijo Bolnišnice Golnik. Tudi tukaj se je namreč pokazalo, da je vloga medicinske sestre pri zagotavljanju zadovoljstva pacienta zelo pomembna (Prestor, 2009). Menimo, da je ključnega pomena odnos, ki ga medicinska sestra vzpostavi že ob prvem stiku s pacientom. Pomembna je pravilna komunikacija, tako verbalna kot neverbalna. Za doseganje tega, pa mora imeti medicinska sestra ustrezna znanja, katera lahko pridobi s šolanjem, seminarji ipd.

Na osnovi pridobljenih rezultatov lahko sklepamo, da imajo vsi pacienti glede poteka operacije in pooperativnega okrevanja ter odnosa medicinske sestre v tem obdobju njihovega zdravljenja dokaj realna pričakovanja, za katera je raziskava pokazala, da so se v veliki meri tudi uresničila.

ZAKLJUČEK

Z raziskavo smo prišli do ugotovitve, da med pacienti na splošno primanjkuje informacij, ki lahko bistveno vplivajo na celoten proces zdravljenja. S strani nekaterih pacientov je bila predlagana zloženka, ki bi jo pacient lahko imel vedno pri sebi. Vsebovala bi vse informacije glede priprave na operacijo, tako v domačem okolju kot v bolnišnici, poteku operacije in hospitalizacije ter rehabilitacije v domačem okolju, kakor tudi v zdraviliščih. Vsebovati bi morala podatke o možnih komplikacijah in njihovem zdravljenju oziroma preprečevanju. Menimo, da bi tovrstna zloženka lahko olajšala delo medicinskim sestram, saj bi pacienti določene podatke pridobili že v zloženki.

S staranjem prebivalstva se pričakuje vse več tovrstnih pacientov. Z ustrežno preventivo, informiranjem, komunikacijo in zdravstveno nego se lahko doseže kakovostno zdravljenje, kakor tudi realnejša pričakovanja samih pacientov.

LITERATURA

- Accetto B. Starost in staranje: Osnove medicinske gerontologije. Ljubljana: Cankarjeva založba; 1987.
- Beltram V. Ortopedska bolnišnica Valdoltra 1909–2009 – Od obmorskega okrevališča do moderne ortopedske bolnišnice. Ankaran: Ortopedska Bolnišnica Valdoltra; 2009.
- Dolžan LH. Sodobna organizacijska oblika kakovostne obravnave pacienta je tudi »Case Management«. Dostopno na: http://www.zbornica-zveza.si/dokumenti/kongres_zbn/pdf/133F.pdf (2. 12. 2012).
- Gonzalez M. Patient Expectations and Health-Related Quality of life Outcomes Following Total Joint Replacement. Value in Health. 2010; 13 (4): 447–54.
- Goričan A. Zadovoljstvo uporabnikov zdravstvenih storitev z delom zdravstvenega osebja: študija primera: magistrsko delo. Koper: Univerza na Primorskem, Fakulteta za management; 2009.
- Herman S, Antolič V, Pavlovič V. Ortopedija. Ljubljana: Samozaložba; 2006.
- Hojnik I. Nekatere psihosocialne karakteristike mlajše in starejše skupine starostnikov. Zdrav Obzor. 1986; 20: 215–9.
- Lee J, Song KB, Sohn HY, Jeong SH, Kvon HK. Comparison Between Patient Expectation Before and Satisfaction After Periodontal Surgical Treatment. J Periodontal. 2002; 1037–41.

- Levašič V. Kaj je dobro vedeti o vstavitvi endoproteze kolka ali kolena. Dostopno na: <http://www.ob-valdoltra.si/informacije-o-zdravljenju> (10. 8. 2011).
- Pirjevec I. Filozofija zdravstvene nege usmerjena k človeku – pomagajmo graditi lepši svet. In: Trampuž R, ed. *Kakovost zdravstvene nege – Kako jo prenesti v prakso* (zbornik prispevkov). Nova Gorica: Društvo medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov; 2004: 41.
- Prestor L. Zadovoljstvo pacientov kot element kakovostne obravnave v urgentni ambulanti bolnišnice Golnik, klinični oddelek za pljučne bolezni in alergijo. Dostopno na: http://www.zbornica-zveza.si/sites/default/files/kongres_zbn_7/pdf/312C.pdf (30. 11. 2011).
- Ramovš J. *Kakovostna starost: Socialna gerontologija in gerontagogika*. Ljubljana: Inštitut Antona Trstenjaka; 2003.
- Vodovnik D. *Zdravstvena nega starostnika po operaciji kolka med rehabilitacijo v Termah Zreče*: diplomsko delo. Maribor: Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede; 2009.

PACIENTOVO DOŽIVLJANJE SVOJEGA STANJA V AKUTNI FAZI PLJUČNE EMBOLIJE

EXPERIENCING OF OWN STATUS BY PATIENT IN THE ACUTE PHASE OF PULMONARY EMBOLISM

Helena Cah, dipl. m. s.

Ortopedska bolnišnica Valdoltra, Oddelek pooperativne nege
helena.cah@ob-valdoltra.si

Doroteja Rebec, mag. zdr. neg., pred.

Univerza na Primorskem, Fakulteta za vede o zdravju
doroteja.rebec@fvz.upr.si

IZVLEČEK

Teoretična izhodišča: Pljučna embolija je pogost zaplet pri artroplastiki kolena in kolka, ki prekine proces mobilizacije pacienta. Pacient postane odvisen zaradi terapijskega mirovanja, skrbi pa ga tudi izid zdravljenja. Zaplet v zdravljenju pacienta presenetiti, zato se v njegovem doživljanju in počutju zgodi negativni preobrat.

Metode: Raziskava je temeljila na študiji primera dveh pacientk, ki sta po operativnem posegu doživeli pljučno embolijo. Podatki so bili zbrani s pomočjo opazovanja, razgovorov in zdravstvene dokumentacije. V obdelavi podatkov je bil uporabljen kvalitativni pristop.

Rezultati: Pacientki sta težko prenašali nepomičnost, odvisnost od drugih in občutek, da sta okolici v breme. Strahovi, dvomi in skrbi so se pojavili v zvezi s prognozo pljučne embolije in prognozo osnovnega zdravljenja. Pri mlajši pacientki je skrb glede razpleta situacije izhajala iz aktivnih vlog, ki jih ima v življenju, starejša pa je zaplet v zdravljenju doživela kot preizkušnjo, ki ji je potrdila, da v življenju ni nič samoumevnega.

Diskusija in zaključki:

Zavedanje, da je doživljanje vsakega posameznika njemu lastno, je za zdravstveno nego in oskrbo pacientov bistveno. Če hočemo pacientu nuditi tisto, kar potrebuje, ga moramo najprej poznati in razumeti, kako neko fazo zdravljenja doživlja. Raziskava je pokazala to subjektivnost doživljanja posameznika, ki izhaja iz njegovih življenjskih izkušenj in okolja, iz katerega izhaja.

Ključne besede: pacientovo soočanje, komplikacija ortopedske operacije, zdravstvena nega

ABSTRACT

Introduction: Pulmonary embolism is a common complication of knee and hip orthopedic surgery, which stops the patient in process of mobilization. The patient becomes dependent because of therapeutic standstill, worried by the outcome and also negatively surprised by that complication.

Methods: The survey was based on a case study of two patients who experienced a pulmonary embolism after surgery. Data were collected through observation, interviews and medical records and processed through a qualitative approach.

Results: Patients have difficulties to tolerate immobility, dependence on others and feel that they are a burden to others. Fears, doubts and concerns have arisen in relation to prognosis of pulmonary embolism and prognosis of basic treatment. The younger patient was concerned about the unfolding situation resulting from the active roles she has in life, while the older patient was concerned about treatment complications for a reason because nothing in life is taken for granted.

Discussion and conclusions: Awareness that the experience of each individual is innate, is significant for the nursing care. To give the patient what he needs, we must first know and understand how a treatment affects the patient. Research has shown that subjective experience of the individual, resulting from his life experiences and the environment from which it derives, are important in nursing care for each patient.

Key words: patient's coping, complication of orthopedic surgery, nursing care

TEORETIČNA IZHODIŠČA

S starostjo velikokrat nastopijo degenerativne spremembe na okostju, predvsem na sklepih kolka in kolena. Z artroplastiko izboljšamo delovanje sklepov in odpravimo bolečine, zaradi katerih pacienti iščejo pomoč. Vendar pa je pogost zaplet takšne operacije pljučna embolija (Ponikvar, et al., 2010), ki v večini primerov izvira iz globokih ven spodnjih okončin ali male medenice (Marin, 2010). Zdravljenje pljučne embolije je dolgotrajen proces, ki zahteva tudi strogo mirovanje pacienta nekaj dni (Možina, 2005). Mirovanje sproži večino problemov, ki nastanejo zaradi pacientove zdravstvene prizadetosti oziroma nezmožnosti za samostojno oskrbo (Tavželj, 2011), s tako situacijo pa se pacienti težko soočajo in jo težko sprejmejo. Na paciente tak zaplet zdravljenja deluje celovito, zato morata biti tudi pomoč in podpora v okviru zdravstvene nege celostna. To pa je mogoče le, ko vsaj približno razumemo, kako nastalo stanje pacient doživlja.

METODE

Raziskava, ki je bila izvedena jeseni 2012 v Ortopedski bolnišnici Valdoltra, je temeljila na študiji primera dveh pacientk, ki sta po načrtovani ortopedski operaciji doživeli pljučno embolijo kot komplikacijo v procesu zdravljenja. Z raziskavo smo želeli ugotoviti, na kakšen način se pacientki soočata z nastalo komplikacijo v času zdravljenja in kako ta vpliva na njuno počutje ter doživljanje. Obe pacientki sta bili izbrani priložnostno in sta se za sodelovanje v raziskavi odločili prostovoljno. Podatki so bili zbrani na osnovi opazovanja pacientk, iz razgovorov z njima ter iz njune zdravstvene dokumentacije. Obdelani so bili po načelih kvalitativne analize, kjer smo s pomočjo tehnike tematske mreže (Roblek, 2009) iskali vsebinske poudarke na osnovi študij primerov (Sagadin, 2004), da bi bolje razumeli percepcijo in odzivanje pacientk na nastali zaplet v procesu zdravljenja.

REZULTATI IN RAZPRAVA

Z raziskavo smo želeli spoznati, kako izbrani pacientki sprejemata svoje trenutno zdravstveno stanje, kako se z zapletom zdravljenja soočata, kaj pri tem doživljata in o čem razmišljata. Če hočemo pacientu nuditi kakovostno zdravstveno nego, potem moramo izhajati iz njegovih negovalnih problemov (Kavalič, 1981), pri tem pa upoštevati njegove fizične, psihične, socialne in duhovne potrebe ter delovati sočutno in spoštljivo (Lubi, 2009). Zato je pričujoča raziskava primer, kako pacienta, pri katerem se je zdravljenje zakompliciralo do te mere, da je postal za nekaj časa odvisen od drugih in omejen v gibanju, ob tem pa ga skrbi tudi izid zdravljenja, poskušati razumeti in mu nuditi tisto, kar potrebuje.

Pri obeh pacientkah smo pred zapletom zdravljenja opazili zadovoljstvo in veselje, ker se je zdravstveno stanje izboljševalo in sta v rehabilitaciji napredovali do prvega vstajanja. Zato je tudi razumljiv preobrat v razpoloženju, počutju in doživljanju, ko se je situacija z nastankom pljučne embolije zakomplicirala, ker tega nista pričakovali. Komplikacija po operaciji, ki povzroči nenadno priklenjenost na posteljo in odvisnost od drugih, paciente močno prizadene (Rakovec Felser, 2009), še posebej, če so od zdravljenja pričakovali hitro okrevanje in vrnitev v domače okolje.

Poleg simptomov pljučne embolije, bolečine v predelu operativnega posega in funkcijske nezmožnosti ter nekaterih pokazateljev ne najboljšega počutja (razdražljivost, utrujenost, nespečnost) so bili pri obeh pacientkah izraženi še nekateri drugi aspekti doživljanja. Predvsem je šlo za strah, zaskrbljenost in nezaupanje ter občutke nekoristnosti oziroma bremena, izgube in krivde. Strah je najpogostejši spremljevalec pljučne embolije ravno zaradi možnega neželenega izida zdravljenja in bojzani, kakšno bo njegovo fizično stanje po končanem zdravljenju (Seničar, 2006). Občutki nekoristnosti in obremenjevanja drugih, ki izhajajo iz odvisnosti, pa lahko pacienta privedejo tudi do slabe volje ali celo do pomanjkanja volje na sploh in do življenja (Grkman, 2011). V tem delu sta se pacientki nekoliko razlikovali v navedbah, kar potrjuje subjektivnost doživljanja vsakega posameznika. Pri prvi (mlajši) je bila bolj poudarjena skrb glede razpleta zdravstvenega stanja in prihodnosti, kar je razumljivo glede na relativno mladost pacientke in s tem povezanimi načrti v življenju. S tem v zvezi lažje razumemo tudi njen občutek nekoristnosti, bremena, nesposobnosti, ki kaže na osebo, ki je v življenju aktivna tako doma, v službi kot v svojem prostem času. Tudi skrb, kako je doma in potreba po pogovorih z osebjem o svojih domačih, kaže na pomembnost družinskega življenja pri mlajši pacientki. Opaženo potrebo po aktivni vključenosti v družinsko življenje kljub bolezni lahko razumemo glede na starost pacientke, saj otroci še niso popolnoma samostojni, preživetje družine pa je odvisno od aktivne vloge staršev.

Pri drugi (starejši) pa opazimo, da jo je zelo motila odvisnost od drugih oziroma izguba svobode, samostojnosti in zmožnosti, ker ne bi bila rada v breme, kar je izražala tudi skozi skrb za operirano nogo. Soočanje z boleznijo je bila zanjo velika preizkušnja, predvsem v smislu, da v življenju ni nič samoumevnega. Izjavo lahko razumemo, ker gre za nekoliko starejšo osebo, ko postaneta zdravje in neodvisnost večja vrednota, ki pa ju lahko zelo hitro izgubimo. Res pa je, da se tega kot mlajši ne zavedamo v tolikšni meri kot starejši, ki jim življenjske izkušnje kažejo na minljivost v življenju.

ZAKLJUČEK

Doživljanje vsakega pacienta je njegovo lastno, čeprav se v nekaterih subjektivnih vidikih ne razlikuje veliko od doživljanja drugih. V raziskavi smo imeli priložnost vsaj malo spoznati, kako različno je lahko doživljanje posameznika zato, da se mu v oskrbi in negi nekoliko približamo in pomagamo. Zavedati pa se je potrebno, da nam trend hitre obravnave v zdravstvenem sistemu krati ravno to priložnost, da bi paciente bolje spoznali in razumeli, kaj nek dogodek v življenju, kot je zaplet zdravljenja, zanje pomeni.

LITERATURA

- Grkman N. Vloga medicinske sestre pri izvajanju ustne nege pri pacientu z moteno samooskrbo; 2011. Dostopno na: http://zbornica-zveza.si/sites/default/files/publication__attachments/ustna_nega_-_vloga_zdravstvene_nege_za_zdravje_ustne_votline.pdf (20. 12. 2013).
- Kavalič S. Ocenjevanje bolnikovih potreb v negovalnem procesu. *Obzor Zdrav Neg.* 1981; 15 (3): 112–7.
- Lubi T. Kakovost v zdravstveni negi; 2009. Dostopno na: http://www.zbornica-zveza.si/sites/default/files/kongres_zbn_7/pdf/132B.pdf (29. 1. 2013).
- Marin A. Pljučna embolija. Zapora pljučne arterije; 2010. Dostopno na: <http://pza.si/Clanek/Pljucna-embolija.aspx> (27. 11. 2012).
- Možina H. Bolezni srca in ožilja. In: Kocjančič A, Mrevlje F, Štajer D, eds. *Interna medicina*, 3. izd. Ljubljana: Littera picta; 2005: 276–84.
- Ponikvar M, Vene N, Mavri A, Boc A, Fokter KS. Preprečevanje venske tromboembolije pri artroplastiki kolka in kolena – Kakovost in varnost. *Zdrav Vestn.* 2010; 79: 235–43.
- Rakovec Felser Z. Psihologija telesnega bolnika in njegovega okolja. Maribor: Založba Pivec; 2009: 122–96.
- Roblek V. Primer izpeljave analize besedila v kvalitativni raziskavi. *Management.* 2009; 4 (1): 53–69.
- Sagadin J. Tipi in vloga študij primerov v pedagoškem raziskovanju. *Sodobna pedagogika.* 2004; 4: 55–121.
- Seničar A. Psihična priprava bolnika na operativni poseg. In: Rebernik Milič M, ed. *Zagotovimo varnost pacienta: Zbornik predavanj XXI.* Ljubljana, 24. november 2006. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v operativni dejavnosti; 2006: 7–18.

- Tavželj M. Najpogostejše negovalne diagnoze pri starejših nepomičnih pacientih v domu starejših občanov: diplomsko delo. Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego; 2011: 12–4.