



Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije -
Zveza društev medicinskih sester, babic in
zdravstvenih tehnikov Slovenije

ZBORNİK XX

KADROVSKI NORMATIVI IN
RAZMEJITEV DEL
V OPERACIJSKI ZDRAVSTVENI NEGI



Sekcija medicinskih sester in
zdravstvenih tehnikov v operativni dejavnosti

KONGRESNI CENTER HOTELA MONS v LJUBLJANI
25. novembra 2005

Organizacijski odbor: Manica Rebernik Milić
Katja Pirnat
Tatjana Trotovšek

Strokovni odbor: Martina Brešan
Alenka Slak
Mirjam Ravljen

Izdala in založila:
Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije –
Zveza društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije
Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v operativni dejavnosti

Urednica zbornika: Manica Rebernik Milić
Lektorirala: Elvira Žibrat
Priprava za tisk: DeSIGNIA – Iztok Jančar s.p.
Tisk: APRINT – Alan Dvoršak s.p.

Naklada: 100 izvodov

Maribor, november 2005

ISBN 961904058-9



CIP - Kataložni zapis o publikaciji
Univerzitetna knjižnica Maribor

617-089-083:614.253.5(082)

KADROVSKI normativi in razmejitev del v operacijski zdravstveni negi : zbornik XX :
Kongresni center hotela Mons v Ljubljani, 25. novembra 2005 / [urednica Manica Rebernik Milić].
- [Ljubljana] : Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v operativni dejavnosti, 2005

ISBN 961-90405-8-9

1. Rebernik-Milić, Manica 2. Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije. Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v operativni dejavnosti (Ljubljana)

COBISS.SI-ID 55784961

SEZNAM AVTORJEV

Marta Blažič, dipl. med. ses., Splošna bolnišnica Novo mesto, Novo mesto

Saša Bobnar, dipl. med. ses., SPS Kirurška klinika, Operacijski blok, Klinični center Ljubljana, Ljubljana

Andreja Godec Kušter, dipl. med. ses., Splošna bolnišnica Slovenj Gradec, Slovenj Gradec

Vera Intihar, viš. med. ses., SPS Kirurška klinika, Operacijski blok, Klinični center Ljubljana, Ljubljana

Marija Jelnikar, viš. med. ses., SPS Stomatološka klinika, Center za ustne bolezni in paradontopatije, Klinični center Ljubljana, Ljubljana

Jana Lesar, viš. med. ses., SPS Kirurška klinika, Operacijski blok, Klinični center Ljubljana, Ljubljana

Mateja Lunar, dipl. med. ses., SPS Stomatološka klinika, Center za ustne bolezni in paradontopatije, Klinični center Ljubljana, Ljubljana

Marjeta Matjašič, dipl. med. ses., Klinični inštitut za radiologijo, Klinični center Ljubljana, Ljubljana

Jelka Mlakar, viš. med. ses., Klinični center Ljubljana, Ljubljana

Zdenka Mrak, prof. zdr. vzg., glavna medicinska sestra SPS Kirurška klinika, Klinični center Ljubljana, Ljubljana

Manca Pajnič, dipl. med. ses., SPS Kirurška klinika, Operacijski blok, , Klinični center Ljubljana, Ljubljana

Nina Samsa, dipl. med. ses., SPS Kirurška klinika, Operacijski blok, Klinični center Ljubljana, Ljubljana

Alenka Slak, viš. med. ses., SPS Kirurška klinika, Operacijski blok, Klinični center Ljubljana, Ljubljana

Cvetka Srpčič, viš. med. ses., Splošna bolnišnica Novo mesto, Novo mesto

Nika Škrabl, viš. med. ses., univ. dipl. soc. ped., SPS Kirurška klinika, Klinični center Ljubljana, Ljubljana

Marija Trošt, viš. med. ses., SPS Kirurška klinika, Operacijski blok, Klinični center Ljubljana, Ljubljana

Tatjana Trotovshek, dipl. med. ses., SPS Kirurška klinika, Operacijski blok, Klinični center Ljubljana, Ljubljana

KAZALO

MINIMALNI KADROVSKI STANDARDI V ZDRAVSTVENI NEGI <i>Jelka Mlakar</i>	7
OCENA POTREB PO KADRIH ZDRAVSTVENE NEGE V OPERATIVNI DEJAVNOSTI <i>Alenka Slak</i>	12
ZADOVOLJSTVO IZVAJALCEV ZDRAVSTVENE NEGE, ZAPOSLENIH V OPERACIJSKEM BLOKU KLINIČNEGA CENTRA V LJUBLJANI <i>Tatjana Trotovšek, Nika Škrabl, Zdenka Mrak</i>	20
JOGA KOT EDEN OD NAČINOV PREPREČEVANJA STRESA PRI OPERACIJSKIH MEDICINSKIH SESTRAH <i>Manca Pajnič</i>	31
RADIOLOŠKA MEDICINSKA SESTRA – MEDICINSKA SESTRA V OPERATIVNI DEJAVNOSTI? <i>Marjeta Matjašič</i>	35
DELO OPERACIJSKE MEDICINSKE SESTRE NA STOMATOLOŠKI KLINIKI <i>Marija Jelnikar, Mateja Lunar</i>	40
OPERACIJA BOLNIKA Z MOŽGANSKO ANEVRIZMO <i>Jana Lesar</i>	44
NALOGE IN ZAHTEVNOSTI OPERACIJSKE MEDICINSKE SESTRE PRI OPERACIJI SIVE MRENE <i>Marta Blažič, Cvetka Srpčič</i>	56
PRIKAZ PRIMERA URGENTNE OBRAVNAVE BOLNIKA S HUDO POŠKODBO OBRAZA Z VIDIKA OPERACIJSKE MEDICINSKE SESTRE <i>Nina Samsa, Tatjana Trotovšek</i>	61
NAJPOPULARNEJŠE ZDRAVLJENJE PREKOMERNE TELESNE TEŽE <i>Andreja Godec Kušter</i>	66
PREDSTAVITEV DELA OPERACIJSKE MEDICINSKE SESTRE PRI OPERATIVNEM POSEGU ODSTRANITVE MEHURJA <i>Tatjana Trotovšek, Marija Trošt, Vera Intihar, Manca Pajnič, Saša Bobnar</i>	73

MINIMALNI KADROVSKI STANDARDI V ZDRAVSTVENI NEGI

Jelka Mlakar

Izvleček

V prispevku je obravnavana problematika kadrovanja v zdravstveni negi. Prikazan je problem predvsem z vidika deficita nacionalnih kadrovskih normativov. Avtorica na primeru javnega zavoda prikaže možnost reševanja problematike.

Ključne besede: *zdravstvena nega, minimalni kadrovski standardi, kompetence, razmejitev del in nalog*

UVOD

Zdravstvena ustanova potrebuje za izpolnjevanje svojega poslanstva ustrezno število usposobljenih delavcev.

Eden od temeljnih ciljev slovenske družbe je ohranjanje, krepitev in povrnitev zdravja prebivalcev. Sprejeta strategija zdravstvene politike v nadaljnjem razvoju zdravstvenega varstva je dvig kakovosti zdravja prebivalstva Slovenije ter prilagajanje in izvajanje sistema zdravljenja (Nacionalni program zdravstvenega varstva RS, 2000).

Temu cilju naj bi sledile prioritete naloge zdravstvene politike z zagotavljanjem predvsem človeških virov; pomeni: zagotoviti zadostno število strokovno ustrezno usposobljenih zdravstvenih delavcev, da bodo lahko kakovostno in učinkovito opravljali svoje delo.

Kaj pomeni »ustrezno usposobljen zdravstveni delavec«, je znano vsem med nami. Imamo izobraževalni sistem v obliki formalnega izobraževanja, ki na eni strani »bruha« zdravstvene tehnike, po novem tehnike zdravstvene nege, in na drugi strani »daje« bistveno premalo medicinskih sester. Potem je tukaj, zaenkrat še, obvezno pripravništvo in opravljanje strokovnega izpita. Takrat rečemo, da je kandidat pripravljen za vstop v »zaresno« delovno sfero. To je praviloma tudi čas,

ko nastopi čas izkustvenega učenja, ki se skozi celo profesionalno kariero nadgrajuje v smislu vseživljenjskega učenja.

Žal zdravstvena politika skozi vsa leta postavljanja prioriternih ciljev ni zagotovila nacionalnih kadrovskega normativov za posamezne dejavnosti oz. storitve v zdravstvu. Ali enostavneje povedano; nihče ni izračunal, koliko zdravstvenih delavcev mora opraviti neko zdravstveno storitev, da bo ta opravljena strokovno in učinkovito, kaj šele, da bi kdo povedal, kakšna mora biti kvalifikacijska struktura.

Poskusi uveljavljanja kadrovskega standardov na nacionalnem nivoju so bili preko Razširjenega strokovnega kolegija za zdravstveno nego že leta 1999 in 2000; izveneli so kot strokovno sprejemljivi, ne pa tudi ekonomsko izvedljivi.

Do danes so za nas zavezujoči (ekonomsko, ne pa tudi strokovno sprejemljivi) kadrovske standardi, ki nam jih preko opravljenih storitev plačuje večinski plačnik – Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije.

MINIMALNI KADROVSKI STANDARDI

Minimalni kadrovske standardi v državi

Ob planiranju potreb po izobraževanju in potreb po delavcih se soočamo s pomanjkanjem kadrovskega standardov na državni ravni, kar bi v veliki meri olajšalo ugotavljanje potreb po kadrih, zagotavljanje ustreznih kadrov in njihovo vključevanje v delovne organizacije. Na drugi strani bi olajšalo planiranje izobraževalnih mest šolske politike, ki bi izobraževala kadre, ki so zares potrebni na trgu dela.

Mreža javnih zdravstvenih zavodov deluje pod okriljem ustanovitelja, to je Ministrstva za zdravje, ki z večinskim plačnikom zdravstvene dejavnosti, to je Zavodom za zdravstveno zavarovanje, ključno vpliva na upravljanje in vodenje zdravstvenih zavodov.

Zaposlovanje ustrezno usposobljenih kadrov in razpolaganje z drugimi viri, ki so temelj delovanja zdravstvenega zavoda, je torej v veliki meri odvisno od ustanovitelja in vira finančnih sredstev.

Ministrstvo za zdravje je v letu 2000 potrdilo kadrovske standarde potreb po medicinskih sestrah in zdravstvenih tehnikah za bolnišnično dejavnost, z

možnostjo uveljavitve, če bodo zagotovljeni finančni viri. Ta odločitev je praktično onemogočila uvajanje kadrovskih standardov, ker uprave zavodov niti plačnik niso nikoli planirali dodatnih sredstev za dodatno zaposlovanje medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov.

Aktivnosti za uveljavitev kadrovskih standardov na nacionalnem nivoju ponovno intenzivno potekajo preko RSKZN.

Minimalni kadrovski standardi v delovni organizaciji

V Kliničnem centru v Ljubljani (KC) se dnevno soočamo s pomanjkanjem zdravstvenih delavcev za obseg storitev, ki jih je treba opraviti. Pri uveljavljanju dodatnih kadrov pa so se vodstva posameznih organizacijskih enot vedno znova srečevala z dejstvom, da nimajo temeljnih izhodišč za dokazovanje potreb po delavcih.

Na področju zdravstvenega varstva v Sloveniji nimamo opredeljenih strokovnih kriterijev, s katerimi bi lahko določili potrebno sestavo zdravstvenega tima za vsako delovišče oz. storitev posebej.

Zadnji izračun potreb po kadrih je bil narejen leta 1982, ko je izšla t. i. Zelena knjiga. Pri izračunu so v manjši meri sodelovali strokovnjaki posameznih strok v zdravstvu, večinski delež odločitev je nosil plačnik, ker je bil celoten projekt namenjen predvsem financiranju zdravstvenega sistema preko storitev. Po tem letu je bil zgolj plačnik (ZZZS) tisti, ki nam je preko plačevanja storitev opredeljeval morebitno povečanje kvalifikacijskih količnikov, torej zaposlenih po številu oz. njihovi izobrazbeni strukturi.

Leta 2000 smo ugotavljali vedno večje pomanjkanje zdravstvenih delavcev, ki je bilo posledica večletne neustrezne kadrovske politike; ne nadomeščanje odhodov, nepokrite dolgotrajne bolniške odsotnosti (25 % dnevna odsotnost; predvsem bolniške odsotnosti zaradi rizičnih nosečnosti in porodnih dopustov; večinski delež zaposlenih medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov je ženskega spola, povprečna starost zaposlenih je pri zdravstvenih tehnikih 27 let). Zaradi skrajševanja ležalne dobe (v 2 letih iz povprečno 11 dni na 6,8 dneva) se je izredno povečala intenziteta dela, kar zahteva večje število zaposlenih v eni izmeni.

Zaradi vseh zgoraj navedenih dejstev smo se v vodstvu zdravstvene nege v soglasju z direktorjem zavoda odločili, da rešitve začnemo iskati sami.

Postavili smo si vprašanje, kaj storiti, da se bo problematika kadrovanja nekega dne uravnotežila.

V Kliničnem centru Ljubljana smo zato pristopili k opredelitvi in izračunu minimalnih kadrovskih standardov (MKS) za potrebe zavoda.

Vodstvo Kliničnega centra se je že leta 1998 odločilo izdelati analizo delovišč in na deloviščih ugotoviti število zaposlenih delavcev.

Projekt, ki je temeljil na enakih kadrovskih standardih za enako (ali podobno) dejavnost, je bil dobro pripravljen in je ob nastanku poleg tega, da je natančno ugotovil vsa delovišča v KC, omogočil tudi oceno obstoječega kadrovskega stanja v posamezni OE. Ker pa je zaradi zaostrenih pogojev poslovanja veljalo, da se število zaposlenih ne sme povečevati, je ostal projekt zgolj presečna študija kadrovske situacije v OE in zavodu, ki ni zagotavljala ustreznih možnosti za opredelitev enotnih smernic kadrovske politike in kakovostno opravljanje dela na posameznih deloviščih. Glavna pomanjkljivost sta bila neažurnost in statičnost oz. ne prilagajanje stalnim kadrovskim spremembam, ki so značilne za KC. Odhodi zaposlenih, zaposlovanje novih delavcev, sledenje dnevno odsotnih delavcev (vsak dan ne pride na delo ena četrtnina zaposlenih), je privedlo do paradoksa, da je kljub temu, da je »analiza delovišč« na določenem delovišču pokazala teoretično (v količnikih) dovolj veliko število delavcev, v resnici prišlo do takega izpada, ki je lahko zavrl ali celo onemogočil izvajanje delovnega procesa.

Zato je Strokovni svet KC oktobra 2001 sprejel sklep o izdelavi metodologije za postavitev MKS (minimalno število delavcev, ki je potrebno, da delovišče še lahko opravlja svojo funkcijo), ki bi pri opredeljevanju potrebnega števila delavcev za vsako delovišče posebej, upoštevala strokovna, izkustvena in ekonomska merila.

Projekt izdelave Minimalnih kadrovskih standardov je bil izveden s sodelovanjem glavnih medicinskih sester in predstojnikov posameznih organizacijskih enot v enem letu – 2002.

Na podlagi tega dokumenta, ki ga je potrdil Svet zavoda kot najvišji organ upravljanja, smo v letu 2003 uveljavili prvič po letu 1983 nova delovna mesta (DM) v zdravstveni negi; 84 DM za dipl. med. sestre, 84 DM za zdravstvene tehnike in 8 DM za dipl. babice.

V letu 2004 smo na podlagi MKS uveljavili znova nekaj dodatnih delovnih mest.

Prazna delovna mesta dipl. med. sester prenašamo iz leta v leto, ker ne dobimo ustreznega števila kandidatke za zapolnitev delovnih mest.

ZAKLJUČEK

Projekt »Minimalnih kadrovske standardi« v Kliničnem centru Ljubljana je bil dolgotrajen in zahteven, predvsem zato, ker je bilo treba vsako zahtevo po novih kadrih ali višji kvalifikacijski strukturi tudi utemeljiti. V veliko pomoč nam je bil dokument Razmejitev del in nalog, čeprav ga resorni minister do danes ni potrdil; vmes so se zamenjali že trije ministri.

Neproductivno bi bilo razmišljanje, da bi vsak zdravstveni zavod zase uveljavljal lastne kadrovske normative. Dokument KC je podlaga za uveljavitev kadrovskih normativov na nacionalni ravni, usklajevanje in dopolnjevanje poteka preko Stalne strokovne skupine za bolnišnično zdravstveno nego pri RSKZN.

Literatura

1. *Minimalni kadrovske standardi, interno gradivo, Klinični center Ljubljana, Ljubljana, 2002.*
2. *Nacionalni program zdravstvenega varstva Republike Slovenije – zdravje za vse do leta 2004; Uradni list RS 49/2000.*

OCENA POTREB PO KADRIH ZDRAVSTVENE NEGE V OPERATIVNI DEJAVNOSTI

Alenka Slak

Izyleček

V prispevku je predstavljena dejavnost Operacijskega bloka in opredelitev delovišč zdravstvene nege v operativni dejavnosti. Prikazani so minimalni kadrovske normativi za analizo in oceno kadrovskih potreb v operativni dejavnosti. Predstavljena je tudi problematika pomanjkanja medicinskih sester.

Ključne besede: *zdravstvena nega, operativna dejavnost, operacijske medicinske sestre, operacijska delovišča, minimalni kadrovske standardi*

UVOD

Po letu 1975 se je z izgradnjo osrednje stavbe Kliničnega centra kirurška operativna dejavnost skoraj v celoti preselila iz starih oddelkov Kliničnih bolnic v Centralni operacijski blok in Urgentni operacijski blok v DTS objekt in v Operacijski blok za otroško kirurgijo in Operacijski blok za opekline v centralno stavbo Kliničnega centra (KC). Dislocirane operacijske enote, ki so ostale na lokaciji Zaloška 2, so bile obnovljene. Operacijskemu bloku so se organizacijsko pridružile tudi operacijska enota za plastično kirurgijo in Aseptična in Septična operacijska enota na Polikliniki ter Operacijski blok v Bolnici dr. Petra Držaja.

Danes je Operacijski blok služba skupnega pomena za Strokovno poslovno skupnost (SPS) Kirurška klinika, ki izvaja temeljno dejavnost na področju kirurgije.

V enotah Operacijskega bloka se izvaja tako manj zahtevne kot tudi najbolj zahtevne invazivne diagnostične in terapevtske postopke – operacije za kirurške bolnike, ki potrebujejo nujne ali programirane kirurške intervencije zaradi preprečevanja, odkrivanja in zdravljenja ali lajšanja bolezni. Bolniki prihajajo iz devetih kliničnih oddelkov SPS Kirurška klinika in po potrebi tudi iz drugih strokovno organizacijskih enot Kliničnega centra.

V Operacijskem bloku zaposlene operacijske medicinske sestre in zdravstveni tehniki vzpostavljamo in vzdržujemo maksimalno varno in spodbudno okolje za bolnike in sodelavce kirurškega in anestezijskega tima. Zagotavljamo kontinuirano obravnavo bolnika v zdravstveni negi po sprejemu v operacijsko okolje.

Naše naloge so kompleksne in neprecenljive v procesu operativnega zdravljenja s poudarkom na humanih vrednotah, spoštovanju identitete in dostojanstvu vsakega bolnika. Za izvajanje vseh vrst kirurških postopkov zagotavljamo varne pogoje s poudarkom na aseptičnih in sterilnih tehnikah dela, v skladu s standardi za operacijsko strokovno področje in drugimi veljavnimi smernicami za dobro klinično prakso.

Strokovno načrtujemo, organiziramo, izvajamo in nadziramo postopke:

- neposredno sodelovanje pri operativnih posegih z nalogami umite in neumite operacijske medicinske sestre;
- kakovostna oskrba in zaščita bolnika pred med in po posegu;
- izpolnjevanje strokovne dokumentacije in podatkov za organizacijo in evidentiranje opravljenega operacijskega programa;
- higiensko vzdrževanje in sterilizacija pripomočkov in opreme;
- skrb za varno in čisto okolje s poudarkom na pravilni logistiki materiala in osebja;
- priprava, vzdrževanje, naročanje in skladiščenje opreme, vrste in količine kirurškega sterilnega materiala, zdravil in zdravstvenih pripomočkov ter delovne in zaščitne obleke za operacijske ekipe;
- mikrobiološke kontrole okolja, pripomočkov, materiala in postopkov;
- mikrobiološke kontrole osebja in bolnikov.

Sodelujemo v kirurški dejavnosti, ki sodi na sekundarni in terciarni nivo strokovnega področja. Skrbimo za lastno strokovno izpopolnjevanje in v skladu s strokovnimi priporočili in standardi uvajamo spremembe in izboljšave na svojem strokovnem področju dela. Vključujemo se v raziskovalne naloge s področja zdravstvene nege, hospitalne higiene in organizacije dela. Sodelujemo pri uvajanju in razvijanju novih metod dela in kirurških operativnih tehnik, ker smo člani kirurških ekip in delujemo kot nosilci sistema kakovosti v svoji stroki.

V sodelovanju z Visoko šolo za zdravstvo izvajamo pedagoško delo v obliki vodenih vaj, pripravljamo strokovna predavanja v okviru uvajalnih seminarjev za medicinske sestre in zdravstvene tehnike pripravnike ter sodelujemo v strokovnih preverjanjih znanj na strokovnih izpitih. Uvajamo novo zaposlene medicinske sestre, zdravstvene tehnike in ostale sodelavce v operativno dejavnost in smo

mentorji pripravnikom zdravstvene nege, ki se zaposlijo v Operacijskem bloku SPS kirurška klinika.

Na strokovnih srečanjih, seminarjih, simpozijih in kongresih s področja zdravstvene nege sodelujemo s svojimi strokovnimi prispevki in objavljamo strokovne članke v zbornikih in strokovnih revijah.

V naslednjih letih se končuje izgradnja Nove pediatrične klinike s štirimi operacijskimi sobami za otroško kirurgijo, načrtuje se širitev Urgence in Centralnega operacijskega bloka. Ob vedno večjih finančnih primanjkljajih v zdravstvu in povečani tekmovalnosti za kakovost med zdravstvenimi ustanovami je dobro organizirano delo v primernih prostorih z ustreznim številom usposobljenih delavcev vse bolj pomembno. Sodelovanje zdravstvenega osebja od prvih faz izgradnje in organizacije dela v novih operacijskih prostorih je velikega pomena za zagotavljanje učinkovite in kakovostne oskrbe bolnikov. Ker imamo veliko znanj in vedenj s področja organizacije dela in zahtev za operativno dejavnost, predvsem pa neprecenljive izkušnje z delom v obstoječih razmerah, nas vključujejo v projekte izgradnje in organizacije dela v novih prostorih.

ORGANIZACIJSKA STRUKTURA – PREDSTAVITEV DELOVIŠČ

Po definiciji je delovišče enota, ki vsebinsko, organizacijsko in časovno opredeljuje delovni proces, ki praviloma poteka v enem ali več določenih prostorih. Proces dela je jasno definiran in praviloma poteka z eno ekipo v točno določenem času (praviloma čas ene izmene).

Primer 1: operacijska soba (operativni čas od 8.–14. ure) pomeni **1 delovišče**.

Primer 2: operacijska soba (operativni čas od 8.– 14.00 in 14.–20. ure) pomeni **2 delovišči**.

Primer 3: operacijska soba (operativni čas od 8.– 14. in 14.–20. ure ter 20.–8. ure) pomeni **3 delovišča**.

V primeru, da dejavnost poteka v treh izmenah ali se nadaljuje z dežurstvom preko noči vsak dan v tednu, se zaradi posledičnih pravic iz dela – zagotavljanje prostega dneva upošteva še **4. delovišče**.

Po tej definiciji so v Operacijskem bloku SPS kirurške klinike poleg operacijskih delovišč – **operacijskih dvoran** po enaki metodologiji opredeljena tudi delovišča

enot za funkcionalno operativno dejavnost (enote za vzdrževanje in sterilizacijo instrumentov, enote za oskrbo z materialom, enote za sprejem in interni transport bolnikov, enote za higienizacijo prostorov, enote za gospodinjstva opravila, službe za vodenje ...).

Opredelitev delovišč je temeljni pogoj za oblikovanje kadrovskih standardov in minimalnih kadrovskih normativov (MKN) tj. minimalnega števila stalno prisotnih delavcev, ki so potrebni, da delovišče še lahko opravlja svojo funkcijo. Na podlagi števila delovišč in MKN za vsako delovišče posebej z upoštevanjem dejavnika odsotnosti (1,3) je možno opredeliti potrebno število zaposlenih.

Svet zavoda KC je v letu 2002 potrdil dokument **Minimalni kadrovski standardi**, po katerih oblikujemo zahteve za operativno dejavnost. S tem dokumentom so v KC definirana delovišča in določeni MKN tudi za operativno dejavnost in sterilizacijo v operativni dejavnosti.

Pregled delovišč Operacijskega bloka SPS Kirurška klinika

Velika operativa (VOP)

Operacijski blok sodeluje pri izvajanju programa **bolnišnične operativne oskrbe** bolnikov. V ta namen ima Operacijski blok 24 operacijskih miz, oziroma **24 operacijskih sob** v šestih operacijskih enotah, ki so opredeljene kot delovišče **velika operativa (VOP)**: Centralni operacijski blok ima 11 operacijskih sob, urgentni op blok 4, opeklinski op. blok 1, otroški op. blok 2, op. blok »stara« Zaloška 3 operacijske sobe in op. blok BPD 3 operacijske sobe. **Za VOP se opredeljujejo delovišča, kjer se izvajajo operativni posegi, pri katerih je bolnik praviloma v splošni ali regionalni anesteziji, kirurg operater potrebuje enega ali dva asistenta in eno ali celo dve umiti instrumentarki, če gre pri enem bolniku za istočasno delo v dveh op. ekipah.** Trajanje posega ni kriterij.

MKN za delovišče **VOP** na kirurgiji je **2,5 dipl. med. ses/dipl. babica/viš. med. ses.** (v nadaljevanju med. ses.)

Mala operativa (MOP)

Operacijski blok sodeluje tudi pri izvajanju **ambulantne oskrbe kirurških bolnikov** na Polikliniki, v specialistični ambulanti za plastično kirurgijo, v

ambulanti za kirurške infekcije ter v centralni zgradbi KC v ambulanti za plastično kirurgijo. Delo poteka v **3 operacijskih sobah**, ki so opredeljene za **delovišča mala operativa ((MOP))**. **Za MOP se opredeljujejo operacijska delovišča, kjer se izvajajo posegi praviloma pri ambulantnih bolnikih v lokalni ali kratkotrajni splošni anesteziji, kirurg operater izvaja poseg brez asistenta in brez umite instrumentarke.**

MKN za delovišče **MOP** na kirurgiji je **1 med. ses. in 1 zdr. teh.**

Funkcionalna dejavnost (FE)

V skladu s strokovnimi standardi ima Operacijski blok SPS kirurška klinika organizirane **enote funkcionalne dejavnosti**, ki so v večjih operacijskih enotah praviloma prostorsko in kadrovsko posebej organizirane, in zato opredeljene kot delovišča.

V večjih op. enotah so organizirana delovišča za vzdrževanje kirurških instrumentov in oskrbo z zalogami sterilnih materialov. Imenujemo jih **funkcionalne enote za substerilizacijo (FE)**. V manjših operacijskih enotah z eno operacijsko sobo so za to delo zadolžene operacijske medicinske sestre posameznega operacijskega delovišča. Naloga enote za substerilizacijo je zagotavljanje nemotenega varnega dela ekipam na operativnih deloviščih. Število delovišč je opredeljeno glede na količino in časovni obseg opravil:

- dekontaminacija in čiščenje instrumentov;
- sestavljanje, zavijanje setov z instrumenti; sterilizacija ali predaja setov v sterilizacijo v centralno enoto sterilizacije; evidentiranje in kontrola sterilizacijskih postopkov;
- naročanje, prevzem, transport in razporejanje sterilnih materialov po skladiščih.

MKN za delovišče **FE** je **2 zdr. teh.**

Higiensko epidemiološka dejavnost, kurirska in gospodinjska služba

Posebno pozornost namenjamo organizirani redni in nadzorovani dekontaminaciji, čiščenju in vzdrževanju opreme in prostorov:

- čiščenje operacijskih sob pred pričetkom operativnih posegov,
- dekontaminacija med posegi, vmesno čiščenje med posameznimi posegi,
- končno čiščenje operacijske enote,
- generalna čiščenja prostorov,

- postopki z odpadki,
- postopki s čistim in nečistim perilom,
- skrb za pravilen transport materialov,
- nadzor nad ustreznostjo čiščenja delovnih površin,
- nadzor kakovosti pitne vode in vode v opremi,
- nadzor prezračevanja in kakovosti filtracije zraka,
- nadzor ustreznosti razkuževanja,
- nadzor kontrole higienske priprave bolnika in osebja na operativni poseg.

Delo izvaja Centralna služba za oskrbo in higieno in Tehnično vzdrževalne službe KC v sodelovanju z **operacijskimi bolničarji in dodatno strokovno usposobljenimi sanitarnimi inženirji Operacijskega bloka.**

MKN za to dejavnost v KC niso dorečeni. Priporočamo lahko samo interni izkustveni normativ Operacijskega bloka za dejavnost bolničarjev: **0,5–1 bolničar na delovišče.**

Dejavnost vodenja

Vodja operacijskega bloka (glavna medicinska sestra)	1 med.ses.
Namestnica vodje	1 med. ses.
Pedagoška medicinska sestra	1 med. ses.
Medicinska sestra za kakovost zdravstvene nege	1 med. ses.
Vodja higienskega področja	1 med. ses./dipl. san. inž.

KADROVSKA SITUACIJA IZVAJALCEV ZDRAVSTVENE NEGE V OPERACIJSKEM BLOKU SPS KIRURŠKA KLINIKA

V Operacijskem bloku je trenutno zaposlenih **109 medicinskih sester** in zdravstvenih tehnikov. V povprečju izkazujemo več kot 25 % odsotnost iz naslova pripravnštva ter bolniške odsotnosti zaradi rizičnih nosečnosti in porodnih dopustov. Za razpored po deloviščih ostane **85 prisotnih**, pri razporedih le-teh pa je potrebno planirati še dodatne odsotnosti zaradi letnih dopustov, strokovnih izobraževanj in kratkotrajnih bolniških.

Na **24 delovišč velike operative** lahko razporedimo 62 zaposlenih (49 medicinskih sester in 13 zdravstvenih tehnikov, od katerih jih več kot polovica opravlja izredni študij na Visoki šoli za zdravstvo). Od 62 jih je 51 vključenih v razpored dežurne po 10 vsak dan in 23 v razpored pripravljenosti za transplantacijsko dejavnost po 5 vsak dan.

Na **5 delovišč male operative** lahko razporedimo 11 zaposlenih (6 medicinskih sester in 5 zdravstvenih tehnikov) v dopoldanski in delno popoldanski izmeni.

Na **4 funkcionalna delovišča substerilizacije** je razporejenih 10 zdravstvenih tehnikov za delo v dveh izmenah.

Izključno na **vodenje** sta razporejeni samo 2 medicinski sestri, od katerih se občasno ena vključuje v veliko operativo.

Zaradi pomanjkanja medicinskih sester za zaposlovanje v Kliničnem centru, kadrovski primanjkljaj najbolj prizadene skupino operacijskih medicinskih sester, ki so razporejene na delovišča velike operative, kjer so delovne obremenitve največje.

Ocena potreb po dodatnih kadrih

Za nemoteno delo na vseh razpoložljivih deloviščih s sedanjo obliko dela na VOP (redno delo dopoldan, **dežurna služba** popoldan, ponoči, ob nedeljah in praznikih – po dežurni prosto) z MKN 2,5 OPMS (dms/db/vms) na delovišče in izmensko delo na MOP 2 OPMS (1 dms in 1 zt) na delovišče ter izmensko delo z MKN 2 ZT na delovišče FE z upoštevanjem dejavnika odsotnosti 1,3 bi morali **dodatno zaposliti še 28 medicinskih sester**.

Optimalna rešitev problema bi bila uvedba **izmenskega dela** za vsa delovišča, za vse dni v letu v okviru redne mesečne obveze ur. Za tako obliko dela z upoštevanjem MKN in dejavnikom odsotnosti 1,3 bi morali v Operacijskem bloku **dodatno zaposliti še 42 operacijskih medicinskih sester**.

ZAKLJUČEK

Najbolj pereč problem zadnjih 15 let je nezadostna zasedenost delovnih mest operacijskih medicinskih sester. Zaradi pomanjkanja medicinskih sester v Operacijskem bloku SPS Kirurška klinika ne dosegamo priporočenega kadrovskega standarda Kliničnega centra za kirurško operativno dejavnost. Zato

kljub maksimalni delovni obremenitvi zaposlenih obstaja neizkoriščenost prostorskih zmogljivosti in razpoložljivih delovnih dni za programirane operacije. Dodatni razlog za neizkoriščene zmogljivosti je upravičeno uveljavljanje določb Zakona o delovnih razmerjih in Pravilnika o razporejanju delovnega časa in posledično uveljavljanje prostih dni po dežurstvu. Rešitev problema je zaposlitev dodatnega kadra in razporejanje delovnega časa v obliki rednega dela v izmenah.

Pričakujemo, da bo Ministrstvo za zdravje potrdilo nacionalne kadrovske standarde, ki jih pripravlja in usklajuje Strokovna skupina za bolnišnično zdravstveno nego pri RSKZLN, na podlagi katerih bomo lahko uveljavljali nova delovna mesta in zaposlili strokovno ustrezno usposobljene izvajalce zdravstvene nege v operativni dejavnosti.

Literatura

1. *ACS Surgery: Principles and Practise*, 2003.
2. *Fairchild S.S.: Perioperative Nursing: Principles and Practice*. Miame: L W& W, 1996.
3. *Minimalni kadrovski standardi*. Interno gradivo, Klinični center Ljubljana, Ljubljana 2002.
4. *Slak A.: Operacijska medicinska sestra v procesu zdravstvene nege kirurškega bolnika. Etični in pravni vidiki perioperativne zdravstvene nege: Sekcija operacijskih medicinskih sester zbornik X., ZZNS, Sekcija operacijskih medicinskih sester: Laško 2000.*
5. *The National Association of Theatre Nurses GB, Staffing and Training Sub-committee Report: Operating Departmets Staffing Establishment. NATN, 1980.*
6. *Zupančič P.: Posnetek organizacijske strukture Kliničnega centra Ljubljana. Ljubljana: Klinični center Ljubljana, 2003.*

ZADOVOLJSTVO IZVAJALCEV ZDRAVSTVENE NEGE, ZAPOSLENIH V OPERACIJSKEM BLOKU KLINIČNEGA CENTRA V LJUBLJANI

Tatjana Trotojšek, Nika Škrabl, Zdenka Mrak

Izyleček

Zadovoljstvo zaposlenih izhaja iz medčloveških odnosov in je odvisno od možnosti zadovoljevanja svojih potreb. Komunikacija in odnosi so eden ključnih dejavnikov, ki vplivajo na zadovoljstvo zaposlenih.

Zadovoljstvo medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov, kot element kakovosti pomembno vpliva na produktivnost zdravstvene nege, na zadovoljstvo bolnikov ter posledično na stroške zdravljenja.

Članek nas seznani z rezultati ankete o zadovoljstvu operacijskih medicinskih sester in medicinskih sester ter zdravstvenih tehnikov na Kirurški kliniki v Kliničnem centru Ljubljana, ki je bila opravljena v mesecu aprilu 2005. V prispevku je opredeljeno zadovoljstvo pri delu in merila za zadovoljstvo zaposlenih. Predstavljeni so kazalci zadovoljstva izvajalcev zdravstvene nege in rezultati anketnega vprašalnika.

Za zadovoljstvo izvajalcev zdravstvene nege so najbolj pomembni dobra komunikacija, spoštljivi in korektni medsebojni odnosi, profesionalni odnosi nadrejenih do podrejenih, dobra organizacija dela, ustrezna kadrovska zasedba, primerni delovni pogoji, ustrezno plačilo.

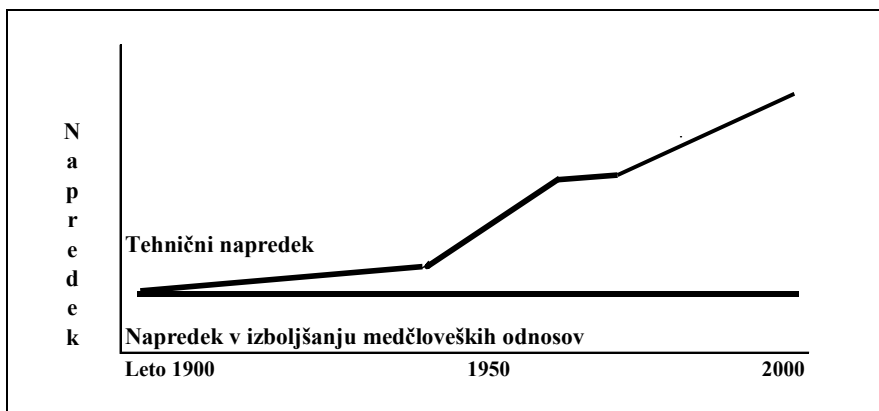
Ključne besede: *operacijska medicinska sestra, zadovoljstvo na delovnem mestu, kakovost, medsebojni odnosi, komunikacija*

UVOD

*Od vseh ljudi, ki jih boš v življenju spoznal,
si edini, ki ga ne boš zapustil ali izgubil.
Kar se tiče življenjskih vprašanj, si edini odgovor.
Kar se tiče življenjskih problemov, si edina rešitev.*

(Anonim)

Živimo v času izrednega razvoja in napredka znanosti, tehnike in informacijske tehnologije. Napredovali smo od prvega do nadzvočnega letala in do kozmičnega odkrivanja planetov. Komunikacije so napredovale od telefona na zaganjač do mobilnega telefona in interneta. Napredek je globoko zaznamoval tudi zdravstvo.



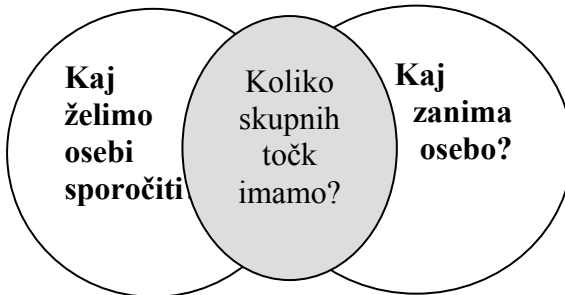
Kakovost življenja posameznika in medsebojnih odnosov, tako v zasebnem kot v službenem okolju, ter vsestranska učinkovitost osebnosti, je vezana v veliki meri na komunikativne sposobnosti. Ključnega pomena za odnose je način komuniciranja, kakršnega znamo, zmoremo in hočemo gojiti z ljudmi.

Komunikacija in medsebojni odnosi so eden izmed ključnih dejavnikov, ki vplivajo na zadovoljstvo zaposlenih.

Kakšno je pravzaprav dobro komuniciranje? To je komuniciranje, ki presega ekonomske, sociokulturne, medosebne razlike in proizvaja zaupanje, spoštovanje in sodelovanje (M. Ule, 2003). Uspešna komunikacija je opazovanje, poslušanje sebe in drugih, sodelovanje, razumljivo izražanje, spoštovanje, ... To pomeni, da

se moramo predvsem **bolje poslušati** ter tudi **slišati, kaj govorimo**. Osebo, s katero se pogovarjamo, moramo vzeti resno, ji odgovoriti na zastavljena vprašanja, pa čeprav se nam zdijo še tako nesmiselna ali že prevečkrat povedana.

Kako se pogovarjati?



Najprej odgovorimo na zastavljeno vprašanje, nazadnje povemo svoje mnenje!

Zdravstvena služba je primer kompleksne organizacije, kjer dela veliko različnih ljudi skupaj v multidisciplinarnih timih. Zaposleni v zdravstvu imajo specifičen delavnik, lahko je v izmenah, v vseh obdobjih dneva. Delo je stresno. Zdravstveni delavci se pri svojem delu srečujejo s strokovnimi in etičnimi dilemami. Velikokrat je premalo kadra, časa, opreme in pripomočkov, nadrejeni ne slišijo in ignorirajo probleme, s katerimi se soočajo, bolniki so zahtevni. Imamo preveč dela, veliko je zahtev, pravil, birokracije in ostalega, kar s skupnim izrazom lahko imenujemo »problemi« (Kobilšek, 2003).

Zadovoljstvo na delovnem mestu so dobri občutki, ki jih zaposleni dobi z opravljanjem dela.

Na splošno bi lahko rekli, da je zadovoljstvo pri delu definirano kot razlika med prejetimi in pričakovanimi pohvalami in nagradami. Izhaja iz dela samega in nastopi, ko zaposleni sprejme delo, kakršno je in izkoristi vire zadovoljstva, ki jih delo prinaša. Dobri občutki, in s tem tudi zadovoljstvo na delovnem mestu, lahko

izhajajo iz visoke delovne storilnosti, kakovostnega dela, učenja novih veščin, sodelovanja v timu, podpirajočih sodelavcev, možnosti osebne rasti in sprejemanja pohval (McNeese-Smith, Servellen, 2000; Zupančič, 2001).

Zadovoljstvo zaposlenih je pomemben kazalec kakovosti zdravstvene nege.

Koncept kakovosti se vedno izraža subjektivno in je tisto, kar si vsak želi, vendar dosežki niso odvisni samo od posameznika.

Merila za zadovoljstvo zaposlenih so številna in glede na to se postavlja veliko vprašanj:

- **Kako so zaposleni motivirani z:** možnostmi, napredovanji, komunikacijami, pooblašanjem, sodelovanjem, voditeljstvom, možnostmi izobraževanja in usposabljanja, priznavanjem uspešnosti, postavljanjem ciljev in ocenjevanjem, vrednotami, poslanstvom, vizijo, politiko in strategijo organizacije.
- **Kako so zaposleni zadovoljni s:** pogoji zaposlovanja, ugodnostmi, zdravstvenimi in varnostnimi pogoji, varnostjo zaposlitve, nagrajevanjem, odnosi med sodelavci, uvajanjem sprememb, okoljevarstveno politiko organizacije in njenim vplivom, vlogo organizacije v skupnosti in družbi, delovnimi okoljem.

Dodatna merila za zadovoljstvo zaposlenih so tudi:

- **Kako so zaposleni motivirani in sodelujejo v:** delovnih skupinah za izvajanje in izboljševanje procesov, pri predlogih za izboljšave, pri usposabljanju in razvoju, z vrednotenjem skupinskega dela, s priznanji za posameznika in skupine, z reakcijskim časom vodij na ocene zaposlenih; ali prihaja do krivične obravnave zaposlenih, kakšni so trendi zaposlovanja, učinkovitost komuniciranja, hitrost odgovora na vprašanja in poizvedovanja.

Zadovoljstvo medicinskih sester je posredno odvisno od stopnje obremenitve pri delu. Na zadovoljstvo pomembno vplivata vsebina dela izvajalcev zdravstvene nege in delovno okolje. Značilnosti dela, avtonomija pri delu, stopnja rutinskega dela, povratne informacije o delu, jasno definirana vloga, močno vplivajo na zadovoljstvo (Bohinc, Gradišar, Iršič, 1999).

Nezadovoljstvo pri delu lahko povzroča nizko delovno storilnost, slabšo produktivnost, odhajanje zaposlenih, absentizem in je zelo drago za delovno organizacijo. Ostajanje zaposlenih na delovnem mestu je pomemben kazalec zadovoljstva z delom (Shader, Broome, Elen, Nash, 2001; cit. po Zupančič, 2001).

Kazalci zadovoljstva zaposlenih v zdravstveni negi na Kirurški kliniki v KC so:

- ustrezni delovni pogoji,
- varno, urejeno in prijazno delovno okolje,
- ustrezno priznanje in nagrajevanje,
- permanentno izobraževanje,
- izraba delovnega časa,
- spremljanje poškodb pri delu,
- spremljanje zdravstvenega stanja zaposlenih izvajalcev zdravstvene nege (redni sistematski zdravniški pregledi),
- letni razgovori z zaposlenimi,
- anketa o zadovoljstvu zaposlenih medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov.

Na Kirurški kliniki v Kliničnem centru Ljubljana smo opravili raziskavo in se oprli na mnenje svojih sodelavcev oziroma njihovih prepričanj o zadovoljstvu na delovnem mestu.

NAMEN RAZISKAVE

Namen raziskave je bil ugotoviti:

- zadovoljstvo zaposlenih,
- moteče dejavnike pri delu in na delovnem mestu,
- kakšni so medsebojni odnosi med zaposlenimi na področju zdravstvene nege v isti poklicni skupini,
- kakšni so odnosi med dvema največjima poklicnima skupinama na Kirurški kliniki v KC Ljubljana – med zdravniki in izvajalci zdravstvene nege,
- ali zaposleni nameravajo v kratkem iskati zaposlitev zunaj KC Ljubljana.

OPIS POPULACIJE

Ciljna populacija so bili vsi izvajalci zdravstvene nege, zaposleni na različnih oddelkih SPS Kirurška klinika v KC Ljubljana. Na Kirurški kliniki v KC Ljubljana je na področju zdravstvene nege zaposlenih 1082 oseb, od tega 723 zdravstvenih tehnikov in 359 medicinskih sester z višjo, visoko strokovno in univerzitetno izobrazbo.

V mesecu marcu je bilo 205 oseb odsotnih zaradi dolgotrajne ali kratkotrajne bolniške, 85 oseb je bilo odsotnih zaradi porodnega dopusta; skupaj 290 oseb.

V Operacijskem bloku Kirurške klinike je na področju zdravstvene nege zaposlenih 102 osebi od tega 32 zdravstvenih tehnikov in 70 medicinskih sester z višjo, visoko strokovno in univerzitetno izobrazbo.

V mesecu marcu je bilo 31 oseb odsotnih zaradi dolgotrajne ali kratkotrajne bolniške in porodnega dopusta.

OPIS VZORCA

Za raziskavo je bil izbran sistematični vzorec – vsi zaposleni v zdravstveni negi na Kirurški kliniki KC Ljubljana. Anketirali smo le tiste osebe, ki so bile prisotne na delu v času od 24. 3. 2005 do 1. 4. 2005.

Velikost vzorca je bila 792 oseb – enot, kar predstavlja 73,2 % vseh zaposlenih na področju zdravstvene nege SPS Kirurška klinika.

Velikost vzorca v Operacijskem bloku je bila 71 oseb – enot, kar predstavlja 69,9 % vseh zaposlenih na področju zdravstvene nege Operacijskega bloka.

RAZISKOVALNI INSTRUMENT

Vprašalnik so izdelale članice vodstva zdravstvene nege na Kirurški kliniki.

Sestavljen je iz 88 vprašanj iz več sklopov, ki so pokrila interes raziskave. Sklope sestavljajo:

- demografski podatki,
- vprašanja povezana z delom,
- vprašanja povezana z odnosi med sodelavci – izvajalci zdravstvene nege,
- vprašanja povezana z odnosi med izvajalci zdravstvene nege in zdravniki,
- vprašanja povezana z odnosi z nadzornimi medicinskimi sestrami,
- vprašanja povezana z odnosi z glavno medicinsko sestro,
- vprašanja o splošnem zadovoljstvu.

Na koncu sklopa zaprtih vprašanj je bilo še eno odprto vprašanje, na katerega so anketiranci lahko napisali svoje pripombe in pobude.

Realizacija vzorca je bila 84,6 %, v Operacijskem bloku 60,9 %. Razdeljenih je bilo 880 vprašalnikov. V obdobju anketiranja je bilo na Kirurški kliniki v KC Ljubljana prisotnih 792 oseb, v Operacijskem bloku 71 oseb. Izpolnjeni anketni vprašalnik je vrnilo 670 oseb, v Operacijskem bloku 43. Vseh neveljavnih anketnih vprašalnikov je bilo 6, kar predstavlja manj kot 1 %, v Operacijskem bloku 0.

ZBIRANJE PODATKOV

Metoda raziskave je bila opisna. Uporabljen je bil anonimni anketni vprašalnik. Zaposlene smo seznanili z namenom raziskave in jih prosili za sodelovanje in pomoč.

OBDELAVA PODATKOV

Statistično analizo smo opravili s statističnim programom SPSS. Grafični prikazi so izdelani v računalniškem programu excel.

HIPOTEZE

1. Vprašanja povezana z delom:
 - prezahtevne delovne naloge,
 - pomanjkanje izvajalcev zdravstvene nege,
 - premalo prostega časa, časa za počitek,
 - slabo plačilo,
 - slaba organizacija dela.
2. Vprašanja povezana z odnosi med sodelavci – izvajalci zdravstvene nege:
 - slabi medsebojni odnosi s sodelavci.
3. Vprašanja povezana z odnosi med izvajalci zdravstvene nege in zdravniki:
 - podrejenost izvajalcev zdravstvene nege,
 - slabi medsebojni odnosi med izvajalci zdravstvene nege in zdravniki.
4. Vprašanja povezana z odnosi z nadzornimi medicinskimi sestrami:
 - redke pohvale, spodbude,
 - slabi medsebojni odnosi z nadzornimi medicinskimi sestrami.

5. Vprašanja povezana z odnosi z glavno medicinsko sestro:
 - nereševanje konfliktov,
 - redke pohvale, spodbude.
6. Vprašanja povezana delovnim mestom:
 - splošno nezadovoljstvo z delovnim mestom.

REZULTATI IN RAZPRAVA

- Najpogosteje anketiranci na SPS Kirurška klinika menijo, da so njihove naloge težke, v 5 % celo pretežke. V Operacijskem bloku so odgovori anketiranih oseb skoraj identični.
- Polovica anketiranih oseb na SPS Kirurška klinika (49,17 %) je odgovorilo, da imajo srednje dovolj časa, kar 14,9 % pa ima redko dovolj časa, da opravi svoje delo. Pogosto ali vedno dovolj časa za opravljanje svojega dela pa ima 37 % anketiranih oseb. Pri zaposlenih v operacijskem bloku je večji odstotek zaposlenih, ki meni, da ima pogosto oziroma vedno dovolj časa za opravljanje svojega dela (48,9 %). Moti pa jih to, da delo ne končajo v rednem delovnem času in velikokrat ne dobijo zamenjave.
- Več kot polovica anketirancev anketiranci na SPS Kirurška klinika meni, da za svoje delo niso primerno plačani (nikoli 28 %, redko 30 %). V Operacijskem bloku skoraj dve tretjini (63 %) anketirancev meni, da za svoje delo niso primerno plačani. Na zadovoljstvo na delovnem mestu pomembno vpliva delovna obremenitev in razlika med pričakovanim in prejetim plačilom.
- Večinoma imajo anketiranci dobre medsebojne odnose s sodelavci, le 4 % anketiranih je odgovorilo, da imajo redko dobre medosebne odnose. Podobno so anketiranci odgovarjali v Operacijskem bloku, vendar jih je kar 62,9 % odgovorilo, da je med sodelavci posameznik, s katerim ne bi nikoli delali, če bi imeli možnost izbire. Podatek je zaskrbljujoč, saj operacijske medicinske sestre pri operativnih posegih vedno delajo v dvojicah in so medsebojno odvisne.
- Pri vprašanju, ali imate občutek, da ste enakovreden sodelavec zdravniku, jih je 63,5 % anketirancev menila, da niso enakovreden sodelavec z zdravnikom. V Operacijskem bloku so anketiranci mnenja, da niso enakovreden sodelavec v 37,2 %.

- Anketiranci na SPS Kirurška klinika menijo, da imajo z zdravniki dobre medsebojne odnose pogosto v 35,9 % in vedno v 8,4 %. V Operacijskem bloku ima dobre medsebojne odnose z zdravniki – pogosto 53,5 % in vedno 7 % anketirancev. Večji občutek enakovrednega sodelavca in boljši medsebojni odnosi z zdravniki v Operacijskem bloku gre pripisati boljšemu timskemu delu in potrebi po dobrem medsebojnem sodelovanju.
- Večinoma anketiranci menijo, da jim nadzorna medicinska sestra nudi pomoč pri reševanju strokovnih težav pogosto v 36 % in vedno v 26 %. V Operacijskem bloku so anketiranci boljšega mnenja, da jim v 34,4 % pogosto pomoč pri reševanju strokovnih težav in v 41 % vedno dobi pomoč pri nadzorni medicinski sestri.
- Vsak drugi anketiranec meni, da jih nadzorne medicinske sestre redko pohvalijo (46 % anketiranih). V Operacijskem bloku ni nikoli, oziroma redko pohvaljenih 45,5 % anketirancev. Sprejemanje pohval pripomore k večjemu zadovoljstvu pri delu.
- Pri reševanju konfliktov v kolektivu, jih po mnenju četrtnine anketirancev glavne medicinske sestre (26,8 %) ne rešujejo sproti. Tudi pri vodji operacijskega bloka je tretjina anketiranci mnenja, da konfliktov ne rešuje sproti (nikoli 11,6 %, oziroma redko 18,6 %).
- Anketirani menijo, da glavne medicinske sestre redko oziroma nikoli ne pohvalijo 57,1 % anketiranih. Redko oziroma nikoli ni pohvaljenih 52,4 % anketirancev s strani vodje Operacijskega bloka. Pri vodenju in organizaciji pa je po mnenju anketiranih vodja Operacijskega bloka bolj uspešna. Od lastnosti vodij je odvisno kakovostno, uspešno delo skupine in tudi zadovoljstvo zaposlenih. J. Mayer (2003) je dejal, da so pomembne lastnosti uspešnih vodij: motiviranje sodelavcev, poštenost in sposobnost organiziranja.
- Glede na značilnosti delovnega mesta je večina operacijskih medicinskih sester zadovoljnih s svojim delovnim mestom (47 % precej, 41,9 % povsem), vendar bo kar 47,6 % anketiranih v naslednjem letu skušalo poiskati novo zaposlitev. Anketirani so z delom zadovoljni, hkrati pa razmišljajo o odhodu. Tukaj se sprašujemo, kaj je vzrok takih odločitev?

ZAKLJUČEK

Ljudje smo različni. Ene ne ustavi nobena ovira in gredo skozi življenje brez težav, saj odgovorno urejajo in sprejemajo odločitve za svoje življenje, drugi pa se kar naprej spotikajo ob zunanje ovire ali svoje napake ter iščejo izgovore za svoje življenje.

Pri delu je zelo malo težav, če ljudje dobro komunicirajo, če so zadovoljni in uspešni. Svoje zadovoljstvo ljudje izžarevamo in dajemo drugim. Uspeh zdravstvenih ustanov, oddelkov je odsev uspešnosti in zadovoljstva posameznika. Naš odnos do ljudi mora biti realističen, pa vendar pozitiven. Ena bistvenih nalog je, da se naučijo skrbeti zase ter si utrdijo samospoštovanje. Edina oseba, katere vedenje smo zmožni kontrolirati, smo mi sami. Vse, kar lahko drugim ponudimo, so informacije. Kaj bodo ali bomo počeli s temi informacijami, je stvar izbire.

Človek je svobodno in odgovorno bitje, ki je notranje motivirano in katerega vedenje je vedno namensko ter zelo raznovrstno in prožno. Kadar izkazujemo neko dejavnost, vzporedno potekajo tudi razmišljanja, čustvovanja in fiziološki procesi. Pri tem se zavedamo predvsem čustvene in fiziološke sestavine, ki ju nimamo neposredno pod nadzorom. Precej manj pa se zavedamo, da imamo možnost upravljanja dejavne in mišljenjske komponente, na katere lahko neposredno vplivamo z izborom vedenja. **Pomembno je, da se zavedamo odgovornosti in sprejemanja odločitev za svoja dejanja oz. mišljenja.** Ker imamo vedno kontrolno nad dejavnostno komponento našega vedenja, se hkrati z njo, če jo občutno spremenimo, spremeni tudi komponenta mišljenja, čustvovanja in fiziologije (Gasser, 1998).

Bistven element kakovosti dela v zdravstvu je kakovost medsebojnih odnosov zaposlenih in zadovoljstvo z delom.

Poklic medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov je naporen, težak in stresen. Dejstvo je, da vse premalo upoštevamo potrebe in stiske ljudi, ki skrbijo za druge ljudi. Če želimo učinkovito nuditi psihosocialno pomoč in čustveno oporo, moramo tudi sami imeti občutek, da nekdo skrbi za nas in nas podpira.

Le zaposleni, ki čutijo, da organizacija ceni njihov prispevek k rezultatom dela oz. skupnemu cilju in gradi ustvarjalno ozračje na zaupanju, odgovornosti, dobri komunikaciji in dobremu počutju zaposlenih, tudi dobro delajo.

Za zdravstvene delavce naj bi bila dobra komunikacija življenjski slog. Poskrbimo, da se bodo ljudje v naši bližini dobro počutili, da bo vzdušje na delovnem mestu prijetno, sproščeno, da bomo drugim vlivali zaupanje. Bodimo

dostopni, empatični, razumevajoči in prilagodljivi, da nas bodo drugi sprejemali brez zadržkov, z veseljem in zadovoljstvom.

Dobra komunikacija vodi do boljših in višje postavljenih standardov v zdravstveni negi oz. v zdravstvu, je ključ do profesionalne učinkovitosti zdravstvenega osebja, dobrih medsebojnih odnosov in uspešnega ter kakovostnega dela.

Pri odnosih z ljudmi si lahko vedno postavimo vprašanje, ali nas bo to, kar nameravamo narediti, reči, ... z ljudmi zblížalo ali od njih oddaljilo (Glasser, 2000).

Literatura

1. Bohinc M., Gradišar M., Iršič A. *Zadovoljstvo medicinskih sester kot element managementa v zdravstveni negi. Evropska skupnost in management. 18. posvetovanje organizatorjev dela Kranj: Moderna organizacija, 1999; 637–44.*
2. Glasser W. *Realitetna terapija v praksi. Radovljica: Regionalni izobraževalni center, 2000.*
3. Glasser W. *Teorija izbire - nova psihologija osebne svobode. Radovljica: Regionalni izobraževalni center, 1998.*
4. Kobilšek V. *Zaznamovanje empatije pri medicinskih sestrah v Sloveniji. Zdravstvena nega v luči etike. Ljubljana: Društvo medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov, 2003.*
5. Mayer J. *Dober vodja najprej poskrbi za druge in nase opozori le po potrebi. Delo, 2 september 2003: leto 2003.*
6. McNeese-Smith D, Servellen G. *Age, development and job stage influences on nurse outcomes. Outcomes Management for Nursing Practice 2000; 2: 97–107.*
7. Ule M. *Spregledana razmerja – O družbenih vidikih sodobne medicine. ARISTEJ: Maribor, 2003.*
8. *Vprašalnik o zadovoljstvu zaposlenih na področju zdravstvene nege na SPS Kirurška klinika v Kliničnem centru Ljubljana, 2005.*
9. Zupančič R. *Zadovoljstvo medicinskih sester na delovnih mestih. V: Medicinske sestre v Sloveniji. Zbornik člankov s strokovnega srečanja z mednarodno udeležbo Društva medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov. Ljubljana, 4.12.2001. Ljubljana: Društvo medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Ljubljana, 2001: 96.*

JOGA KOT EDEN OD NAČINOV PREPREČEVANJA STRESA PRI OPERACIJSKIH MEDICINSKIH SESTRAH

Manca Pajnič

Ključne besede: joga, sproščanje

UVOD

Joga je dovršena znanost o življenju, ki je pred več tisoč leti nastala v Indiji. Sanskrtska beseda joga ima več pomenov, med drugim »združiti« ali »vpreči v jarem«. Temeljni princip joge je v tem, da um ne more delovati učinkovito v nezdravem telesu in obratno, da se zdravo telo in duševnost ne moreta ustrezno izraziti, če ni zdrav um. Fizične vaje, imenovane asane, raztegujejo mišice in sklepe, stimulirajo živce ter masirajo žleze z notranjim izločanjem in posamezne organe. Naslednji korak v jogi je pranajama ali tehnika dihanja. Pri jogijskem dihanju se koncentriramo na pravilno dihanje, saj le na ta način uporabljamo polno pljučno kapaciteto. Zelo važen del jogijske prask je tudi relaksacija. Jogijske vaje učinkujejo vsestransko, usklajujejo telo, duh, zavest in dušo. V jogi obstaja več različnih poti, ki vodijo k istemu cilju – k samospoznavanju in razsvetljenju. Jogo lahko vadi vsakdo, ki ima močno željo po bolj zdravem in polnem življenju.

KRATKA ZGODOVINA JOGE

V šestem stoletju pred našim štetjem sta nastali dve obsežni pesnitvi – Ramajana, ki jo je napisal Valmiki in Mahabharata, ki jo je napisal Vjasa in vsebuje Bhagavadgito, nemara najznamenitejši jogijski spis. Bhagavadita pomeni »Gospodova pesem«. V njej bog, utelešen kot Krišna, poučuje vojščaka Ardžuna o jogijskih spretnostih.

Patandžalijeve Jogijske sutre so najpomembnejše besedilo o jogi. Nastale naj bi med letoma 200 pr.n.š. in 200 n.š. V Sutrah najdemo podrobno razlago osmih stopenj ali členov za vadbo radža joge. Tretji in četrti člen – telesni položaj (asana) in nadzorovano dihanje (pranajama) – sta podlaga za sodobno vadbo joge.

ŠTIRI GLAVNE POTI JOGE

1. **Gjana joga** je duhovna pot modrosti ali spoznanja. Najbolj ustreza ljudem, ki so po naravi bolj razumski, saj sta najpomembnejši del gjana joge študij in meditacija.
2. **Karma joga** je pot nesebičnega delovanja in jo izbirajo predvsem dejavni ljudje. Obravnava vzroke, dejanja in posledice. Vsako dejanje vpliva na telo, duh in zavest.
3. **Bhakti joga** je pot predanosti in ljubezni do vsega stvarstva, ki še zlasti ustreza čustvenim ljudem. Pomemben del bhakti joge je popevanje hvalnic Bogu.
4. **Radža joga** je pot obvladovanja telesa in mišljenja, pot samodiscipline. Radža pomeni »kraljevski« in ima osem stopenj, ki nas pripeljejo do končnega cilja – nadzavestnega stanja.

Vsaka od štirih glavnih poti ima več vej ali različnih slogov. Ker se ljudje razlikujemo po občutkih, mislih, ciljih in interesih, je tudi poti joge več.

Hatha joga je pot obvladovanja telesa in je v bistvu priprava na radža jogo. Hatha jogo sestavljajo telesni položaji, dihalne vaje, očiščevalni postopki in pozorno zavedanje snovnih in subtilnih teles. Beseda hatha pomeni silovit.

Mantra joga je pot svetega zloga. Samospoznavanje dosežemo s ponavljanjem manter, svetih zlogov. Najsvetejša jogijska mantra je zlog »om«.

Vse poti joge se med seboj tesno prepletajo.

PET NAČEL JOGE

Pravilna prehrana je zdrava, uravnotežena prehrana. Z jogijskim načinom prehranjevanja, ki je povezano z ajurvedo – tradicionalno indijsko medicino, naj bi skušali doseči ravnotežje. Prilagojena mora biti posameznikovemu značaju, postavi in razmeram, v katerih posameznik živi.

Pred izvajanjem asan je pomembno, da popijemo dovolj vode, saj organizem tedaj pospešeno izloča nakopičene odpadne snovi in potrebuje vodo, da jih lahko odplakne.

Naslednji pomemben korak pri pravilni prehrani je post, saj je le-to zelo učinkovita metoda za čiščenje telesa in uma.

Pravilna vadba je izvajanje asan, ki delujejo sistematično na vse dele telesa – raztegujejo in uglašujejo mišice in vezi, ohranjajo hrbtenico in sklepe prožne in izboljšujejo krvni obtok.

Pravilno dihanje pomeni dihati s polnimi pljuči in enakomerno. Z vajami v jogijskem dihanju ali pranajami, se naučimo najprej opazovati in nato nadzorovati svoje dihanje. Tako obnovimo svoje telesne moči in vplivamo na svoje čustveno stanje, na sposobnost koncentracije in pretok energije v telesu.

Pravilna relaksacija sprošča napetost v mišicah in spočije celotni organizem. Takšna sprostitev ugodno vpliva na vso našo dejavnost in nas nauči, kako ohranimo energijo in se otremo vseh skrbi in strahov.

Pozitivno mišljenje in meditacija nam pomagata, da se otremo negativnih misli in si umirimo duha. Med meditiranjem namreč začasno odvrnemo svoje misli od vsakdanjih skrbi in se uglasimo z notranjo oazo miru.

ZAKAJ JOGA IN KAKO NAM, OPERACIJSKIM MEDICINSKIM SESTRAM, LAHKO KORISTI?

Čeprav joga izvira iz Indije, so njene metode in cilji univerzalni, saj se ne opira na kulturno okolje, vero ali božanstvo, temveč zgolj na posameznika. Ob jogijskih vajah, ki nas krepijo, očiščujejo in polnijo z energijo, se začnemo spet zavedati sebe. Za vadbo joge ni pomembna ne starost, ne naša postava in tudi ne telesna pripravljenost. Pomembno je, da imamo močno željo po vadbi. Cilj hatha joge, ki je v Zahodnem svetu najbolj razširjena, je najprej kultivirati telesno zavest, nato pa razvijati višje ravni zavesti.

Vadba joge prinaša telesne, čustvene in predvsem duhovne koristi. Na telesni ravni joga prinaša večjo moč, prožnost in vzdržljivost. Izboljšuje občutek za ravnotežje, telesno držo, gibčnost in eleganco. Hkrati tudi očiščuje in krepi organizem ter pospešuje telesne procese, npr. prebavo. Poudarek na dihalnih tehnikah izboljšuje dihanje, zato globlje in polneje dihamo tudi tedaj, kadar ne vadimo joge. To pa bistri in umirja um, zaradi česar se izboljša zbranost, zmanjšajo se zaskrbljenost, čustvena napetost ter nihanje razpoloženja.

Joga je za vsakogar pot osebnega odkritja. Lahko jo vadite sami ali jo spoznavate na tečaju joge, ko jo začnete vaditi, spoznate njen posebni in enkratni pomen.

Pri delu operacijskih medicinskih sester so zelo pomembna zbranost, možnost popolne koncentracije, sproščenost ter čustvena stabilnost in vse to nam joga lahko pomaga doseči. Naučimo se lahko sproščeno in mirno odzvati na obremenitve oziroma vsakdanje in poklicne težave.

ZAKLJUČEK

Za večino ljudi je vadba telesnih položajev prvi stik z jogo in za mnoge izhodišče za meditacijo in duhovno odkrivanje. Ni pomembno, katero vrsto joge boste izbrali, važno je, da skušate vaditi čimbolj redno in s srcem.

Sami skušajte odkriti, kaj vam najbolj ustreza. Naj bo to kolesarjenje, tek, plavanje, sprehodi v naravi, fitnes, aerobika in podobno, uživajte v tistem česar se lotite. Saj je zadovoljstvo pri vadbi eden od pomembnih dejavnikov redne vadbe.

Literatura

1. *Lidell L. Joga. Ljubljana, Mladinska knjiga, 1991.*
2. *Fraser T. Joga, priručnik za učenje joge doma. Tržič, Učila International, založba, d.o.o., 2004.*
3. *Maheshwarananda P, S. Sistem joga v vsakdanjem življenju. Dunaj, Ibero Verlag, European University Press, 2000.*

RADIOLOŠKA MEDICINSKA SESTRA – MEDICINSKA SESTRA V OPERATIVNI DEJAVNOSTI?

Marjeta Matjašič

Izyleček

Interventna radiologija je dokaj nova in nepoznana dejavnost medicinske stroke, še posebej pa to velja za področje zdravstvene nege. Dejavnost je v nenehnem razvoju in porastu, tako v strokovnem, tehničnem in finančnem pogledu. Z razvojem celotne dejavnosti se je razvijal in oblikoval tudi nov profil medicinske sestre, ki pa do sedaj nima pravega naziva in mesta znotraj zdravstvene nege.

Prispevek predstavlja delo medicinske sestre v interventni radiologiji, njene naloge in vlogo v timu, problematiko dela in usposabljanja za izredno specifično in zahtevno delo. Glede na majhno število medicinskih sester na tem področju izpostavlja vprašanje povezovanja in organiziranja v strokovni sekciji. Prispevek pa je tudi prva predstavitev »radiološke medicinske sestre« strokovni javnosti in njeni najbolj sorodni, operativni, dejavnosti.

Ključne besede: *interventna radiologija, radiološka medicinska sestra*

UVOD

Radiologija je veja medicine, ki je v zadnjih desetletjih dosegla izreden razvoj. Pred nami dnevno vznikajo novi diagnostični in terapevtski postopki tako na področju digitalne subtraksije, UZ, računalniške tomografije, magnetne resonance. Vsem tem dosežkom tesno sledi razvoj interventne radiologije, ki je veja radiologije, ki izvaja invazivne posege na različnih organskih sistemih v telesu. Interventna radiologija s pomočjo različnih aparatov in rentgenskih žarkov ter posebnih materialov omogoča natančno določanje diagnoze, zdravljenje raznih bolezni, pripomore k kasnejšemu kirurškemu posegu ali ga celo nadomesti, velikokrat pa prepreči tudi smrt. Dejavnost je v nenehnem razvoju in porastu, tako v strokovnem, tehničnem in finančnem pogledu. Pri invazivnih posegih sodeluje tim: zdravnika – radiologa, radiološkega inženirja in medicinske sestre.

Vsak v timu ima svojo nalogo, ki je pri posegu nepogrešljiva in mora biti za to delo posebej strokovno usposobljen.

INTERVENTNA RADIOLOGIJA

V svetu se je interventna radiologija začela uveljavljati v šestdesetih letih prejšnjega stoletja, pri nas pa segajo njeni začetki v sedemdeseta leta. Že takrat so na Inštitutu za radiologijo (IR) v KC zaposlili prve medicinske sestre – instrumentarke, ki so prišle iz kirurgije. Za delo, pri takrat le diagnostičnih posegih, so se priučile po navodilih radiologov, ki so te posege pričeli uvajati na inštitutu. Razvoj stroke, razvoj tehnike in industrije pa je naglo povečeval število opravljenih posegov, in s tem tudi potrebo po večjem številu vseh sodelujočih kadrov.

Leta 1982 je bilo na IR zaposlenih 6 medicinskih sester - instrumentark, v letošnjem letu (2005) pa že 23. Če so v začetkih razvoja interventne radiologije opravljali predvsem diagnostične posege, je danes ravno obratno. Večina posegov je namreč terapevtskih ali pa kombinacija obojih. Danes namreč lahko natančno in dobro diagnostiko opravimo z manj invazivnimi metodami (CT; UZ; MR). Interventna radiologija je najbolj razvita na področju vaskularnih obolenj. Arterioskleroza je namreč bolezen, ki pri nas in v svetu zajema izredno velik delež prebivalstva. Zato je poleg dobre preventive in zgodnjega odkrivanja potrebno tudi čim boljše in optimalnejše zdravljenje. In prav tu je razvoj interventne radiologije dosegel najboljše rezultate. Področja, kjer se uveljavlja interventno zdravljenje, so predvsem invazivna kardiologija, neuro radiologija in zdravljenje perifernih okluzijskih bolezní žil.

Interventni posegi so pravzaprav mali kirurški posegi. Pogoji za izvajanje teh posegov so dobre aparature, raznovrsten material in pripomočki ter seveda strokovno usposobljen in usklajen tim. Vsi posegi se izvajajo s pomočjo RTG sevanja, zato je pomembno, da vsi člani tima dobro poznajo zahteve dela v območju ionizirajočega sevanja in imajo opravljen izpit iz varstva pred sevanjem. Pomembna je osebna zaščita z vsemi zaščitnimi sredstvi. Delo poteka v aseptičnih pogojih, zato imamo v timu t. i. »sterilno« in »nesterilno« osebje, glede na to, kakšne so njihove naloge glede aseptičnosti opravila, ki ga izvajajo. Prav skrb za varovanje asepse je najpomembnejša naloga MS v interventnem timu.

MEDICINSKA SESTRA V INTERVENTNI RADIOLOGIJI – RADIOLOŠKA MEDICINSKA SESTRA

Medicinska sestra v interventni radiologiji – radiološka medicinska sestra (RMS) je član tima, ki sodeluje pri vsakem interventnem posegu. Imeti mora višjo ali visokošolsko strokovno izobrazbo zdravstvene nege, opravljen strokovni izpit, izpit iz varstva pred sevanjem ter dodatna znanja za delo na radiološkem oddelku. Delo RMS ves čas poteka v območju ionizirajočega sevanja, zato mora RMS vedno nositi osebna zaščitna sredstva: zaščitni svinčeni plašč, zaščito za ščitnico, očala s svinčnim steklom in osebni dozimeter.

Pomembno je znanje anatomije, predvsem ožilja. Potrebno je poznavanje tehnike izvedbe posega. Najpogosteje se uporablja metoda perkutanega uvajanja katetrov po Seldingerju. Predvsem pa je pomembno dobro poznavanje in uporaba vseh materialov, ki se uporabljajo v interventni radiologiji. Izredno hiter razvoj medicinske industrije in pripomočkov omogoča tudi hiter razvoj interventne radiologije. Iz leta v leto prihajajo na tržišče novi in izpopolnjeni materiali, s katerimi je omogočeno preciznejše in bolj kakovostno opravljeno delo, in s tem tudi končni rezultat posega. To pa zahteva tudi od RMS izredno hitro spoznavanje novih tehnik izvajanja posegov in prilagajanje na nove materiale ter rokovanje z njimi.

Interventna radiologija izvaja različne diagnostične in terapevtske posege: arteriografije, venografije, dilatacije ali širjenja žil, postavitve stentov in stent graftov, embolizacije in kemoembolizacije, aspiracije, trombolize, postavitve filtrov, drenaže in punkcije abscesov, nefrostome, itd. Zato mora RMS dobro poznati vse posege in postopke izvajanja le-teh, da lahko aktivno in suvereno sodeluje pri izvajanju posegov in asistira zdravniku.

V interventni radiologiji so za izvajanje posegov potrebni različni materiali: igle, uvajalne in specialne žice, diagnostični katetri, balonski kateri za širjenje žil, vodilni katetri, mikro katetri, žilne opornice – stenti, stent grafti, embolizacijska sredstva, inflatorji, drenažni katetri in drugi. V začetku osemdesetih letih je bilo na IR v uporabi približno 50 različnih tovrstnih artiklov, sedaj pa jih uporabljamo okrog 1500! Potrebno je natančno poznavanje materiala, za kaj se uporablja, poznavanje vseh dimenzij in nenazadnje, kje je material shranjen, kar pri tako velikem številu le-tega, pogosto predstavlja velik problem. V vsakem trenutku se namreč lahko pokaže potreba po uporabi kateregakoli izmed njih.

Velika raznovrstnost materialov in veliko število različnih posegov predstavlja tudi veliko finančno obremenitev za oddelek. Zato mora RMS pri svojem delu vedno upoštevati tudi načelo ekonomičnosti in varčnosti pri delu.

Kot že omenjeno, se interventni posegi izvajajo na različnih področjih človeškega telesa (srce, glava, notranji organi, periferno ožilje). Specifična anatomija, patologija in spremljajoče medikamentozno zdravljenje, so pogojevali, da invazivne diagnostične in terapevtske posege izvajajo različni zdravniki specialisti in subspecialisti: interventni radiologi, interventni nevroradiologi in invazivni kardiologi. RMS sodelujemo pri vseh, zato tako sodelovanje zahteva tudi znanja iz kardiologije, nevrologije in kirurgije, predvsem pa prilagodljivost in spretnost komuniciranja med člani tima. Tudi materiali za izvajanje posegov so za vsako področje specifični, zato je široko znanje RMS na vseh segmentih izredno pomembno.

Skrb za asepsu je prednostna naloga RMS v interventni radiologiji. Zajema tako pripravo bolnika, pripravo materiala pred posegom, vzdrževanje sterilnosti punkcijskega polja in materialov med posegom ter nadzor članov tima pri aseptični tehniki dela.

Nenazadnje pa je glavna vloga in naloga RMS skrb za bolnika. RMS je tista, ki je prva v stiku z bolnikom na oddelku. Prevzame in pregleda njegovo dokumentacijo, poskrbeti mora za oceno njegovega stanja in njegovih potreb. Psihofizična priprava bolnika za poseg zajema: seznanitev bolnika s predvidenim posegom in ekipo, ki bo pri posegu sodelovala, pravilna in udobna namestitev na preiskovalno mizo, priprava in čiščenje punkcijskega mesta. Med posegom je RMS ves čas v kontaktu z bolnikom, obvešča ga o poteku posega, mu daje navodila za sodelovanje, ga opazuje in se zanima za njegovo počutje. Pozorna mora biti na kakršnokoli spremembo stanja, na mogoče komplikacije (alergija na kontrast, padec krvnega tlaka, motnje ritma, izguba zavesti) ter v primeru le-teh, nanje takoj opozoriti in ukrepati po navodilih zdravnika. RMS med posegom vodi tudi negovalno in obračunsko dokumentacijo. Po posegu RMS sestra oskrbi bolnika, pomaga pri preložitvi na njegovo posteljo in mu da navodila za ravnanje po posegu ter bolnika in vso dokumentacijo preda oddelčni MS, ki pride po bolnika. Nadzira tudi pravilno čiščenje in pripravo prostora za naslednji poseg.

Kakšen naj bo torej lik RMS? Poleg strokovnih kvalifikacij, usposobljenosti in različnih potrebnih znanj, ki jih mora RMS imeti, mora biti tudi vestna in natančna, spretna in iznajdljiva, hitra in potrpežljiva, komunikativna in motivirana, suverena in prilagodljiva, čustveno zrela in stabilna osebnost in fizično vzdržljiva. Predvsem pa mora svoje delo imeti rada.

RADIOLOŠKE MEDICINSKE SESTRE V SLOVENIJI

Medicinskih sester, ki delujemo na področju radiološke zdravstvene nege je v Sloveniji zelo malo. Vzrok za to, je predvsem majhno število aparatov, ki bi omogočale izvajanje interventnih posegov. Poleg Ljubljane ima to področje nekoliko razvito mariborska bolnišnica, kjer deluje 7 radioloških medicinskih sester v interventni radiologiji in kardiologiji. Ostale regionalne bolnišnice pa izvajajo večinoma le diagnostične invazivne posege in v tej dejavnosti v njih deluje skupaj še 6 RMS. Urediti bi bilo potrebno natančne kadrovske normative, saj zaradi velike izpostavljenosti ionizirajočemu sevanju in velikih fizičnih obremenitev – stalno nošenje zaščitnih rentgenskih plaščev, ti niso povsod upoštevani.

Specifičnost dela na radioloških oddelkih zahteva od nas dodatna izobraževanja, ki pa so ponavadi le neformalna, znotraj kolektiva in tima. Žal nas v večini primerov izobražujejo le zdravniki, ki sami odhajajo na izobraževanja in šolanja v tujino. Vedno bolj se kaže potreba po povezovanju v specifično profesionalno združenje in povezovanje izven naših meja. To bi omogočilo izmenjavo izkušenj, pridobitev novih znanj, s tem pa poenotenje zdravstvene nege in standardov v tem segmentu delovanja medicinskih sester.

V multidisciplinarnih timih smo RMS brez povezanosti med seboj nemočne, kar se kaže tudi v tem, da smo v organizacijski strukturi delovnih enot podrejene številčno močnejšim radiološkim inženirjem. Zato je potrebno urediti status RMS, opredeliti njene naloge, pristojnosti in odgovornosti in ovrednotiti njeno mesto v zdravstveni negi.

ZAKLJUČEK

Delo RMS je zelo specifično in zahteva določena znanja in spretnosti ter dodatno usposabljanje. V marsičem je sicer podobno delu operacijske medicinske sestre – instrumentarke, se pa od njega tudi precej razlikuje. Medicinske sestre na radioloških oddelkih imamo sicer naziv »instrumentarka«, vendar bi bilo glede na specifično delo in znanja smiselno preimenovanje v radiološko medicinsko sestro. Ta terminologija je v uporabi tudi v evropskem prostoru in po svetu, zato si prizadevamo navezati stike in izmenjati izkušnje tudi na tej relaciji.

DELO OPERACIJSKE MEDICINSKE SESTRE NA STOMATOLOŠKI KLINIKI

Marija Jelnikar, Mateja Lunar

1. ZGODOVINA STOMATOLOŠKE KLINIKE

Ustanovitelj Stomatološke klinike je bil prof. dr. Jožete Rant, ki je z nekaj predvojnimi zobozdravniki začel leta 1945 v skromni hiši ob Zaloški cesti. Ta stavba se je po petih letih izkazala za premajhno, zato so jo sklenili dograditi ob Lipičevi cesti. Tako zunanjo podobo ima klinika še danes. Delimo pa si jo s Kliničnim oddelkom za maksilofacialno in oralno kirurgijo.

Od vsega začetka poteka na kliniki strokovno, pedagoško in raziskovalno delo na področju zobozdravstva. Vse tri dejavnosti se razvijajo v okviru šestih centrov, v katerih osebje obravnava bolnike s kompleksno oralno patologijo, ki zahteva specialistično in interdisciplinarno oskrbo bolnikov iz celotne Slovenije. Centri, ki so zastopani na kliniki, so:

- Center za otroško in preventivno zobozdravstvo, kjer poteka tudi zdravstvena oskrba v splošni omami za otroke in odrasle s posebnimi potrebami,
- Center za čeljustno in zobno ortopedijo,
- Center za zobne bolezni,
- Center za fiksno protetiko,
- Center za snemno protetiko,
- Center za ustne bolezni in parodontopatije.

1.1. Center za ustne bolezni in parodontopatije

Delo na centru je začel prof. dr. Lojze Brenčič z zobno instrumentarko Fani Jugovič leta 1945 v prostorih Centra za zobne bolezni. Po dograditvi klinike se je delo začelo v traktu ob Lipičevi cesti, kjer poteka še danes. Zaradi povečanja števila obolelih za ustnimi boleznimi in parodontopatijami se je močno spremenilo zdravljenje in zelo hitro so se pokazale potrebe po novih prostorih.

Danes delo na oddelku poteka v:

- sprejemni ambulanti,
- vajalnici za študente,
- dveh operacijskih sobah.

2. ORGANIZACIJA DELA NA STOMATOLOŠKI KLINIKI

2.1. Sprejem bolnikov

Sprejem bolnikov poteka vsakodnevno od ponedeljka do petka od 8.30 do 11. ure brez predhodnega naročanja v sprejemni ambulanti. Sprejemamo bolnike z napotnicami splošnega izbranega zdravnika, izbranega zobozdravnika, bolnike iz Kliničnega centra s konziliarnimi napotnicami (pred srčno – žilnimi operacijami, transplantacijami, kemoterapijo in drugimi zahtevnimi kirurškimi posegi), ter bolnike iz drugih oddelkov naše klinike z napotnicami specialistov.

Ob sprejemu zobozdravnik specialist ugotovi splošno zdravstveno stanje bolnika in zdravja zob in obzobnih tkiv. Na podlagi tega se odloči, kje bo bolnik nadaljeval zdravljenje, ki naj bi potekalo po določenem vrstnem redu: sanacija akutnih stanj, higienska faza, kirurško zdravljenje in podporno zdravljenje.

Boleznska stanja, pri katerih je bolnik napoten k specialistu parodontologu, so:

- Agresivni parodontitis (lokaliziran, generaliziran).
- Parodontitis kot manifestacija sistemske bolezni. Sem štejemo: prizadetost koreninskega razcepišča in stanje ko je globina sondiranja večja ali enaka 5 mm ter ob tem prisotna še krvavitev ob sondiranju.
- Kronični parodontitis, ki se kaže z enakimi znaki (Skalerič, Gašperšič, 2005).

2.2. Priprava bolnika na operativni poseg

Priprava bolnika na operativni poseg poteka v treh fazah.

1. Higienska faza, ki zajema:

- motivacijo bolnika in poučitev o oralnohigienskih postopkih ter kontrolo izvajanja,
- odstranitev zobnega kamna,
- odstranitev previsnih plomb in fiksno protetičnih izdelkov ter kariesa,
- luščenje in glajenje korenin,
- dezinfekcijo ustne sluznice,
- izdrtje zob z brezupno prognozo.

2. Ponoven klinični pregled po enem do dveh mesecih po končani higienski fazi. Takrat je bolnik naročen na ponovno higiensko fazo ali na operacijo.
3. Priprava bolnika s strani zdravstvene nege, ki zajema: psihično, fizično in administrativno obravnavo.

2.3. Operativni poseg ali korektivna faza zdravljenja

Operativni posegi, ki jih danes izvajamo, so:

- reženjske operacije,
- predprotetična priprava (kirurško podaljšanje klinične krone, preoblikovanje grebena),
- gingivektomije,
- ekscizije nevrofibromov, raznih tumorjev, fibroepitelnih polipov,
- komplicirane ekstrakcije zob,
- apikotomije,
- frenulotomije.

Delo v obeh operacijskih sobah poteka vsakodnevno. Zobozdravniki specialisti imajo svoje operativne dneve. Pri operativnem posegu jim ponavadi asistirajo zobozdravniki specializanti, stažisti, včasih pa tudi operacijska medicinska sestra. V vsaki operacijski sobi je ena operacijska medicinska sestra z višjo oziroma visoko zdravstveno šolo. Občasno pa nama priskočijo na pomoč zdravstvene tehnice oz. srednje medicinske sestre zobne smeri.

Perioperativna zdravstvena nega na Stomatološki kliniki v Ljubljani se ne razlikuje od dela v drugih operacijskih sobah v Kliničnem centru. Najino delo pa zajema tudi: pripravo in izpolnitev dokumentacije, pripravo bolnika na operativni poseg v ustni votlini, pripravo aparaturne in instrumentne, ki so potrebni pri operativnem posegu, sterilno oblačenje terapevtov, skrb za medoperativno zdravstveno nego bolnika in ostalo koordinacijo, pooperativno zdravstveno nego bolnika, skrb za instrumente in aparature po uporabi, dezinfekcija in sterilizacija instrumentov ter obračun opravljenih storitev za ZZZS.

Poleg tega pa operacijska medicinska sestra na Stomatološki kliniki sodeluje tudi v:

- procesu izobraževanja (pri kliničnih vajah v dodiplomskem izobraževanju – študenti dentalne medicine in v podiplomskem kliničnem izobraževanju – stažisti, specializanti);

- zobozdravstvenem timu (pri diagnostično–terapevtskih posegih, ki jih zobozdravniki naše klinike označujejo kot terciarne storitve in pri uvajanju novih metod dela);
- pri izvajanju dogovorjenih higienskih ukrepov (čiščenje, razkuževanje in sterilizacija instrumentov, ki jo običajno izvajamo v centralni sterilizaciji in povečanemu obsegu dela zaradi dviga kakovosti pri izvajanju higienskih ukrepov.

ZAKLJUČEK

Zobozdravstveni poseg se na bolniku uresničuje kot niz fizičnih in psihičnih procesov, ki lahko povzroči probleme z negotovim vplivom na zdravljenje in okrevanje. Na preprečevanje negativnih vplivov v veliki meri lahko vpliva tudi medicinska sestra s svojim kakovostnim, strokovnim in holističnim pristopom do bolnika in svojega dela. Vzgojena in zainteresirana operacijska medicinska sestra bo zlahka dosegla cilj; to je premagovati potencialne probleme pred, med in po posegu.

Literatura

1. Fabjan M. in sodelavke. *Perioperativna zdravstvena nega – vodnik za začetnike. Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije, Zveza društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v operativni dejavnosti. Maribor: Aprint – Alan Dvoršak s. p., 2005.*
2. Heinrich E. *Instrumentarka, pomoč zobozdravstvenega delavca. Dolžnosti in delokrog instrumentark. Zobozdravstveni vestnik 1947: 4: 136–8.*
3. Jelnikar M. *Psihofizična priprava bolnika na poseg v zobni ambulanti. Predavanje v Rogaški Slatini, Stomatološki dnevi 2004*
4. Pavšič I. *Stomatološka klinika in zobotehnična srednja šola (Ustanovitev, izgradnja in adaptacije). Četrți Pintarjevi dnevi, zbornik referatov. Ljubljana: LaserPrint d. o. o., 1997: 57–66.*
5. Skalerič U. *Stomatološka klinika ob 60 – letnici. Zobozdravstveni vestnik 2005; 60: 118–9.*
6. Skalerič U., Gašperšič R. *Vrstni red stomatološkega zdravljenja s poudarkom na parodontalnem zdravljenju. Zobozdravstveni vestnik 2005; 60: 175–81.*
7. Skalerič U. in sodelavci. *Napotnice za specialista ustnih bolezni in parodontologije – analiza in priporočila za splošnega stomatologa. Zobozdravstveni vestnik 2002; 57: 107–11.*
8. Vulikič V. Dr. *Jože Rant in kratek pregled zgodovine zobozdravstva na slovenskem do leta 1945. Četrți Pintarjevi dnevi, zbornik referatov. Ljubljana: LaserPrint d. o. o., 1997: 47–56.*

OPERACIJA BOLNIKA Z MOŽGANSKO ANEVRIZMO

Jana Lesar

KRATKA PREDSTAVITEV NEVROKIRURŠKE DEJAVNOSTI V KLINIČNEM CENTRU V LJUBLJANI

A. Vrste opravljenih nevrokirurških operativnih posegov; njihova prostorska in količinska razdelitev

V štirih operacijskih dvoranah, kjer v Kliničnem centru opravljamo nevrokirurške operacije, se je v letu 2004 zvrstilo 1435 operativnih posegov. Dve operacijski dvorani sta v sklopu CENTRALNEGA OP. BLOKA (COB), kjer večinoma poteka redni operativni program. Tako je bilo v operacijski dvorani št. 41, ki je zaradi boljšega mikroskopa prioritetnega značaja, opravljenih 662 (46 %), v drugi NK dvorani št. 45 pa 465 (32 %) operacij. Nevrokirurških posegov pri otrocih, ki jih izvajamo v OTROŠKI OP. DVORANI, je bilo 112 (8 %). Urgentnih posegov v CENTRALNEM URGENTNEM BLOKU (CUB) pa 196 (14 %).

NK OP. POSEGI V OP 41 IN OP 45 V COB-U

Skupno je bilo opravljenih 1127 posegov. Največ, kar 38 % je bilo operacij hernije diski oz. stenoze spinalnega kanala, 32 % je bilo operacij možganskih tumorjev, 5 % intracerebralnih, subduralnih in epiduralnih hematomov, 3 % ventrikulo-peritonealnih (V-P) in ventrikulo-atrialnih (V-A) drenaž, po 1 % ventrikulostomij, zunanjih ventrikularnih drenaž (ZVD), arterio-venskih malformacij (AVM) in operacij hipofiznih tumorjev s transfenoidalnim pristopom. Manj kot 1 % je bilo operacij osteomielitisa, abscesa, nevralgije n. trigeminusa, dekompresije perifernih živcev, vstavitve stimulatorjev živcev, vstavitve ICP senzorja pri poškodbah oz. edemu možgan in operacij likvorske fistule.

14 % operativnih posegov je bilo urgentnih.

V letu 2004 smo operirali 119 bolnikov z možgansko anevrizmo, kar predstavlja skoraj 11 % vseh operacij. 24 % je bilo urgentnih, kar 18 % bolnikov pa je imelo hkrati več anevrizem v glavi.

NK OPERATIVNI POSEGI V OTROŠKI OPERACIJSKI DVORANI

Opravili smo 12 tovrstnih operacij. Kar 42 % je bilo V-P ali V-A drenaž, 23 % ZVD, 5 % endoskopskih ventrikulostomij, 4 % rekonstrukcij mielomeningokel, 3 % impresijskih fraktur in prav toliko vstavitvev ICP senzorjev; manj kot 1 % pa je bilo luknjičastih trepanacij z vstavitvijo ommaya rezervoarja, drenažo cist, intracerebralnega hematoma ter operacij kraniosinostoz.

NK OPERATIVNI POSEGI V CUB-U

V letu 2004 smo v urgentni operacijski dvorani operirali 196-krat. 20 % je bilo ZVD, 19 % subduralnih hematomov, 18 % vstavitvev ICP senzorja, 14 % trepanacij z evakuacijo kroničnega subduralnega hematoma ali higroma. V-P drenaž je bilo 10 %, 7 % operacij epiduralnih hematomov, 6 % stenoz in hernij disci spinalnega kanala, manj kot 1 % pa je bilo ostalih posegov: odstranitve kosti pri osteomielitisih, abscesih, odstranitve raznih delov drenaž ipd.

B. Izvajalci nevrokirurške operativne dejavnosti

Nevrokirurško operativno dejavnost izvaja strokovno tesno povezan tim kirurgov, anestezirov, operacijskih medicinskih sester in bolničarjev. Vsak od njih predstavlja popolnoma enakovreden člen delovnega procesa, od katerega je strokovna usposobljenost tista podlaga, na katero ne vplivajo niti morebitne tehnične motnje aparatov in druge oteževalne okoliščine, ki se tekom operacije lahko pojavijo in zato bistveno ne smejo vplivati na potek in končni uspeh operativnega posega. Pri vsem tem so ključnega pomena tudi odlične komunikativne in odzivne spretnosti vseh sodelujočih.

V Kliničnem centru v Ljubljani imamo ekipo enajstih nevrokirurgov. Predstojnik nevrokirurške klinike je prof. dr. Vinko V. Dolenc, ki jo vrsto let tudi uspešno vodi, hkrati pa je svetovno priznan kot eden redkih, ki si upajo poseči na področje kavernoznega sinusa. Prav tako ima med slovenskimi nevrokirurgi opravljenih največ operacij možganskih anevrizem.

Nosilke perioperativne zdravstvene nege, operacijske medicinske sestre, smo nepogrešljiv, včasih (čeprav morda težko razumljivo) celo ključen člen pri

posameznih, zelo zahtevnih nevrokirurških operacijah. Zavedamo se svoje pomembne vloge in popolne strokovne odgovornosti v celotnem operativnem procesu, ob vsej specifičnosti in zahtevnosti tehničnih in drugih perioperativnih postopkih pa se globoko zavedamo, da nam je bolnik v celoti prepuščen v varstvo, uspešno opravljen operativni poseg in nego. Operacijskih medicinskih sester, ki sodelujemo pri nevrokirurških operacijah, je deset, od katerih nas šest sodeluje v COB-u, dve v CUB-u, dve pa v otroški operacijski dvorani. Pri dežurni nevrokirurški službi nas sodeluje sedem. Od desetih OPMS so štiri z visoko, štiri z višjo in dve s srednjo izobrazbo (ob delu študirata na VŠZD). Naša povprečna starost je več kot 35 let, štiri OPMS pa že več kot 15 let sodelujemo na področju nevrokirurške perioperativne nege.

OPERACIJA BOLNIKA Z MOŽGANSKO ANEVRIZMO

A. Nekaj podatkov o možganskih anevrizmah

Zgodovina

Prvi opis krvavitve iz anevrizme, najdene pri obdukciji, sega v leto 1765. Leta 1813 so prvič opisali zunanje znake krvavitve iz anevrizme. Anevrizem vse do leta 1927, ko je španski nevrokirurg Egaz Moniz izumil angiografijo in zato dobil Nobelovo nagrado, sploh niso znali dokazati in prikazati. Tako so se prvi kirurški poskusi pred tem vedno končali s smrtjo. Leta 1937 je dr. Dandy prvič izključil anevrizmo na notranji karotidni arteriji, tako da je postavil srebrno sponko oz. klip na vrat anevrizme. Seveda so številne kirurške poskuse spremljali zapleti z med-operativnimi krvavitvami in posameznimi možganskimi infarkti kot tudi post-operativne komplikacije.

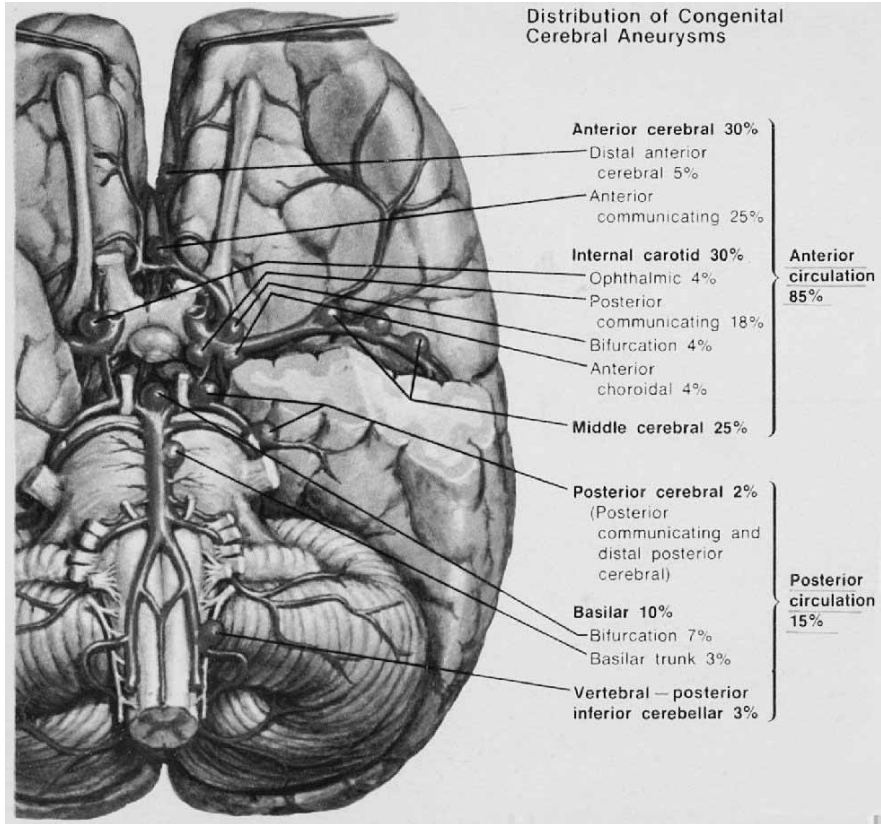
Anatomija

Anevrizma je vrečasta ali vretenasta izboklina na steni možganske arterije. Možganske arterije imajo notranjo in zunanjo elastično membrano, vmes pa mišično plast. Kjer se pojavi anevrizma, vmesne mišične plasti v žilni steni ni, zato je le-ta tudi tanjša.

Proces nastanka in rasti anevrizme poteka že dalj časa, preden pride do razpoka. Najpogosteje počijo anevrizme, ko so velike 7 do 10 mm. Sicer se po velikosti delijo na t. i. baby (< 2 mm), majhne (2–6 mm), velike (7–14 mm), zelo velike (15–25 mm) in gigantske (>25 mm). Večina anevrizem se nahaja v sprednji

možganski cirkulaciji (85 %): sprednja komunikantna arterija – 30 %, zadajšnja komunikantna arterija – 25 %, srednja možganska arterija – 20 %. 15 % anevrizem zavzema vertebrobazilarni sistem: bazilarna arterija na razcepišču – 10 %, vertebralna arterija – 5 %.

Slika 1. Porazdelitev kongenitalnih možganskih anevrizem (2, 5).



Vzroki nastanka možganskih anevrizem

Vzroki nastanka so različni: prirojena okvara stene možganske arterije, ateroskleroza in hipertenzija, infekcijska bolezen (npr. mikotični perikarditis), poškodba. Obstaja pa tudi vzročna povezanost s sistemskimi boleznimi (policistična ledvica, fibromuskularna displazija, arteriovenske malformacije, bolezní vezivnega tkiva).

Klinična slika, epidemiologija in diagnostika

Poglavitna simptoma zvišanega intrakranialnega pritiska zaradi izliva krvi v subarahnoidalni prostor sta nenaden, zelo hud glavobol in otrpel tilnik, oboje pa spremlja slabost, bruhanje in različne motnje zavesti. Kar 75 do 80 % subarahnoidalnih krvavitev je vzročno povezanih z anevrizmami. Le-te prizadenejo približno 10 ljudi na 100 000 prebivalcev na leto in povzročajo visoko smrtnost ali invalidnost. Preživele najprej ogroža ponovna krvavitev, katere smrtnost je 80 % do 90 %. V prvih 14 dneh je verjetnost ponovne krvavitve 15 % do 20 %.

Klinično stanje bolnika po SAK in perioperativno tveganje se oceni po ocenjevalni lestvici po Huntu in Hessu (HH) od 0 do 5. V prvih 2 do 48. urah operiramo samo tiste bolnike, ki so budni in (ali) zmedeni (HH 1–2), ostale operiramo odloženo, ko se njihovo stanje zavesti izboljša. Z zgodnjo izključitvijo anevrizme iz obtoka in natančno namestitvijo sponke na vrat anevrizme pod mikroskopsko povečavo (ali z endovaskularno embolizacijo anevrizme s snemnimi zankami) preprečimo ponovno krvavitev. Problem pa predstavlja postoperativni vazospazem, ki je poglavitni razlog za smrtnost in invalidnost. Celokupna umrljivost v prvem mesecu po anevrizmatski SAK je 46 %. Dve tretjini bolnikov pa po sicer uspešni operaciji nikoli ne doseže prejšnje kakovosti življenja.

Zaporedje diagnostičnih preiskav je naslednje. Z visoko ločljivim CT se v prvih 48 urah odkrije 95 % SAK, hkrati pa se določi velikost možganskih prekatov in morebiten hidrocefalus, ki se pojavi pri 21 % rupturiranih anevrizem. CT prikaže tudi prisotnost hematomov, infarktne področij in kri v subarahnoidnih cisternah, kar je pomembno za vazospazem. Pri multiplih anevrizmah napoveduje, katera anevrizma je zakrvavela in v 70 % SAK odkriva, na kateri možganski arteriji je anevrizma. **Lumbalna punkcija** je druga preiskava in pokaže krvav likvor. Le-ta se razvije v enem do dveh dneh. Z **angiografijo** možganskega žilja pa kar v 80 % do 85 % prikažemo anevrizmo in možen vazospazem. Novejši CT – ANGIO posnetki žilja so pravzaprav najboljši za razpoznavanje oblike in položaja anevrizem.

B. Priprava bolnika z možgansko anevrizmo na operacijo

Priprava bolnika na oddelku in prihod v operacijsko dvorano

Priprava bolnika na operativni poseg se začne na oddelku. V operacijsko dvorano mora priti tešč, čist, z umito glavo in povitimi nogami. Bolnika dan pred operacijo obišče anesteziolog, se informira o vseh pomembnih bolnikovih izvidih (RTG pljuč, krvna slika, krvni tlak, posebnosti zaradi morebitne sistemske bolezni ipd.), krati pa z njim naveže osebni kontakt, se predstavi, kar je s psihološkega vidika za bolnika izrednega pomena. Če zdravstveno stanje dopušča, bolnik podpiše tudi dokument, da je seznanjen in se strinja z nevarnostmi anesteziološkega postopka, sicer zanj odgovornost prevzamejo najbližji svojci. Prav tako se kirurg, ki bo bolnika operiral, z njim ali s svojci pogovori o poteku operacije oz. možnih med- in post-operativnih zapletih ter nadaljnjem zdravljenju. Ob odhodu bolnika na operacijo med. sestre z oddelka v njegovo dokumentacijo dodajo še **kontrolni list priprave bolnika na operativni ali invazivni poseg**, kjer je zajeto naslednje: psihična priprava bolnika, priprava prebavnega sistema, higienska priprava bolnika – po standardu, priprava organskih sistemov, popis shranjenih vrednostnih predmetov, priprava operativnega polja, izpraznitev sečnega mehurja, prehranjevanje, premedikacija, bolnikova dokumentacija, naročena kri in krvni derivati ter protetični in ostali pripomočki. Poleg tega dodajo še **kontrolni list predaje bolnika v operacijskih prostorih** (vpisane so enake rubrike kot na prejšnjem kontrolnem listu, opisuje pa se, ali je bilo vse naštetu izvedeno na oddelku ali (in) v operacijski dvorani.

Ob prihodu v operacijski blok si oddelčna in anestezijska sestra izmenjata vse podatke in posebnosti o bolnikovi bolezni, bolnika pa s posebnim dviznim mehanizmom z bolniške postelje premestijo na operacijsko mizo, kjer ga na primerno etičen način tudi slečejo in pokrijejo. Tako ga prepeljejo v t. i. anestezijski boks, majhen predprostor pred operacijsko dvorano, kjer anestezijska medicinska sestra in anesteziolog temeljito pregledata bolniško dokumentacijo, zbereta anamnestične podatke in nadaljujeta s premedikacijo bolnika. Nadaljnji anesteziološki postopek sledi v operacijski dvorani, kamor nato prepeljejo bolnika.

Priprava bolnika na operacijo v operacijski dvorani

Medtem ko bolnika anestezijska ekipa anestezira, intubira, preparira arterijsko žilje in vstavi urinski kateter, se op. med. sestre že intenzivno pripravljamo na operativni poseg.

Položaj bolnika na operacijski mizi je odvisen od lezije operativnega polja, ki ga pogojuje položaj anevrizme: če je a. na sprednjem delu možganske cirkulacije, operativno polje zajema fronto-parieto-temporalni rez, bolnik pa leži na hrbtu (največkrat). Če je anevrizma v zadajšnji možganski cirkulaciji, je zaradi temporalnega operativnega polja bolnik obrnjen na bok. Če je operativna lezija okcipitalno, bolnik počiva v sedečem položaju. Temu primerno bolničarka in OPMS pripravita (bolničarka pripravi, OPMS pa nadzira) več vrst obvezilnega in drugega materiala za podlaganje in zaščito bolnika (opeklinski in navadni vatiranci, zložene rjuhe, rute, povoji); pripravita vse mehanske med. pripomočke (Mayfieldov obroč s kovinskimi žebli za enkratno uporabo za vpenjanje glave, kovinske nastavke za hrbtni, bočni ali sedeč položaj. Pri vsem tem je nujna sistematičnost, organizacijska in komunikativna spretnost vseh članov kirurške ekipe. In prav v enem od takih segmentov operacije se izkaže široka paleta znanj, ki jih mora v danem trenutku posredovati operacijska medicinska sestra. Ker nevrokirurške operacije trajajo več ur, je možnost za post-operativne preležanine zelo velika, zato morajo biti vse podložene površine pod bolnikom popolnoma napete in suhe.

Bolnik mora ležati ali sedeti v najboljšem možnem fiziološkem položaju, zaščiten z dodatnimi oporniki in pasovi pred zdrsom, saj se položaji operacijske mize med operacijo močno spreminjajo v vse možne strani.

Pri nevrokirurških operacijah že več let ne uporabljamo monopolarne koagulacije. Bipolarna tehnika s svojo jakostjo popolnoma zadošča kakovostni in takojšnji koagulaciji tkiva, pri čemer v zadnjem času uporabljamo bipolarne pincete, ob katerih odmerjeno dotekajo kapljice fiziološke raztopine, kar je nujno potrebno, da se tkivo ne lepi ob pinceto. Hkrati pa je olajšano delo asistentu in posredno OPMS, ki instrumentira. Tako bolničarka pripravi aparat (atestiran in ozemljen) in pripadajoč pedal, ki ga namesti pod operacijsko mizo glede na položaj asistenta. OPMS pa namesti stekleničko fiziološke raztopine, v katero kasneje zabode poseben, izključno za tovrstne koagulacijske pincete prirejen infuzijski sistem, izolirano povezan z električnim kablom.

Za trepanacijo lobanjskih kosti uporabljamo aparature, ki so električne ali pa delujejo na komprimiran zrak. Svedre in rezila menjavamo zelo pogosto, saj so pri rezanju in brušenju trdih lobanjskih kosti potrebni zelo veliki mehanski in fizični pritiski (glava mora biti res močno vpeta v t. i. špice). Tako bolničarka pripravi tudi tovrsten aparat s pedalom, ki ga namesti levo ali desno pod operacijsko mizo, glede na položaj operaterja.

Nevrokirurške operacije zahtevajo izjemno natančno in prefinjeno tehniko aspiriranja, kar nam omogočajo t. i. japonski Fujita aspiratorji, ki so različno dolgi (medium, large, long large) in široki (3 do 10 mm), možno pa jih je

poljubno ukrivljati, saj so iz aluminija. Med operacijo uporabimo običajno več različnih aspiratorjev, odvisno od zahtevnosti operativne tehnike. Spojeni so s kompatibilno Fujita aspiracijsko cevjo in aspiracijskim aparatom. Pri operacijah tumorjev in anevrizem, kjer se pričakuje nenadna obilna krvavitev, vedno pravočasno oz. pred začetkom trepanacije, pripravimo kar dva aspiracijska aparata, ki lahko delujeta hkrati. Občasno pa je situacija tako huda, da moramo vseeno tudi med najbolj zapletenimi operativnimi trenutki zamenjati enega izmed dveh aspiratorjev, za kar je spet potrebno natančno poznavanje in redosled postopka, saj operater praktično ne more in ne sme ostati brez aspiracije. Zlasti so taki trenutki lahko mučni v času dežurstva, ko se operira urgentno, s kirurško ekipo, ki ni vsakodnevno prisotna ob tovrstnih operacijah. Takrat spet močno stopi v veljavo vsa strokovna, komunikacijska in organizacijska spretnost ter sposobnost hitrega, a mirnega ukrepanja operacijske med. sestre.

Ko se poleg operacijske mize nameščajo (preverjeno delujoče!) vse predhodno opisane naprave, kirurg asistent preverja in uredi primeren položaj in optično napeljavo mikroskopa. Nato namesti bolnikovo glavo v ustrezen položaj in jo močno vpne v Mayfieldov obroč v kovinske špice, nato pa še enkrat preveri, če so vsi vijaki na vzvodih zadostno pričvrščeni. Na natančnost teh opravil OPMS pogosto opozarjamo in smo stalno pozorne. Nevrokirurgi v naši bolnišnici sami obrijejo operativno polje; zadnjih nekaj let pa omejujejo obrito površino na širino dveh do štirih centimetrov, kar povzroča manjše psihične travme pri pacientih. Zagotavljajo, da se število postoperativnih infektov zaradi tega ni prav nič povečalo. Seveda smo OPMS ob takih trditvah vedno nekoliko skeptične in skrajno previdne pri končni aseptični oskrbi rane.

Bolničarka nato obrito operativno polje umije z namiljeno gobico in osuši; lase pa, če so dovolj dolgi, predhodno spne z gunicami, da ne opletajo naokoli.

Pri vseh teh, predhodno opisanih postopkih, sodeluje neumita OPMS, posredno z nadziranjem in primernim opozarjanjem oz. neposredno, s fizično pomočjo (prelaganje bolnika, namestitvev op. položaja, preverjanje delovanja aparatov ipd). Ko je umita OPMS pripravljena, ji neumita OPMS odpre sterilne sete.

C. Operacija možganske anevrizme

V prispevku predstavljam posnetke poteka vseh faz perioperativne nege pri operaciji gigantske anevrizme pri sedemdeset let stari gospe. Zaradi velikosti same anevrizme, hkrati pa tudi dokazane anevrizmatsko razširjene abdominale aorte, kjer se je nahajal tudi parietalni tromb, bolnica ni bila primerna za endovaskularno embolizacijo. Operirali smo jo v začetku septembra 2005. Operativni poseg je potekal brez zapletov, izguba krvi je bila minimalna, na vrat

anevrizme je prof. dr. Dolenc postavil dve večji titanijevi sponki, nato aneurizmo prerezal in pokoaguliral ostanke aneurizme. Gospa tudi po operaciji ni imela večjih postoperativnih težav in si je že opomogla.

Kot sem že omenila, neumita OP MS odpre umiti OP MS sterilne sete: OSNOVNO TASO, t. i. GLAVO, na kateri so instrumenti, potrebni za preparacijo podkožja, mišic in lobanjskih kosti, TASO ZA TREPANACIJO, na kateri so svetri in rezila za povrtavanje, rezanje in brušenje, Fujita ASPIRATORJE, TASO Z BIPOLARNIMI KOAGULACIJSKIMI PINCETAMI, t. i. YASARGIL TASO z mikro pincetami, škarjami, disektorji, šivalniki in vezalniki ter loparčki in žličkami za mikro preparacijo in šivanje; poleg tega pa so nepogrešljive tudi SPONKE ZA ANEURIZMO, katere so večinoma iz titanija (ne motijo magnetne resonance), so pa različnih velikosti in oblik, zato so porazdeljene v štiri škatlice s komorami. Večje so obarvane modro, manjše so roza, v tretji škatlici so t. i. fenestrirane sponke, v četrti pa temporerne oz. začasne sponke, ki se namestijo na arterije le začasno. Te so neinvazivne za žilne stene in so zlato obarvane. Na tasi imamo še šest prijemalk za sponke, od katerih sta po dve modri (za modre sponke) in dve roza (za roza s.), dve pa sta »navadni«, s ključkom za reguliranje osi glave prijemalke. V primeru, da bi se žilna stena ob aneurizmi poškodovala ali bila zelo krhka, pravočasno odpre še t. i. CODMAN SPONKE, taso na kateri so posebne, v blago oblečene sponke, ki žilo objamejo in s tem zaščitijo. Tovrstne sponke so različno dolge in različnih lumnov, vpenjamo pa jih z ustreznimi prijemalkami.

Za razkuževanje operativnega polja uporabljamo obarvan alkohol. Tako kirurg s kirurško umitimi in razkuženimi rokami, v sterilnih rokavicah s šest do osmimi tamponi razkuži kožo, nakar počakamo, da se koža popolnoma osuši. Medtem si obleče kirurški plašč. Ta mora biti zelo dolg in zaradi visoko rizične – nevrokirurške operacije, neprepusten. Nato si obleče druge, sterilne rokavice in z umito OPMS skupaj oblečeta mikroskop v sterilno polivinil vrečo. Med tem časom se bolnikova koža običajno že popolnoma posuši, nakar kirurg s svinčnikom zariše operativni rez. Operativno polje se prekrije z jodom prepojeno folijo (če bolnik ni alergičen na jod) in prekrije z netkanimi rjuhami, kompresami ali že narejenimi operacijskimi seti za enkratno prekrivanje.

Pri prekrivanju z netkanimi materiali smo nevrokirurške OP MS zelo previdne, saj material včasih ne zdrži izjemnih vlečnih in strižnih sil, ki jih povzročajo t. i. kožni kaveljčki. Teh je na osnovni tasi šest; pričvrščeni pa so na močne vzmeti, ki vlečejo kožni skalp in mišičje, ter lobanjsko kost. Pri mnogih med-operativnih menjavah položaja operacijske mize pride do dodatnega raztezanja kaveljčkov, kar zahteva večplastno prekrivanje z netkanim materialom, kot je običajno.

Pred začetkom operacije umita in neumita OP MS preštejeta zložence. Uporabljamo samo velike operacijske zložence. Povprečno jih na operacijo porabimo 10–20. Poleg zložencev uporabljamo tudi posebne prešane tanke vatke, ki so za nemoten potek operacije v epi- in sub-duralnem prostoru nujno potrebne. Hud problem pa vidimo OPMS v dejstvu, da vatke, ki imajo nitke (pa še te niso vse radiopačne), ne ustrezajo velikemu številu naših nevrokirurgov, ker da so predebele, toge, nepravilnih oblik ipd. Tako se bomo glede na že izoblikovane standarde pri obvezilnem materialu morale hitro in odločno spopasti s tovrstnim problemom ter oblikovati splošno veljavni standard tudi za take vrste obvezilni material. Do takrat zasilno uporabljamo »interni nevrokirurški standard«, po katerem na podoben način kot zložence, glasno štejemo in sproti beležimo porabljen material v sestriški protokol.

V sestriški protokol poleg osnovnih podatkov: bolnik, diagnoza, operacijski poseg, kirurška ekipa in porabljen obvezilni material, vpisujemo še porabljene implantate, kot so: nevro- patch in Beriplast - dvokomponentno lepilo (ki je rešilo mnogo bolnikov pred likvorskimi fistulami), ki sta nepogrešljiva pri plastiki poškodovane dure, pa tudi uporabljene in implantirane sponke za anevrizmo (navedemo točno vrsto in število sponk). Sproti preverjamo stanje in beleženje preštete obvezilnega materiala.

Pri nevrokirurški operaciji potrebujemo poleg dveh skalpelov št. 20 za kožo in podkožje ter št. 15 za duro, tudi vosek za hemostazo kosti in surgicel (oksidirana celuloza) za hemostazo malih kapilar. Za pritrditev dure na kost (preprečitev pooperativnega epiduralnega hematoma) uporabljamo svilo 3/0, za t. i. držalne šive dure pa svilo 4/0. Velikokrat za ta namen uporabimo šiv z 11 mm iglo, s katerim duro tudi končno zašijemo. Kost šivamo s svilo št. 0, podkožje z vicrylom 2/0, kožo pa največkrat tudi s svilo 2/0.

D. Uspešno opravljena operacija; bolnik primerno oskrbljen

Ko je sponka za anevrizmo uspešno nameščena, si običajno vidno oddahnemo. Včasih jo zaradi večje varnosti kirurg obloži še s tankim muslinom. Napetost in zbranost spet lahko nekoliko popusti. Če je operacija potekala brez večjih kirurških zapletov, hkrati pa je celoten tim deloval usklajeno, brez nepotrebnih tehničnih in komunikacijskih težav, smo vsi zadovoljni in operacija se zaključuje v prijetno razpoloženem vzdušju. Kirurg natančno naredi hemostazo, pri čemer si pomaga z narezanimi krpicami surgicela. Nato zašije duro, v epiduralni prostor vstavi dren št. 8, ki je povezan z manovacom. Preden kirurg začne šivati duro ter še enkrat, preden začne zapirati kostni reženj, preštejemo v celoti preštete vatke.

Prav tako pred šivanjem kosti preštejemo zložence, kar še enkrat ponovimo pred šivanjem kože.

Operativno rano razkužimo z jodom, preden zašijemo kožo, nato pa še enkrat, preden jo pokrijemo z oblogo za kirurške rane. Ker je podkožje močno zašito, običajno ni potrebno povijati glave. Izjemoma jo povijemo z nekaj krožnimi zavoji le pri krvavitvi z mesta vbočnih ran, kjer so bile nameščene »špice«. Če ima bolnik krvave lase in obraz, ga seveda higiensko dokončno oskrbimo. Včasih se pred nameščanjem kirurške obloge na rano bolnik že prebujajo. V takem primeru je spet potrebna skrajno zbrana in hitra akcija OP MS, ki opozori na problem in čim prej aseptično pokrije rano.

Ko je bolnik torej dokončno oskrbljen, umita OP MS hkrati z neumito OP MS še enkrat preveri vse zabeležke v sestrskem protokolu. Ob tem moram dodati, da so sestrski protokoli kot izvorni zdravniški, že vsa leta, kar jih uporabljamo, neuporabni. Sedaj, ko vpisujemo poleg osnovnih podatkov in preštete obvezilnega materiala vsak dan več implantatov, in lepimo kodirne nalepke zaradi sledljivosti, se še toliko bolj izraža nujna potreba po tovrstnem **ustreznem sestrskem protokolu** (perioperativno–negovalnem protokolu). Prav tako pa moramo čim prej uvesti t. i. »negovalne liste«, kot del bolnikove dokumentacije, kjer bo zabeležen prav vsak postopek perioperativne zdravstvene nege, navedeni uporabljeni medicinski pripomočki, implantati ter vse ostalo ...

ZAKLJUČEK

Ob vseh navedenih podatkih v prispevku se odpira cel niz strokovnih vprašanj. Perioperativna zdravstvena nega se z veliko hitrostjo razvija do take mere, da presega obstoječe formalne okvire beleženja podatkov med operativnim procesom. Vsi sodelujoči v kirurškem timu smo enakovredno strokovno odgovorni, vsak na svojem delovnem področju. Vendar, ker ustreznega beleženja postopkov perioperativne nege ni, nismo pravno–formalno zaščiteni pred morebitnimi tožbami (neuspešno) zdravljenih bolnikov. Seveda se morajo formalna beleženja podatkov navezovati na že izdelane standarde perioperativne nege, ki pa jih tudi še nimamo v celoti izdelanih. Pri vsej tovrstni problematiki morajo slovenske bolnišnice absolutno skupno usklajevati, dopolnjevati in poenotiti svoje, hkrati pa upoštevati tudi priporočene, evropske standarde. Le tako bomo v dobrobit vseh naših bolnikov, ki potrebujejo (le) odlično perioperativno nego, lahko uspešno in zadovoljno sodelovali v sožitju kirurškega tima.

Literatura

1. *Vladimir Smrkoj, Kirurgija, 1995.*
2. *Frank H. Netter, M.D., The Ciba Collection of Medical Illustrations, Nervous System, Anatomy and Physiology, 1983.*
3. *Perioperativna zdr. nega: Zbornik XVII, Terme Rogaška, 21.–22. maja 2004.*
4. *Erih Tetičkovič in Bojana Žvan, Maribor: Obzorja 2003: Sodobni pogledi na možganskožilne bolezni-kirurško zdravljenje možganskih anevrizem-izkušnje mariborske nevrokirurgije, avtor: Gorazd Bune, Janez Ravnik, Matej Lipovšek... Str.: 161–71.*
5. *The Ciba Collection of Medical Illustrations, Nervous System, Part Two, Neurologic and Neuromuscular Disorders, Congenital Intracranial Anevrysms, 1986; 80–6.*

NALOGE IN ZAHTEVNOSTI OPERACIJSKE MEDICINSKE SESTRE PRI OPERACIJI SIVE MRENE

Marta Blažič, Cvetka Srpčič

UVOD

V očni kirurgiji se operacijska medicinska sestra (v nadaljevanju OPMS) srečuje z mikrokirurgijo. Najpogostejša operacija je operacija sive mreže. Hiter razvoj očesne mikrokirurgije je bistveno skrajšal čas operacije, povečalo pa se je število operacij. Dosledno upoštevanje načel aseptične metode dela, celovita skrb za bolnikove potrebe vodi OPMS v avtonomnost in suverenost. Svojo profesionalnost izpopolnjuje pri vsakodnevem delu na osnovi praktičnih izkušenj, z udeležbo na različnih strokovnih srečanjih in z branjem strokovne literature.

VSEBINA

Za nemoten proces dela se vloge sterilne in nesterilne OPMS usklajeno prepletajo.

Pred začetkom operativnega dneva skupaj pripravita intraokularno tekočino BSS z dodanimi medikamenti, viskoelastično tekočino (viscaut), razredčen edicin in 1 % xylocain. Pred vsako operacijo se pripravijo ustrezni seti in material za enkratno uporabo.

Sterilna OPMS si prekontrolira datume sterilizacije setov in jih razgrne. Kirurško si umije in razkuži roke, obleče sterilni plašč in rokavice. Po namestitvi bolnika nudi pomoč pri pripravi operativnega polja. Pred začetkom operacije s pomočjo nesterilne OPMS priključi sonde in cevi za dotok infuzijske tekočine na fakoemulzifikator. Med instrumentiranjem ves čas sledi poteku operacije in delovanju aparatur. Po končani operaciji poskrbi za bolnika, instrumente in dokumentiranje lista operativne zdravstvene nege.

Po operaciji instrumente za večkratno uporabo kemično dezinficira, ročno očisti z mehko ščetko in jih splahne pod tekočo vodo. Z namakanjem v destilirani vodi se

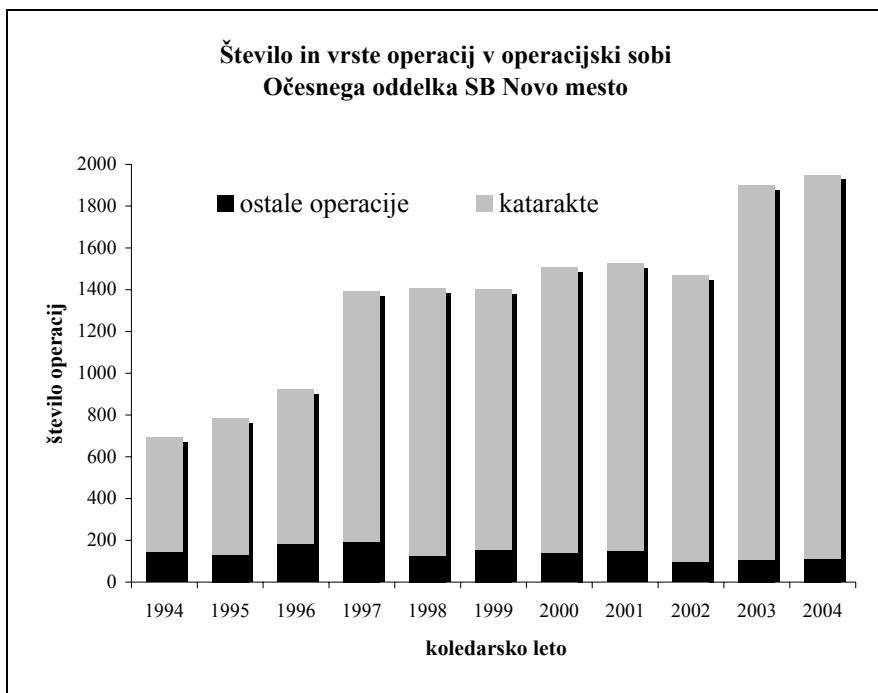
izogne vodnim madežem ter jih zloži v vodo, ki jim omogoča stabilnost. Nato mikrokirurške instrumente razpiha s stisnjenim zrakom, kontrolira in sestavi set za sterilizacijo.

Nesterilna OPMS pripravi aparature (fakoemulzifikator, mikroskop), sodeluje pri psihični in fizični pripravi bolnika na operativni poseg in hkrati, kar je najbolj pomembno, preveri njegovo identiteto. Sterilni OPMS odpira sete in priključi sonde ter cevi na aparat. Med samim operativnim posegom nadzoruje delovanje aparatov, izpolni ustrezno dokumentacijo, po potrebi dodaja sterilen material na instrumentarsko mizo, spremlja količino tekočine BSS, ki jo po potrebi nadomešča. Sprotno dokumentira operacijsko zdravstveno nego in skrbi za vnos podatkov v računalnik. Poskrbi za bolnika, ko zapušča operacijsko sobo in za njegov transport na oddelek. Sodeluje pri pripravi substerilizacije in izvajanje. Zaradi omejenega števila setov je potreben stalen nadzor nad avtoklaviranjem, da jih ne primanjkuje glede na število operacij.

Po kadrovskega normativu, ki je bil sprejet leta 2002 v Kliničnem centru Ljubljana, sta za eno očno operacijsko sobo predvideni 2 OPMS. V letošnjem letu so bili za Razširjeni strokovni kolegij podani predlogi za minimalni kadrovskega normativ na posameznih deloviščih, kar še vedno ostaja pri 2 OPMS, kar pomeni na eno operacijsko mizo oziroma v eni izmeni 2 OPMS.

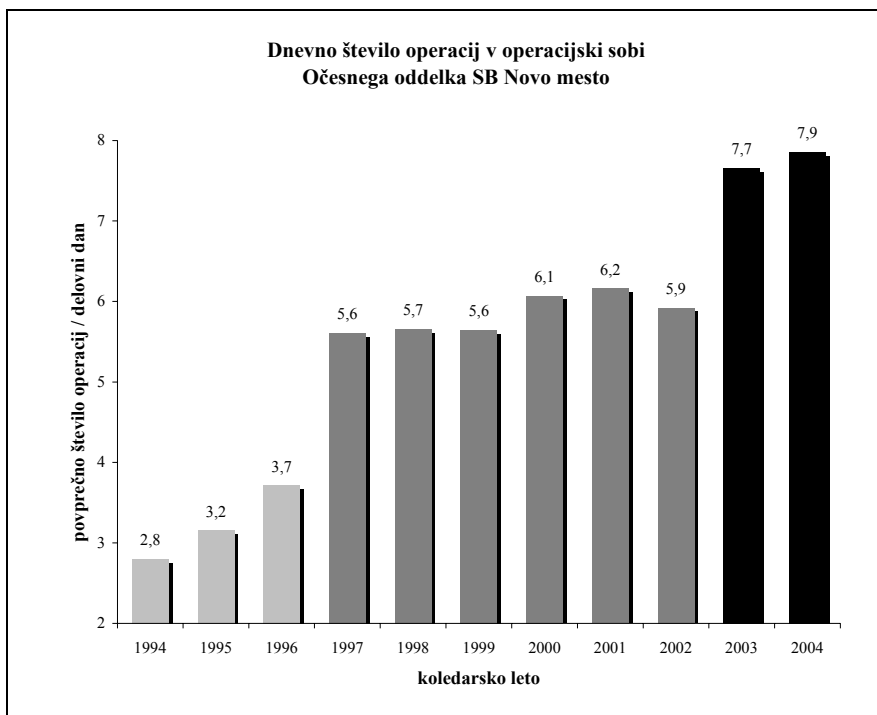
Z grafičnim prikazom želim predstaviti, kako je zmotno nameščati kader na tak način.

Graf 1. Število in vrste operacij v operacijski sobi Očesnega oddelka SB Novo mesto.



Iz grafa je razvidno, da se v desetletnem obdobju število ostalih operacij ni bistveno spremenilo. Pri operacijah katarakte pa se vidijo spremembe. V obdobju treh let število operacij ni bistveno naraščalo, skokovit porast je nastopil leta 1997 zaradi spremenjene operative tehnike, v letu 2003 in 2004 pa zaradi rednega in dodatnega programa porast operacij doseže skoraj število 2000.

Graf 2. Dnevno število operacij v operacijski sobi Očesnega oddelka SB Novo mesto.



Naslednji podatek iz grafa pa je zanimiv glede na število operacij na dan. Od vsega začetka, ko je začel okulistični oddelek delovati samostojno, so bile nameščene v operacijsko sobo 2 OPMS, saj instrumentiranje brez sterilne ali nesterilne OPMS ne bi moglo potekati. Številčni prikaz sploh ni zastrašujoč, skoraj realen. Znotraj teh podatkov in števila delovnih dni (248) v letu se skriva neprikazan podatek posameznih operativnih dni. Število operacij ni bilo enakomerno porazdeljeno, zato so se pojavili določeni operativni dnevi z zmanjšanim povprečjem ali povečanim. Zmanjšan dnevni program smo dopolnile s pripravo materiala, raznimi čiščenji in urejanjem dokumentacije. Število operacij nad povprečjem pa smo morale pokrivati znotraj oddelka. Delokrog medicinske sestre na našem oddelku obsega poleg operacijske sobe tudi delo na oddelku in v ambulanti, zato je pri večjemu številu operacij prišla medicinska sestra iz ambulante. V času koriščenja odsotnosti ali delu v ambulanti, pa so kljub velikemu številu pogostokrat ostajale v operacijski sobi 2 OPMS, tudi preko rednega delovnega časa.

ZAKLJUČEK

Povečano število operacij, posledična preobremenjenost OPMS brez dvoma vodi v sindrom izgorelosti. Meniva, da so postavljeni kadrovski normativi na osnovi delovišča neprimerni. Razvoj informacijskega sistema, računalniško vodenih aparatov, spremembe tehnike operacij, vsako leto več operacij, vodijo OPMS v dodatne obremenitve in odgovornosti pri delu. Ali jim bomo kos?

Literatura

1. *KC Ljubljana: Kadrovski normativ za operativno dejavnost. Ljubljana: 2002.*
2. *Zečevič S.: Vloga operacijske medicinske sestre v klinični poti pri operaciji katarakte s fakoemulzifikacijo. Novo mesto: Zbornik XVIII. 2004.*

PRIKAZ PRIMERA URGENTNE OBRAVNAVE BOLNIKA S HUDO POŠKODBO OBRAZA Z VIDIKA OPERACIJSKE MEDICINSKE SESTRE

*Emergency treatment of patient with a serious face
injury from an operating nurse's perspective*

Nina Samsa, Tatjana Trotovšek

Izvleček

Prispevek prikazuje primer obravnave bolnika s hudo poškodbo obraza. Opisana je klinična slika, zdravljenje in zapleti. V prispevku je poudarjeno delo operacijske medicinske sestre, posebnosti pri sprejemu bolnika v urgentno operacijsko dvorano ter predoperativna in medoperativna zdravstvena nega. Operacijska zdravstvena nega bolnika poteka po procesni metodi dela, postavljene so negovalne diagnoze, cilji, postopki in posegi. Proces operacijske zdravstvene nege je zaključen z vrednotenjem.

Abstract

Emergency treatment of a patient with serious face injury is presented. The specificities of the admittance at the emergency operating room is emphasized as the pre-operating and intra-operating nursing care as well. The methods of nursing procedures followed a standard protocol. Nursing diagnosis and the goals of the treatment was determined. The operating nursing process is finished by the evaluation.

UVOD

V reanimacijski prostor Urgentnega kirurškega bloka Kliničnega centra Ljubljana je bil pripeljan 38 letni moški, poškodovan v prometni nesreči, pri kateri ga je vrglo iz avtomobila. Pri tem je utrpel močan udarec v desno stran obraza. Ob prihodu v urgentni operacijski blok je bil kardiocirkulatorno stabilen in pri zavesti. Okončine je premikal na ukaz. Iz ust je zaudarjal po alkoholu.

Na desni strani obraza so bile vidne številne in obsežne udarninsko raztrganinske rane z avulzijo kože in mehkih tkiv. Tkiva od desne spodnje veke do nosu in spodnje čeljusti so bila vprašljive vitalnosti. Vidna je bila fraktura obeh nosnih kosti, koža na nosu je bila izmaličena. Leva zenica je bila razokrožena, ni reagirala na osvetlitev. Iz anamneze smo izvedeli, da je bila to posledica stare nezgode. V desnem očesu je bila vstavljena očesna proteza. Opravljena je bila RTG diagnostika, vključno s CT, ki je pokazala zlom zgornje čeljusti brez večje dislokacije.

Po končanih diagnostičnih postopkih je poškodovanca pregledal plastični kirurg, ki je svetoval kirurško oskrbo s strani maksilofacialnega kirurga. Ta se je po pregledu bolnika odločil za urgentni operativni poseg, ki ponavadi traja več ur. Narejena je bila urgentna oskrba in operacija: traheotomija, toaleta in oskrba ran na lasišču, učvrstitev odtrganega narastišča temporalne mišice, rekonstrukcija odprtega zloma nosu, repozicija desne ličnice, šiv sluznice ustne votline in rekonstrukcija zgornje desne veke.

1. PRIPRAVA OPERACIJSKE DVORANE

- Prostor:
 - ogreta operacijska dvorana,
 - univerzalna operacijska miza,
 - primerna razsvetljava.
- Aparature:
 - aparat za mono in/ali bipolarno elektrokoagulacijo,
 - aspirator,
 - kuhalnik za gretje fiziološke tekočine.

2. PRIPRAVA INSTRUMENTARIJA IN MATERIALA

- Sterilne sete kirurških instrumentov:
 - osnovni instrumentarij,
 - specialen instrumentarij za osteosintezo obraznih kosti.
- Material za pokrivanje operativnega polja:
 - ORL set iz netkanega materiala za enkratno uporabo.
- Set obvezilnega materiala:
 - zloženec gaza 20 x 10 cm,
 - tampon gaza brez radioplačne nitke za čiščenje operativnega polja.
- Medicinsko potrošni material:
 - sterilni operacijski plašči,
 - sterilne kirurške rokavice,
 - aspirator cev.
- Šivalni material:
 - polyglactin,
 - polypropylen.
- Sterilne tekočine:
 - 0,9 % fiziološka raztopina za izpiranje.

3. PRIPRAVA OPERACIJSKE MEDICINSKE SESTRE

Operacijska medicinska sestra mora biti v čisti zaščitni obleki, obuvalu, čepici in maski. Pred vstopom v operacijsko sobo si higiensko umije in razkuži roke.

Pri vsakem operacijskem posegu sodelujeta dve operacijski MS, katerih naloga je, da poskrbita za pripravo ustrezne operacijske sobe, pripravo kirurških instrumentov in materiala, psihično in fizično pripravo bolnika na operativni poseg. Skrbita za nemoten potek operativnega posega.

Po končanem operativnem posegu sodelujeta pri premeščanju bolnika, čiščenju in dekontaminaciji instrumentov, pakiranju in pripravi materiala za sterilizacijo. Nadzirata postopke z odpadnim materialom in umazaniam perilom. Sodelujeta in nadzirata higienske postopke čiščenja operacijske sobe.

4. PRIPRAVA BOLNIKA

- Položaj bolnika:
 - bolnik leži na hrbtu, roke ima ob telesu, noge so iztegnjene,
 - namestimo varnostni pas, ki poteka nad koleni,
 - roke v področju komolca zavijemo v rjuho in jih fiksiramo na operacijsko mizo.
- Nastavitev nevtralne elektrode.
- Priprava operativnega polja:
 - britje – operativno polje po potrebi obrijemo; pri britju pazimo, da kože še dodatno ne poškodujemo,
 - kirurško aseptično čiščenje operacijskega polja,
 - sterilno pokrivanje op. polja.

5. NEGOVALNE DIAGNOZE

- Aktualne:
 - poškodovana koža in mehka tkiva obraza,
 - bolečina,
 - anksioznost,
 - neučinkovita termoregulacija.
- Potencialne:
 - povečana možnost okužbe,
 - zvišana možnost preležanin,
 - zvišana možnost dodatnih poškodb.

ZAKLJUČEK

Po končani operaciji med čakanjem na transport v CIT (centralna intenzivna terapija) je prišlo do nenadnega padca saturacije kisika v arterijski krvi, prsni koš je postal trd, dihanje je bilo slabo slišno. Zaradi suma na ventilni pnevmotoraks sta bili v drugi interkostalni prostor vstavljeni dve i.v. kanili. Ob tem je prišlo še do srčnega zastoja. Poškodovanec je bil reanimiran, vključno z zunanjo masažo srca. Bolnik je prejel 2 mg atropina, 4-krat 1 mg adrenlina, 2g solu medrola in 2 ampuli lasixa. Srčna akcija se je ponovno vzpostavila. Urgentno je bil vstavljen torakalni dren desno.

Med hospitalizacijo je bila pri bolniku večkrat napravljena toaleta ran na obrazu. Rano je videl plastični kirurg, ki se je odločil za odložen operativni poseg. V splošni anesteziji je bil odvzet tanek kožni transplantat z notranje strani leve podlakti. Na desnem licu je bila napravljena poševna ekscizija granulacij. Odstranjeni sta bili dve manjši nekrozi. Na lice je bil potem položen kožni transplantat, ki je bil prišit s situacijskimi šivi. Nanj je bila položena vazelinska gaza, obkladki z 0,9 % fiziološko raztopino in povoj.

Tri mesece po poškodbi je bil bolnik premeščen v zavod za rehabilitacijo. Zaradi ishemične poškodbe možganov po srčnem zastoju ima bolnik kognitivne in motorične motnje, ki pa se izboljšujejo.

Literatura

1. *Gordon M. Negovalne diagnose-priročnik. vb ROGINA d.o.o., Maribor, 2003.*
2. *Kuhar O. Priprava poškodovanca na mali operativni poseg. V: Bručan A., Gričar M. (ur.) Urgentna medicina izbrana poglavja 7, Portorož 13.–16. junij 2001. Ljubljana: Slovensko združenje za urgentno medicino 2001: 397–401.*
3. *Phippen M. L., Wells M. P. Perioperativ nursing handbook. W. B. Saunders Company, Philadelphia, 1995.*

NAJPOPULARNEJŠE ZDRAVLJENJE PREKOMERNE TELESNE TEŽE

Andreja Godec Kušter

Izvleček

Švedski prilagodljivi gastrični trak (SWEDISH ADJUSTABLE GASTRIC BAND-SAGB) je bil razvit na Švedskem l. 1985 in se uporablja vse od takrat. Danes se večina kirurških posegov, povezanih s SAGB, izvaja preko »minimalnih odprtin« oz. z minimalno invazivnim, laparoskopskim pristopom.

Načelo posega SAGB temelji na »vezanju kot s pasom« zgornjega dela želodca s pritrditvijo traku okoli njega.

Ključne besede: bolnik, prekomerna telesna teža (TT), SAGB

UVOD

Stoletja je prekomerna telesna teža oz. TT ljudi obsojala na fizično in psihično bolečino, pešajoče zdravje in tudi družbeno izolacijo.

Prekomerna TT je tesno povezana z nekaterimi bolezenskimi stanji (kronične bolečina v kolkih, kolenih, stopalih in hrbtu, sladkorna bolezen, hipertenzija, bolezn srca, hiperlipidemija, hormonsko neravnovesje, žolčni kamni, apneja med spanjem, neplodnost, večja pogostost nekaterih vrst raka in druge bolezni, ki imajo velik vpliv na kakovost življenja.

Zaradi prekomerne debelosti se prav tako lahko pojavi neodobravanje in nesprejemanje družbe in okolja, v katerem živimo. To je lahko neprijetno in stresno, vodi pa lahko tudi do resnih psiholoških težav.

ZAKAJ BARIATRIČNA KIRURGIJA?

Ljudje, ki presegajo svojo normalno TT več kot za 45 kg, se tretirajo kot bolezensko debeli. Bolezenska debelost je bolezen in kot tako stanje značilno spremeni življenjska pričakovanja. Izračun BMI (BODY MASS INDEX):

$$\text{BMI} = \text{TT (kg)} / \text{TV (m}^2\text{)}.$$

Bolnikom z BMI > 40 kg / m² se priporoča kirurško zdravljenje.

Obstaja več metod in možnosti kirurškega zdravljenja prekomerne debelosti. Vsak bolnik mora biti obravnavam individualno. Zdravljenje oz. poseg se določi glede na več kriterijev, katerim sledi ekipa strokovnjakov, ki se ukvarjajo s prekomerno debelostjo. Predlog primerne metode je skupna odločitev zdravniške ekipe, strokovnjakov za prekomerno debelost.

Sedaj tudi v Sloveniji obstaja nova možnost kirurškega zdravljenja za bolnike s prekomerno TT. Ti so že poskušali z raznimi shujševalnimi metodami, vendar neuspešno. Kirurškemu posegu sledi seveda primerna dieta in sprememba prehranjevalnih navad. To je tudi edina metoda, ki je dokazano primerna za dolgoročno izgubljanje prekomerne TT tudi pri ekstremno debelih bolnikih.

SAGB

Švedski prilagodljivi gastrični trak (SWEDISH ADJUSTABLE GASTRIC BAND – SAGB) se uporablja vse od l. 1985. Danes se kirurški posegi, povezani s SAGB, izvajajo preko »minimalnih odprtin« oz. z »minimalno invazivnim laparoskopskim« pristopom.

Kirurški poseg se izvede z majhnimi rezi v trebušno steno, kamor se vstavijo trokarji, ki omogočijo prehod operacijskih instrumentov v trebuh. Menjaje vstavljamo štiri trokarje (5, 10, 12 in 18 mm), optiko (300), različne atravmatske prijemalke (babcock, grasper), retraktor za jetra, preparirno monopolarno kljukico ali ultracision škarjice (odvisno od situacije), goldfinger in laparoskopski šivalnik. Kirurg vidi in nadzoruje operacijske instrumente in delo z njimi preko TV zaslona s pomočjo kamere in optike, ki je ravno tako vstavljena v trebuh.

Načelo SAGB posega temelji na »vezanju kot s pasom« zgornjega dela želodca s pritrditvijo traku okoli njega. Trak zoži in razdeli želodec na dva dela v obliki pečene ure. Za postavitvev SAGB ni potrebno rezanje, spenjanje ali odstranjevanje kateregakoli dela želodca ali črevesja.

Postopek postavitve traku je na splošno kirurški poseg, ki najmanj poseže v delovanje prebavnega trakta, s čemer se izognemo mnogim nezaželenim stranskim učinkom. V redkih primerih je potreben ponoven kirurški poseg. Takrat lahko trak odstranimo in obnovimo prvotno obliko in strukturo želodca. Pri drugih kirurških posegih za zdravljenje prekomerne TT je ponovna vzpostavitev prvotne anatomije želodca ali črevesja bodisi izjemno težka ali povsem nemogoča.

SAGB prav tako omogoča preprosto prilagajanje po operativnem posegu. To pomeni, da se lahko premer traku (zožitev želodca) po kirurškem posegu uravnovesi v skladu z zahtevami, glede bolnikove optimalne TT in dobrega počutja. To se naredi z vbrizgavanjem tekočine skozi komoro po cevčici v balon traku. Komora je vstavljena v podkožje in pod rentgenskim nadzorom se s posebno iglo brizgne tekočina v njo. Poseg oz. polnitev traku se izvede brez analgetikov in anestezije.

Če bi bili v prihodnosti podvrženi kateremu drugemu kirurškemu posegu, bodisi urgentnemu ali ne, gastrični trak ni kontraindikacija za kakršen koli drug poseg.

DELOVANJE SAGB

Trak povzroči hiter občutek sitosti. Po mali količini zaužite hrane ima bolnik zelo hitro občutek polnega želodca. Hrana namreč zapolni zgornji, manjši del želodca. Ta občutek povzroči raztezanje želodčne stene s hrano. Živčni končiči na steni želodca pa možganom sporočajo, da je želodec poln. Občutek sitosti traja več ur, šele nato je bolnik pripravljen za ponoven, majhen obrok hrane.

SAGB odvrne bolnike od prenajedanja in s tem se zmanjša vnos kalorij. S pomočjo traku pojedjo bolniki manj, ne čutijo lakote in postopoma zmanjšujejo TT. Vse to posledično vodi tudi do izboljšanja kakovosti življenja in izboljšanja zdravstvenega stanja.

SAGB je namreč pripomoček, ki pomaga pri izgubljanju prekomerne TT, on sam pa ni naprava, ki bi zmanjševal TT.

STATISTIKA

Bolniki v povprečju izgubijo približno 30 % prvotne TT v prvem letu po kirurškem posegu. Znanstvene študije so dokazale, da se 50 % izgube odvečne TT ohranja celo po 10–15 letih.

Še bolj pomembno pa je, da so druge raziskave dokazale, da se 96 % določenih zdravstvenih težav, povezanih z debelostjo (bolečine v hrbtu, apneja v spanju, visok krvni tlak, sladkorna bolezen in depresija) izboljša, ali povsem izgine po kirurškem posegu.

Ameriški nacionalni inštitut je zato zavzel stališče, da kirurški poseg za zmanjšanje TT pomeni edino možnost zdravljenja, ki vodi v dolgoročno zmanjšanje TT, v primeru, ko so bile druge metode neuspešne. Seveda pa predstavlja ta kirurški poseg le korak, ki mu mora slediti korenita sprememba bolnikovega prehranjevalnega in življenjskega sloga. Bolnik se mora zavedati, da vsakršna izguba TT po kirurškem posegu ni takojšnja in da zahteva njegovo dolgoročno sodelovanje in upoštevanje nasvetov zdravniške ekipe.

Naša statistika

V SB SG smo prvi SAGB vstavili v mesecu maju 2005.

Tabela 1. Naši dosedanji bolniki.

Ime in priimek	Starost (leta)	Datum posega	Telesna teža (kg)	Telesna višina (cm)	BMI	KOMORBIDNOST	1. POLNITEV	2. POLNITEV	3. POLNITEV
V. S.	47	4. 5. 05	120	167	43	/	22.6.05; 2 ml 100 kg	22.9.05; 2 ml 96 kg	
S. T.	53	22.5.05	116	167	41	/	10.8.05; 2 ml 96 kg	20.10.05; 2ml 95 kg	
J. V.	54	30.6.05	124	187	37	DM, psihotik	10.8.05; 3 ml 109 kg	13. 9.05; 2ml 108 kg	20.10.05; / 104 kg
S. D.	25	22.9.05	130	178	41	/			
N. A.	27	4.10.05	135	181	41	/			
I. Z.	53	6.10.05	110	170	38	DM			
N. K.	27	20.10.05	105	162	40	/			

10 RAZLOGOV ZA KIRURŠKI USPEH

Odlike in koristi SAGB

- Zelo mehak in nizkotlačni balon. Vendar trak ima visok volumen. Oblikovan je po nežni steni želodca z minimalnim drsenjem; peristaltika je nemotena. Riziki tkivnih poškodb so minimalni.
- 3600 balon ustvari kompleten mehak obroč, in s tem minimalizira nevarnost erozije stene želodca.
- Oblika SAGB ne zahteva mnogokratne velikosti. Ni potrebe, da bi intraoperativno velikost banda ocenjevali in si izbirali velikost.
- Band je zadostno dolg (11 cm). Upravičenost »pars flacida« – tehnike in vključitev debelega tkiva vzdolž krivine, minimalizira riziko operacije z vnetjem želodčne stene.
- Varen končni mehanizem.
- Ne potrebujemo nobenih dodatnih instrumentov.
- Rentgensko je band nejasen. Dovoljuje pa postoperativno rentgensko kontrolo, če jo zahtevamo.
- Lahko se ponovno odpre z minimalno škodo banda, če je sprememba zahtevana.
- Nizek pritisk na steno želodca. Ko je band napihnjnjen, se želodec minimalno stisne, ker je band širokega premera in iz zelo mehkega materiala.
- Ta poseg je bil objavljen v številnih časopisih. Zdravljenje z SAGB daje rezultate, kar je bilo objavljeno v mnogih revijah vrsto let.

NAREDITI SAGB LAŽJI KOT KDAJKOLI PREJ

- Mehanizem hitrega zapiranja. Potreba po šivanju, da bi se band zaprl, se odstrani. S tem se prihrani čas same operacije. Pred zavezovanjem šivov se tudi odstrani potreba po zavezovanju zanke na bandu in s tem se ravno tako prihrani čas.
- SAGB ima gladko silikonsko površino. Aerodinamičen band tako gladko prehaja skozi retro-gastrični tunel (zadašnji želodčni tunel). S tem se zmanjša potreba po dodatnem prepariranju in možnost dodatnih tkivnih poškodb.
- Nova, neodsevna površina banda zmanjša lesk oz. odboj, in s tem se izboljša vidnost med operacijo.

DEJSTVA

- BMI (BODY MASS INDEX) $> 40 \text{ kg/m}^2$; The National Institut of Health (NIH) priporoča kirurško zdravljenje.
- Umrljivost za bolnike z BMI $>40 \text{ kg/m}^2$ je 12-krat večja kot pri normalno težkih ljudeh.
- Študije so dokazale, da terapije z zdravili, diete in razne vedenjske terapije niso dolgoročno uspešne.

PREDNOSTI SAGB

- Na razpolago je pravzaprav manj invazivna kirurška intervencija kot pa drugačno zdravljenje bolezenske debelosti; v anatomiji želodca in črevesja se ne naredi nobena sprememba.
- Edina metoda, ki omogoča idealno kalibriranje premera stome (stoma je mali prehod oz. odprtina nad bandom, ki ostane odprta med posegom, tako da lahko tekočina in hrana še vedno prehajata iz zgornjega v spodnji del želodca.
- Edina metoda, kjer se lahko širina stome postoperativno spremeni brez nadaljnjih kirurških posegov.
- Edina totalno obratna metoda v tovrstni kirurgiji, kjer se anatomija želodca popolnoma lahko vzpostavi na normalnem nivoju, ko se band odstrani.

DIETA PO KIRURŠKEM POSEGU

Takoj po kirurškem posegu bolniki začnejo z dieto, ki jo predpiše kirurg in dietetičarka. Bolniki prejmejo natančen dietni načrt s potrebnimi in nujnimi nasveti kirurga s sodelovanjem dietetičarke.

Načeloma prve štiri tedne bolniki uživajo zgolj tekočo hrano (čiste juhe, čaj, kava, negazirane, nesladkane pijače, sadni in zelenjavni sokovi, jogurti in podobno). Vendar pa morajo omejiti količino tekočine, ki jo naenkrat zaužijejo, uživati morajo manjše količine večkrat na dan in ne piti ali jesti večjih količin naenkrat. Nadaljnja dva tedna lahko uživajo majhne porcije kašaste, pire hrane.

Nato bodo bolniki svojo dieto postopoma dopolnjevali z običajno hrano. Te postopne spremembe prehrane so pomembne, da se telo lahko zaceli.

Ker med operacijo namestijo band na poseben del želodca, bi lahko prezgodnje uživanje velikih količin hrane ali tekočine in uživanje hrane v trdi obliki povečalo tveganje za dislokacijo (premik) banda iz njegovega položaja in/ali povečanje novega, zgornjega želodčnega žepa. To ima lahko za posledico manjšo izgubo TT in v nekaterih primerih zahteva ponoven kirurški poseg.

Bolniki bodo morda hrano težje jedli. Povečini bodo morali žvečiti dosti bolj temeljito kot pred posegom. To je v glavnem odvisno od tega, kako stisnjena ali ohlapna je odprtina med obema deloma želodca in je torej neposredno povezano s tem, koliko teže nameravajo izgubiti. Zavedati se tudi morajo, da kljub kirurškemu posegu ni hitre rešitve za izgubo TT in da lahko dejanska izguba TT variira glede na bolnikovo zmožnost upoštevanja priporočil glede prehrane in telesne vadbe. Zatorej ni mogoče podati zagotovila za uspeh za prav vsakega posameznika.

ZAKLJUČEK

Večina bolnikov, ki trpijo zaradi debelosti, se večkrat trudijo izgubiti TT z dietami, telesnimi vajami, psihoterapijo, hipnozo in celo s skupinskimi terapijami. Na žalost so se rezultati pokazali samo za kratek čas in TT je narasla nazaj takoj, ko so bolniki končali s terapijo ali s čim podobnim. Kirurški poseg je edina učinkovita alternativa za zdravljenje bolezenske debelosti, ki predstavlja dolgoročno odličen rezultat.

Laparoskopska kirurška tehnika vstavitve gastričnega banda za zdravljenje bolezenske debelosti je v porastu. Več kot 30 000 gastričnih bandov se je v zadnjih šestih letih vstavilo v Evropi. Trije pomembni vzroki so za takšen porast tovrstnega posega:

1. hiter porast bolezenske debelosti po celem svetu;
2. pojem konzervativnega oz. starejšega zdravljenja, se doslej sklicuje na uporabo diet, ki imajo zelo slab dolgoročen rezultat;
3. vpeljava in razvoj minimalno invazivne laparoskopske kirurgije je omogočila in postala učinkovita, neokrnjena in obratna operativna tehnika.

Trend je v porastu. Mediji poročajo v člankih in reportažah, in s tem se prebujajo osveščenost in veliko zanimanje med ljudmi.

Literatura je na voljo pri avtorici

PREDSTAVITEV DELA OPERACIJSKE MEDICINSKE SESTRE PRI OPERATIVNEM POSEGU ODSTRANITVE MEHURJA

*Tatjana Trotovšek, Marija Trošt, Vera Intihar, Manca Pajnič,
Saša Bobnar*

VSEBINA POSTERJA

S posterjem želimo prikazati delo operacijske medicinske sestre (OPMS) pri operativnem posegu odstranitve mehurja.

OPMS mora biti v posebnih zaščitnih oblačilih, ki so namenjena le-temu področju:

- tunika,
- hlače z manšeto,
- cikli (antistatični, pralni),
- kapa, ki pokriva vse lase,
- maska, ki mora pokrivati nos, usta in brado.

Pred vstopom v operacijsko sobo si higiensko razkuži roke.

Pri vsakem operacijskem posegu sodelujeta najmanj dve OPMS, ki imata različne strokovne vloge. Razdelijo se na naloge umite in neumite OPMS.

- Umite OPMS, ki med operativnim posegom instrumentira. Odgovorna je za nemoten potek operativnega posega. Njene naloge so:
 - priprava instrumentov in materiala za operativni poseg,
 - priprava sterilne delovne površine,
 - vzdrževanje sterilnega operativnega polja, instrumentov in materiala med operativnim posegom,
 - nadzor sterilnosti članov operativnega tima,
 - ustrezno reagiranje med operativnim posegom (z ustreznim instrumentom, šivalnim materialom ...),
 - natančno zbiranje in poimenovanje histopatoloških tkiv,
 - dosledno vzdrževanje aseptične metode dela.

- Neumita OPMS, ki streže umiti OPMS in skrbi za varnost bolnika in osebja. Njene naloge so:
 - ocenjevanje bolnikovega stanja in potreb,
 - zagotavljanje varnosti in dostojanstva bolnika,
 - zagotavljanje varnosti v operacijski sobi,
 - sodelovanje pri pripravi položaja bolnika na operacijski mizi,
 - priprava in vzdrževanje kirurških instrumentov, medicinskih pripomočkov in tehnične opreme, ki se nahaja v operacijski enoti,
 - zagotavljanje nemotenega poteka aseptičnih postopkov,
 - dokumentiranje in kontrola sanitetnega materiala in instrumentov, skupaj z umito OPMS,
 - natančno zbiranje, evidentiranje, izpolnjevanje spremnega lista za histopatološke preiskave in transport histopatoloških tkiv,
 - povezava z osebjem in službami izven operacijske sobe,
 - dokumentiranje perioperativne zdravstvene nege.

Pri sprejemu bolnika v operacijsko enoto sodelujeta sobna sestra iz oddelka in anestezijska medicinska sestra. Preko prelagalne mize se bolnika preloži na operacijsko mizo in odpelje v prostor za pripravo bolnika na operacijski poseg. Po končani začetni anestezijski pripravi se bolnika odpelje v operacijsko sobo, kjer se dokonča anestezijska priprava bolnika na operativni poseg.

PRIPRAVA BOLNIKA

- Položaj bolnika:
 - hrbtni ali ginekološki položaj, roke so odročene,
 - namestitev varnostnega pasa nad kolena.
- Namestitev nevtralne elektrode.
- Priprava operativnega polja:
 - britje – operativno polje se po potrebi dodatno obrije,
 - kirurško aseptično čiščenje op. polja,
 - sterilno pokrivanje op. polja.

OPERATIVNI POSEG

OPMS skrbita za nemoten potek operativnega posega in dosledno izvajata svoje naloge.

KONEC OPERATIVNEGA POSEGA

Po končanem operativnem posegu umita OPMS pokrije operativno rano, oskrbi cistostomo (pri izpeljavi seča po operativni metodi Bricker) in odstrani nevtralno elektrodo. Umita in neumita OPMS sodelujeta pri premeščanju bolnika, čiščenju in dekontaminaciji instrumentov in pripravi materiala za sterilizacijo. Nadzirata postopke z odpadnim materialom in umazanim perilom. Sodelujeta in nadzirata higienske postopke čiščenja operacijske sobe.

Perioperativna zdravstvena nega je področje, kjer je možnost napak in posledično telesnih okvar bolnika zelo velika. Poteka po procesni metodi dela, postavljene so negovalne diagnoze, cilji, postopki in posegi. Proces operacijske zdravstvene nege je zaključen z vrednotenjem.

Literatura

1. *Kuhar O. Priprava poškodovanca na mali operativni poseg. V: Bručan A., Gričar M. (ur.) Urgentna medicina izbrana poglavja 7, Portorož 13.–16. junij 2001. Ljubljana: Slovensko združenje za urgentno medicino 2001: 397–401.*
2. *Luštek B. Perioperativna zdravstvena nega.*
3. *Dostopno na internetu: www.soms.si, 11.5.2005*
4. *Trošt M. Intihar V. Odvzemanje in odpravljanje tkivnih vzorcev in organov med operativnim posegom. V: Rebernik Milič M. (ur.): Kakovost medoperacijske zdravstvene nege danes za jutri: zbornik XIII, Portorož, 22.–25. 5. 2002. Sekcija operacijskih medicinskih sester Slovenije, 2002: 56–66.*
5. *Žmauc T. Timsko delo v operacijski zdravstveni negi. V: Rebernik Milič M. (ur.) Management v operacijski zdravstveni negi, zbornik XVI: Terme Dobrna, 7. november 2003. Sekcija operacijskih medicinskih sester Slovenije, 2003: 17–23.*

