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

ZBORNIK
XXXII

PRIBLIŽAJMO OPERACIJSKO ZDRAVSTVENO NEGO PACIENTU

Sekcija medicinskih sester
in zdravstvenih tehnikov v operativni dejavnosti

Grand hotel Primus, Terme Ptuj
Ptuj, 11. in 12. april 2014

ZBORNIK XXXII – PRIBLIŽAJMO OPERACIJSKO ZDRAVSTVENO NEGO PACIENTU

Izdala in založila:
Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije –
Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije
Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v operativni dejavnosti
Ob železnici 30 A, 1000 Ljubljana

Urednica zbornika: Tatjana Požarnik
Uredniški odbor: Tatjana Požarnik, Sanja Arnautović

Oblikovanje in priprava za tisk: DeSIGNIA – Iztok Jančar s. p.
Tisk: LEGI – Valerija Dvoršak s. p.

1. izdaja
Ljubljana, april 2014

PROGRAM

PETEK, 11. 4. 2014

08.30–09.15 Registracija udeležencev
09.15–09.30 Otvoritev srečanja

I. SKLOP moderatorka: Barbara Luštek

09.30–09.50 **Pojasnilna dolžnost zdravnika**
doc. dr. *Blaž Trotovšek*, dr. med.

09.50–10.10 **Terapevtska komunikacija med operacijsko medicinsko sestro in pacientom v operacijski sobi**
Maja Marolt, dipl. m. s., *Miljana Kraševec*, dipl. m. s.

10.10–10.30 **(Ne)varnost za pacienta med operativnim posegom s strani medicinske sestre pri anesteziji**
Jože Šimenko, dipl. zn, uni. dipl. org., *Rudi Kočevar*, dipl. zn

10.30–10.50 **Prehospitalna navodila kirurškemu pacientu za preprečevanje pooperativnih okužb in gastrointestinalnih zapletov**
Valerija Milčić, dipl. m. s.

10.50–11.10 **Odstranjevanje dlak kot pomemben dejavnik preprečevanja okužb kirurške rane**
Milena Prosen, dipl. m. s.

11.10–11.20 **Vprašanja in diskusija**

11.20–11.50 ODMOR, OSVEŽITEV

II. SKLOP moderatorka: Suzana Strnad

11.50–12.10 **Varnost pacienta – naša skrb**
Matej Prevorčič, *Vesna Jurkošek*, ECOLAB

12.10–12.25 **Kako povečati varnost in izboljšati oskrbo pacienta?**
Andreja Gradišar, SIMPS'S

12.25–12.45 **Vloga operacijske medicinske sestre pri kompleksnih poškodbah roke**
Leonardo Lovrič, dipl. zn

12.45–12.55 **Vprašanja in diskusija**

12.55–14.15 ODMOR ZA KOSILO

III. SKLOP **moderatorka: Tatjana Trotovšek**

14.15–14.35 **Korist(e)n-a sem: recikliram pacientu prijazen material**
Nataša Kravcar, dipl. m. s., uni. dipl. soc., Sanja Arnautović, dipl. babica, spec. mng. v izob.

14.35–14.55 **Resterilizacija in reprocesiranje: da ali ne?**
Alenka Umek, Peter Mulec, Johnson & Johnson d.o.o.

14.55–15.15 **Odnos operacijske medicinske sestre in zdravstvenega tehnika v operacijski sobi do resterilizacije materiala za enkratno uporabo**
Sandi Mrvar, ZT, Tatjana Trotovšek, dipl. m. s., spec. mang.

15.15–15.30 **Vprašanja in diskusija**

15.30–16.00 ODMOR

IV. SKLOP **moderatorka: Tanja Štubelj**

16.00–16.30 **Kirurška misija v Južnem Sudanu**
Mateja Stare, dipl. m. s., spec. periop. ZN

16.30–16.40 **Vprašanja in diskusija**

20.30 ***SLAVNOSTNA VEČERJA***

SOBOTA, 12.4.2014

IV. SKLOP **moderatorka: Marjeta Berkopec**

09.30–09.50 **Posebnosti operacijske zdravstvene nege pri vstavitvi umetnega srca**
Mateja Pušnik, sms, uni. dipl. soc., Magdalena Hrovat, ZT

09.50–10.10 **Predstavitev kirurškega zdravljenja prekomerne telesne teže in rezultati v Splošni bolnišnici Slovenj Gradec**
Andreja Kušter, dipl. m. s.

10.10–10.30 **Operativno zdravljenje erektivne disfunkcije**
Nina Miholič Ilc, dipl. m. s.

10.30–10.40 Vprašanja in diskusija

10.40–11.10 ODMOR

V. SKLOP **moderatorka: Vesna Štimec**

11.10–11.40 **Zakaj prijavljamo neželjene dogodke?**
Nika Škrabl, viš. med. ses., univ. dipl. soc. ped.

11.40–12.00 **Nova paradigma v organizaciji operacijske zdravstvene nege upoštevajoč zaposlene 55+**
Tanja Žmauc, dipl. m. s., mag. zdr.-soc. manag.

12.00–12.20 **Obremenjenost operacijskih medicinskih sester**
Zdenka Razgoršek, dipl. m. s.

12.20–12.30 **Vprašanja in diskusija**

12.30–12.45 **ZAKLJUČNE MISLI IN ZAKLJUČEK SEMINARJA**

UVODNE MISLI

Priprava pacienta na operativni poseg je zahteven proces, v katerem sodelujejo različni zdravstveni profili. Delo operacijskega tima se združuje, dopolnjuje in prepleta. Zavedati se moramo, da ima pacient pravico do ustrezne in zadostne informiranosti o operativnem posegu s strani zdravstvenih delavcev. Potreba po pristni komunikaciji, poslušanju in razumevajočem odnosu do pacienta je ključnega pomena. Prav tako je potrebno pacienta aktivno vključiti v načrtovanje in soodločanje o njegovem zdravljenju, kot tudi zagotavljanje zasebnosti, diskretnosti in varovanje poklicne skrivnosti, kar vpliva na kakovost celostne zdravstvene oskrbe. Dostop do kakovostne zdravstvene oskrbe je osnovna človekova pravica, ki jo priznavajo in spoštujejo v Evropska unija, vse njene institucije in državljani Evrope. Pacienti kot uporabniki zdravstvenih storitev imajo v skladu s tem dejstvom pravico pričakovati, da bo ves trud vložen v zagotovitev njihove varnosti.

Med operativnim posegom se uporablja veliko materialov, ki so za enkratno uporabo in so namenjeni enemu pacientu ter predstavljajo lahko velik strošek za ustanovo. Zaradi varčevalnih ukrepov in minimalnih zalog lahko operacijska medicinska sestra dobi navodila vodstva, da očisti in ponovno sterilizira te materiale. Kaj narediti v tem primeru? Delovanje operacijske medicinske sestre mora temeljiti na odločitvah v korist pacienta, saj pacient med operativnim posegom nima možnosti izbire in odločanja. Tako kot vse medicinske sestre, tudi operacijske medicinske sestre za svoje delo prevzemamo etično, strokovno, kazensko in materialno odgovornost, ki ga predpisuje Zakon o zdravstveni dejavnosti.

Operacijska soba pa je tudi področje z visokim tveganjem zaradi neželenih dogodkov, ki ne nastanejo zaradi same bolezni, ampak kot posledica procesa zdravljenja in zdravstvene nege, kar lahko pripelje do zapletov, hudih okvar ali celo smrti pacienta. Specifično okolje operacijske sobe z zahtevnimi in nevarnimi napravami, procesom izvajanja operacij ter sama operacija kot invazivni postopek zdravljenja pacientov predstavljajo dejavnike tveganja za njihovo varnost. Dvig ravni pacientove varnosti, boljše prepoznavanje in spremljanje zdravstvenih napak ter odpravljanje sistemskih vzrokov za njihov nastanek bo izboljšalo oskrbo pacientov. Preprečevanje zdravstvenih napak, izobraževanje in varnostne izboljšave v sistemu zdravstvenega varstva pa so pot za izboljšanje oskrbe pacientov.

Tatjana Požarnik
Predsednica Sekcije medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v operativni dejavnosti

SEZNAM AVTORJEV

Sanja ARNAUTOVIĆ, dipl. babica, spec. mng. v izobr., Univerzitetni klinični center Ljubljana, Kirurška klinika, Operacijski blok; Zaloška 7, 1000 Ljubljana; sanja.arn@gmail.com

Andreja GRADIŠAR, produktni vodja, Simps's d.o.o.; Motnica 3, 1236 Trzin; andreja.gradisar@simpss.si

Magdalena HROVAT, zt, Univerzitetni klinični center Ljubljana, Kirurška klinika, Operacijski blok; Zaloška 7, 1000 Ljubljana; magda.hrovat22@gmail.com

Vesna JURKOŠEK, national sales manager, Ecolab-Health Care, Vajngerlova 4, 2000 Maribor; vesna.jurkosek@ecolab.com

Rudi KOČEVAR, dipl. zn., Univerzitetni klinični center Ljubljana, Klinični oddelke za anesteziologijo in intenzivno terapijo operativnih strok; Zaloška 7, 1000 Ljubljana

Miljana KRAŠEVEC, dipl. m. s., Univerzitetni klinični center Ljubljana, Kirurška klinika, Operacijski blok; Zaloška 7, 1000 Ljubljana; miljana_krasevec@t-2.net

Nataša KRAVCAR, dipl. m. s., univ. dipl. soc., Univerzitetni klinični center Ljubljana, Kirurška klinika, Operacijski blok; Zaloška 7, 1000 Ljubljana; natasa.kravcar@gmail.com

Andreja KUŠTER, dipl. m. s., Splošna bolnišnica Slovenj Gradec, Dnevna bolnišnica operativnih strok; Gosposvetska cesta 1, 2380 Slovenj Gradec; opms30@gmail.com

Leonardo LOVRIČ, dipl. zn., Univerzitetni klinični center Ljubljana, Kirurška klinika, Operacijski blok; Zaloška 7, 1000 Ljubljana; leonardo.lovric@gmail.com

Maja MAROLT, dipl. m. s., Univerzitetni klinični center Ljubljana, Kirurška klinika, Operacijski blok; Zaloška 7, 1000 Ljubljana; maja.marolt@kclj.si

Nina MIHOLIČ ILC, dipl. m. s., Univerzitetni klinični center Ljubljana, Kirurška klinika, Operacijski blok; Zaloška 7, 1000 Ljubljana; m.ilc.nina@gmail.com

Valerija MILČIĆ, dipl. m. s., Splošna bolnišnica dr. Jožeta Potrča, Operacijski blok; Potrčeva cesta 23, 2250 Ptuj; milcicv@gmail.com

Sandi MRVAR, zt, Univerzitetni klinični center Ljubljana, Kirurška klinika, Operacijski blok; Zaloška 7, 1000 Ljubljana; sandi.mrvar@kclj.si

Peter MULEC, field marketin manager, Johnson & Johnson d.o.o., Ethicon endo surgery; Šmartinska c. 53, 1000 Ljubljana; pmulec@its.jnj.com

Matej PREVORČIČ, territory manager, Ecolab-Health Care, Vajngerlova 4, 2000 Maribor; matej.prevorcic@ecolab.com

Milena PROSEN, dipl. m. s., koordinatorica področja za bolnišnično higieno, Univerzitetni klinični center Ljubljana, Služba za preprečevanje in obvladovanje bolnišničnih okužb; Japljeva ulica 2, 1252 Ljubljana; milena.prosen@kclj.si

Mateja PUŠNIK, sms, uni. dipl. soc., Univerzitetni klinični center Ljubljana, Kirurška klinika, Operacijski blok; Zaloška 7, 1000 Ljubljana; matejapus@gmail.com

Zdenka RAZGORŠEK, dipl. m. s., Splošna bolnišnica dr. Jože Potrč Ptuj, Centralni operacijski blok; Potrčeva cesta 23, 2250 Ptuj; koka.mimi@gmail.com

Mateja STARE, dipl. m. s., spec. periop. ZN, Univerzitetni klinični center Ljubljana, Kirurška klinika, Operacijski blok; Zaloška 7, 1000 Ljubljana; mateja.stare@kclj.si

Jože ŠIMENKO, dipl. zn., uni. dipl. org., Univerzitetni klinični center Ljubljana, Klinični oddelke za anesteziologijo in intenzivno terapijo operativnih strok; Zaloška 7, 1000 Ljubljana; jozesimenko@gmail.com

Nika ŠKRABL, viš. med. ses., univ. dipl. soc. ped., Univerzitetni klinični center Ljubljana, Kirurška klinika; Zaloška 7, 1000 Ljubljana; nika.skrabl@kclj.si

Doc. dr. **Blaž TROTOVŠEK**, dr. med., Univerzitetni klinični center Ljubljana,Kirurška klinika, Klinični oddelek za abdominalno kirurgijo; Zaloška 7, 1000 Ljubljana; blaz. trotovsek@kclj.si

Tatjana TROTOVŠEK, dipl. m. s., spec. mang., Univerzitetni klinični center Ljubljana, Kirurška klinika, Operacijski blok; Zaloška 7, 1000 Ljubljana; tatjana.trotovsek@kclj.si

Alenka UMEK, sales representative, Johnson & Johnson d.o.o., Ethicon endo surgery; Šmartinska c. 53, 1000 Ljubljana; aumek@its.jnj.com

Tanja ŽMAUC, dipl. m. s., mag. zdr - soc. manag., Splošna bolnišnica Murska Sobota, Operacijski blok; Ulica Dr. Vrbnjaka 6, 9000 Murska Sobota; tanja.zmauc@gmail.com

KAZALO VSEBINE

POJASNILNA DOLŽNOST ZDRAVNIKA
Blaž TROTOVŠEK 13

TERAPEVTSKA KOMUNIKACIJA MED OPERACIJSKO MEDICINSKO SESTRO IN PACIENTOM V OPERACIJSKI SOBI
Maja MAROLT, Miljana KRAŠEVEC 22

(NE)VARNOST ZA PACIENTA MED OPERATIVNIM POSEGOM S STRANI MEDICINSKE SESTRE PRI ANESTEZIJI
Jože ŠIMENKO, Rudi KOČEVAR 28

PREHOSPITALNA NAVODILA KIRURŠKEMU PACIENTU ZA PREPREČEVANJE POOPERATIVNIH OKUŽB IN GASTROINTESTINALNIH ZAPLETOV
Valerija MILČIĆ 34

ODSTRANJEVANJE DLAK KOT POMEMBEN DEJAVNIK PREPREČEVANJA OKUŽB KIRURŠKE RANE
Milena PROSEN 38

VARNOST PACIENTA – NAŠA SKRB
Matej PREVORČIČ, Vesna JURKOŠEK 43

KAKO POVEČATI VARNOST IN IZBOLJŠATI OSKRBO PACIENTA?
Andreja GRADIŠAR 46

VLOGA OPERACIJSKE MEDICINSKE SESTRE PRI KOMPLEKSNIH POŠKODBAH ROK
AORN-a smernice za varno uporabo manšete za bledo stazo
Leonardo LOVRIČ 49

KORISTEN(A) SEM – RECIKLIRAM PACIENTU PRIJAZEN MATERIAL
Nataša KRAVCAR, Sanja ARNAUTOVIĆ 59

RESTERILIZACIJA IN REPROCESIRANJE: DA ALI NE?
Alenka UMEK, Peter MULEC 60

ODNOS OPERACIJSKE MEDICINSKE SESTRE IN ZDRAVSTVENEGA TEHNIKA V OPERACIJSKI SOBI DO RESTERILIZACIJE MATERIALA ZA ENKRATNO UPORABO
Sandi MRVAR, Tatjana TROTOVŠEK 66

KIRURŠKA MISIJA V JUŽNEM SUDANU
Mateja STARE 77

POSEBNOSTI OPERACIJSKE ZDRAVSTVENE NEGE PRI VSTAVITVI UMETNEGA SRCA
Mateja PUŠNIK, Magdalena HROVAT 83

PREDSTAVITEV KIRURŠKEGA ZDRAVLJENJA PREKOMERNE TELESNE TEŽE IN REZULTATI V SPLOŠNI BOLNIŠNICI SLOVENJ GRADEC
Andreja KUŠTER 93

OPERATIVNO ZDRAVLJENJE EREKTILNE DISFUNKCIJE
Nina MIHOLIČ ILC 104

ZAKAJ PRIJAVLJAMO NEŽELENE DOGODKE?
Nika ŠKRABL, Tatjana TROTOVŠEK 109

NOVA PARADIGMA V ORGANIZACIJI OPERACIJSKE ZDRAVSTVENE NEGE UPOŠTEVAJOČ ZAPOSLENE 55+
Tanja ŽMAUC 120

OBREMENJENOST OPERACIJSKIH MEDICINSKIH SESTER
Zdenka RAZGORŠEK 129

POJASNILNA DOLŽNOST ZDRAVNIKA

Blaž TROTOVŠEK[1]

Izvleček

Teoretična izhodišča. *Privolitev v zdravljenje ali poseg v procesu zdravljenja ustvarja pravno poslovni odnos med pacientom, zdravnikom in zdravstveno organizacijo. Zagotavlja aktivno vlogo pacienta pri odločanju o eni temeljnih osebnostnih pravic, saj mu daje pravico do privolitve ali zavrnitve določene vrste zdravljenja ali posega, kot tudi možnost preklica privolitve ali zavrnitve.*

Glavno vodilo vsakršne zdravstvene oskrbe je pacientova volja. Pojasnilna dolžnost je dolžnost zdravnika, da na razumljiv način in v primernem obsegu, poda pacientu informacije o posegih in postopkih zdravljenja, njihovih zapletih in posledicah. Pojasnilo mora biti podano tako, da bo pacient razumel, kaj lahko pričakuje od posega, kakšna so tveganja in morebitne posledice zapletov. S tem zagotavljamo avtonomijo pacientove volje, kar predstavlja temelj za izjavo o privolitvi v zdravljenje in posege.

V kolikor zdravnik ali zdravstveni delavec ne opravi pojasnilne dolžnosti, ali jo opravi nerazumljivo ali pomanjkljivo, lahko ob nastanku škode za pacienta privede do odškodninske ali celo kazenske odgovornosti.

Na podlagi pred posegom opravljene pojasnilne dolžnosti zdravnika, pacient, ki mora biti sposoben veljavnega odločanja, svobodno in zavestno poda veljavno privolitev. Privolitev po pojasnilu je del pacientove medicinske dokumentacije in mora biti dana v predpisani obliki.

Izjemoma pojasnilo lahko opustimo takrat, kadar bi pacientov vpogled v medicinsko dokumentacijo škodoval njegovemu zdravstvenemu stanju. Opustitev ali omejitev pojasnilne dolžnosti mora zdravnik dokumentirati in hraniti ločeno v medicinski dokumentaciji.

Brez privolitve pacienta poseg opravimo lahko le pri nujni medicinski pomoči, ko pacient ni sposoben privoliti v zdravstveno oskrbo, poseg pa je nujen zaradi neposredne nevarnosti za pacientovo življenje.

Zaključki. *Pacientova temeljna pravica je, da soodloča o postopkih zdravljenja in posegih. Ustrezna pojasnila zdravnika pred posegom in ves čas zdravljenja omogočajo bolniku, da zavestno sprejema odločitve, aktivno sodeluje v procesu zdravljenja in preprečujejo nastanek pogojev za kazenski pregon in odškodninsko odgovornost zdravnika.*

Ključne besede: *pojasnilna dolžnost, privolitev po pojasnilu, privolitev v zdravstveno oskrbo, zavrnitev zdravstvene oskrbe, kazenska odgovornost, odškodninska odgovornost*

1 Doc. dr. Blaž TROTOVŠEK, dr. med., Univerzitetni klinični center Ljubljana,Kirurška klinika, Klinični oddelek za abdominalno kirurgijo; Zaloška 7, 1000 Ljubljana; blaz.trotovsek@kclj.si

1 UVOD

Pravica do samoodločanja je ena izmed temeljnih človekovih pravic. Je nepogrešljiv del človekovega bivanja, in kot taka posameznika varuje pred neupravičenimi posegi v telesno in duševno celovitost. Ta pravica je zagotovljena z mednarodnopravnimi dokumenti in z Ustavo Republike Slovenije, ki jo v 35. členu opredeljuje kot pravico do nedotakljivosti človekove telesne in duševne celovitosti. V področje duševne celovitosti uvrščamo tudi institut avtonomije volje, ki je podlaga za dopustno zdravljenje. Nürenberški kodeks, ki je nastal leta 1948, je postavil v ospredje svobodno odločanje posameznika ter zahtevo po informiranosti pacienta, da lahko sprejme odločitev o načinu lastnega zdravljenja. Pacient torej lahko kadarkoli prekliče privolitev in zavrne zdravstveno oskrbo. Iz navedenega izhaja, da je človekova volja vrhovni zakon (Voluntas aegroti suprema lex) *(Flis, 1998)*. Le v izjemnih primerih je, npr. pri nujni pomoči, možno ta institut omejiti. Posledično je za vsak zdravnikov poseg in zdravljenje potrebna pacientova privolitev. Načelo avtonomije volje velja tudi za zdravnika, saj se le-ta ni dolžan podrediti nobeni zahtevi, ki bi bila v nasprotju z njegovim strokovnim znanjem, vrednotami in načeli medicinske etike *(Flis, 1998)*.

Nujna za pravno veljavno privolitev v zdravljenje je svobodna volja pacienta. Le ta se lahko izoblikuje, če je pacient o poteku zdravljenja ustrezno poučen. Govorimo o institutu pojasnilne dolžnosti, ki je temelj za pacientovo odločitev, ali bo v poseg privolil ali ne. Obveznost pojasnilne dolžnosti ni omejena zgolj na zdravnika, temveč obvezuje tudi druge zdravstvene delavce, če so izvajalci zdravstvenih posegov, za katere je privolitev po pojasnilu predhodno potrebno pridobiti. Prav tako pojasnilna dolžnost in posledična privolitev po pojasnilu (informed consent) ne zajema zgolj postopkov zdravljenja, temveč veliko širši nabor postopkov, ki jih zagotavlja sistem zdravstva *(Flis, 1995)*. Opustitev zdravnikovega pojasnila o poteku in morebitnih zapletih zdravljenja je zanemarjanje strokovnosti, kar ima za posledico odškodninsko in kazensko odgovornost zdravnika oziroma zdravstvene organizacije. Hkrati predstavlja tudi grobo kršenje osebnostnih pravic posameznika in je protipravna. Vendar se tudi pri pojasnilni dolžnosti skriva izjema. Zdravnik lahko pod določenimi pogoji posamezniku omeji pravico do predhodne seznanitve o možnih načinih odkrivanja in zdravljenja bolezni. V primeru, ko zdravnik oceni, da bi pacientov vpogled v medicinsko dokumentacijo škodljivo vplival na njegovo zdravstveno stanje, po lastni strokovni presoji omeji pojasnilo *(Balažic et al., 2009)*.

2 POJASNILNA DOLŽNOST SKOZI ČAS

Prve oblike pojasnilne dolžnosti zasledimo v 5. stol. pr. n. št., ko so bodoči zdravniki v zdravniški prisegi Asklepiju zagotavljali, da bodo dajali pacientom potrebne nasvete in navodila in jih varovali vsake škode *(Gorišek, 1995)*. Hipokrat v svoji zaprisegi pacientov ne omenja in pacienti o načinu zdravljenja niso bili poučeni. Po Hipokratu je le zdravnik vedel, kaj je za pacienta dobro in kaj ne in takem odnosu je bila pacientova volja popolnoma podrejena zdravnikovi *(Flis, 1995)*.

Tovrsten enoten pogled na odnos zdravnik - pacient je trajal vse do leta 1803, ko je Thomas Percival objavil knjigo o medicinski etiki in v njej zahteval resnicoljubnost v odnosu med pacientom in zdravnikom. Percivalova prizadevanja za aktivno vlogo pacienta v zdravljenju so bila takrat žal neuspešna in odnos v katerem je zdravnik odločal o tem, kaj je za pacienta dobro, je prežemal vso medicinsko prakso do leta 1948, ko je nastal Nürenberški kodeks *(Flis, 1995)*. Šele po tem obdobju je pacient postal subjekt in ne več objekt zdravljenja, s tem pa mu je bila tudi priznana pravica do soodločanja pri zdravljenju.

3 POJASNILNA DOLŽNOST KOT TEMELJ ZA PACIENTOVO PRIVOLITEV V ZDRAVSTVENO OSKRBO

Zdravstvena oskrba pacienta se praviloma lahko opravi zgolj z zavestno privolitvijo pacienta. Privolitev lahko pacient poda svobodno in brez prisile le na podlagi predhodne in celovite razlage zdravnika o njegovi diagnozi, samem posegu ter morebitnih zapletih in nadaljnjem zdravljenju.

Tako je pojasnilo v zvezi z zdravstveno oskrbo izredno pomembna zdravnikova dolžnost in prvi temeljni korak v procesu zdravljenja. Pri pojasnilni dolžnosti zdravnika gre za proces, ki traja ves čas zdravljenja in ni le za enkratno dejanje ob začetku zdravljenja *(Balažic et al., 2009)*.

3.1 POJEM POJASNILNE DOLŽNOSTI

Pojasnilna dolžnost, je dolžnost zdravnika, da pacienta seznani o njegovi diagnozi, samem poteku zdravljenja oz. o posledicah opustitve zdravljenja ter o tveganjih, ki so s tem povezani. Za samostojno odločanje o zdravljenju in sodelovanje v procesu zdravljenja, mora biti pacient obveščen o svojem zdravstvenem stanju in prognozi ter posledicah svoje bolezni ali poškodbe. Diagnozo, postopke, način in prognozo zdravljenja mora zdravnik obrazložiti na pacientu razumljiv način.

Zakon o pacientovih pravicah (ZPacP) v 20. členu ureja obveščenost pacienta in pojasnilno dolžnost. Pravica do obveščenosti je tista, ki omogoča pacientu samostojno odločanje o zdravljenju ter o sodelovanju v procesu zdravljenja. Tako ZPacP določa, da mora biti pacient obvešcen o:

- Svojem zdravstvenem stanju in verjetnem razvoju ter posledicah bolezni ali poškodbe,
- cilju, vrsti, načinu izvedbe, verjetnosti uspeha ter pričakovanih koristi in izidu predlaganega medicinskega posega oziroma predlaganega zdravljenja,

- možnih tveganjih, stranskih učinkih, negativnih posledicah in drugih neprijetnostih predlaganega medicinskega posega oziroma predlaganega zdravljenja, vključno s posledicami njegove opustitve,
- morebitnih drugih možnostih zdravljenja,
- postopkih in načinih zdravljenja, ki v Republiki Sloveniji niso dosegljivi, ali so izvzeti iz pravic obveznega zdravstvenega zavarovanja.

Za operativni poseg (oziroma poseg, ki je povezan z vecjim tveganjem), mora dati pojasnilo zdravnik, ki bo poseg opravil in samo izjemoma drugi zdravnik, ki pa mora biti usposobljen za opravljanje medicinskega posega, na katerega se pojasnilo nanaša. Po Kodeksu medicinske deontologije Slovenije zdravnik ne sme dopustiti, da bi pacientu diagnozo bolezni podalo drugo zdravstveno osebje. Zdravnik mora pacientu poleg pojasnila o diagnozi podati tudi pojasnilo o zdravljenju oziroma o opustitvi zdravljenja.

Zdravnik ni zavezan pacienta poučiti o vseh možnih neželenih učinkih, ampak ga mora seznaniti s prognozo in ga opozoriti na običajna, redna tveganja. Pacientova pravica do samoodločanja temelji namreč na ustrezni informiranosti o relevantnih dejstvih. Zdravnik ne sme olepševati ali prikrivati dejstev in mora pacientu pojasniti možnosti zdravljenja, ter dobre in slabe strani določenih postopkov.

Za pacienta je pomembno, da dobi ob pogovoru z zdravnikom tista pojasnila, ki jih sam želi. Zdravnik mora prisluhniti skrbem, dvomom in željam pacienta, čeprav se morda zde medicinsko neutemeljeni.

Zdravnik mora ugotoviti, ali je pacient že seznanjen z določenim postopkom in tveganji, ki ga spremljajo, ali ne. V kolikor se je pacient s tveganji seznanil že pri prejšnjih posegih oziroma zdravljenjih, jih zdravnik ni dolžan vedno znova pojasnjevati. To pa ne velja za primere, ko se utegnejo pri takšnih posegih pojaviti nova tveganja. Za vsako novo tveganje je zdravnik zavezan dati pojasnilo *(Krušič, 2010)*.

Pacient se lahko zdravnikovi pojasnilni dolžnosti tudi odpove. To lahko naredi z izrazom volje ali dejanjem (ne posluša pojasnila zdravnika o možnih posledicah odvzema arterijske krvi iz radialne arterije, temveč takoj nastavi roko). Pisna odpoved pojasnilni dolžnosti ni potrebna, je pa koristna zaradi morebitnih sporov, ki lahko nastanejo med zdravnikom in pacientom zaradi zdravljenja (ZPacP, 2008).

Pojasnilna dolžnost je trajen proces, ki se odvija med pacientom in zdravnikom ves čas zdravljenja. Zdravnik tudi med samim zdravljenjem pacienta seznanja s spremembami njegovega zdravstvenega stanja. Po končanem zdravljenju mora zdravnik pacienta seznaniti o uspehu in zapletih, do katerih je prišlo pri zdravljenju, ter predlagati tudi ukrepe za izboljšanje pacientovega zdravstvenega stanja, če je to mogoče.

Zdravnikova pojasnila so v postopku zdravljenja izrednega pomena, saj se pacient lahko le na njihovem temelju odloči, ali bo privolil v določen poseg ali ne. Pacienta namreč, razen izjemoma, ni dopustno prisiliti k zdravljenju *(Zečevič, 1995)*. Po 48. členu Zakona o zdravstveni dejavnosti (ZZDej) lahko brez predhodnega soglasja zdravnik opravi le nujne medicinske posege in še to le takrat, ko pacient zaradi svojega zdravstvenega stanja o tem ne more odločati.

3.2 OMEJITEV PRAVICE DO POJASNILA ALI TERAPEVTSKI PRIVILEGIJ

Omejitev pravice do pojasnila je pravica zdravnika, da določi, v kolikšni meri bo pacienta poučil oziroma seznanil s tveganji, ki jih s seboj prinaša nameravani medicinski poseg. Zdravnik lahko zaradi vpliva na pacientovo zdravstveno stanje zamolči nekatera dejstva in v tem primeru je opustitev določenih informacij upravičena *(Zečevič, 1995)*.

Omejitev pravice do pojasnila izrecno ni priznana. Vendar 47. Člen ZZDej določa, da ima pacient pravico do vpogleda v zdravstveno dokumentacijo, ki se nanaša na njegovo zdravstveno stanje, razen če zdravnik oceni, da bi to škodljivo vplivalo na njegovo zdravje. Z ozirom na to je zdravniku pravico do omejitve pojasnila možno priznati.

ZPacP je v 22. členu določa, da zdravnik pacientu lahko izjemoma zamolči podatke o njegovem zdravstvenem stanju, če glede na okoliščine oceni, da bi to povzročilo resno poslabšanje zdravstvenega stanja pacienta. Vendar kadar pacient, ki je sposoben odločanja v svojo korist, izrecno zahteva, da je o svojem zdravstvenem stanju popolnoma obveščen, zdravnik izgubi pravico do omejitve pojasnil. Razloge za omejitev pojasnil je zdravnik dolžan ločeno dokumentirati v zdravstveni dokumentaciji o pacientu. Omejitev pojasnila je npr. primerna pri obveščanju pacienta, da je zbolel za smrtno boleznijo. Pojasnilo se lahko opusti, v kolikor bi privedlo do resne in nepopravljive škode za pacienta. Zdravnik mora pred opustitvijo z vso skrbnostjo dobrega strokovnjaka oceniti pacientov odnos do umiranja in smrti in tudi odnos širšega pacientovega družbenega okolja *(Krušič, 2010)*.

Drugi primeri v katerih lahko zdravnik omeji pravico do pojasnila so: pojasnilo tveganja, nujno potrebni zdravstveni ukrepi in ogrožanje drugih *(Bernat, 1995)*.

4 PRAVNE POSLEDICE KRŠITVE POJASNILNE DOLŽNOSTI

Osnovni pogoj za izvajanje medicinskih posegov je privolitev pacienta. Pred pacientovo privolitvijo v poseg mora zdravnik opraviti pojasnilno dolžnost. Pacient lahko poda veljavno privolitev le na podlagi predhodne in celovite informacije o njegovi

diagnozi, postopku zdravljenja ter možnih tveganjih.To pacientu omogoči, da temeljito premisli o medicinskem posegu in možnih posledicah, ki nastanejo zaradi izvajanja posega. V primeru opustitve pojasnila pacient ne more sprejeti samostojne odločitve o sprejemljivosti postopkov in sprejeti tveganja ob njihovem izvajanju. Poleg tega mora biti veljavna privolitev pridobljena pred posegom, pacient mora biti sposoben samostojnega odločanja, volja mora biti izražena zavestno, svobodno in brez prisile in v predpisani obliki. V primeru, da takšne privolitve ni, s tem posegamo v pacientovo osebnostno pravico do nedotakljivosti telesne in duševne integritete *(Finžgar, 1985)*, ki sta pravici zagotovljeni z ustavo.

Škoda storjena na telesu in zdravju posameznika je poseg v osebnostno pravico, kar predstavlja kazenski in civilni delikt, ki ga obravnava 174. člen obligacijskega zakonika (OZ). Povzročitelj škode je v tem primeru dolžan oškodovancu povrniti stroške zdravljenja in izgubljeni zaslužek zaradi nezmožnosti za delo, plačati odškodnino v obliki denarne rente za zmanjšano ali izgubljeno delovno zmožnost, trajno povečanje potreb, zmanjšano ali uničeno možnost nadaljnjega razvoja ali napredovanja in plačati odškodnino zaradi povzročenih telesnih in duševnih bolečin.

Z odškodninsko tožbo se predvsem lahko zahteva vzpostavitev začetnega stanja pred nastankom škode. Kadar začetnega stanja ni možno vzpostaviti prihaja v poštev denarna odškodnina. Možna je tudi zahteva za povračilo nepremoženjske škode, pri kateri se pacientu nudi primerno zadoščenje za neugodje, strah, bolečine in trpljenje, ki je bilo pacientu povzročeno zaradi kršitve njegove osebnostne pravice. Zakonodaja dopušča tudi kazenske in prekrškovne sankcije. Tako je za kršitev pojasnilne dolžnosti predpisana globa, za medicinski poseg brez privolitve pacienta pa denarna ali celo zaporna kazen *(Polajnar-Pavčnik, 1998)*.

Zdravnik kazensko odgovarja za kaznivo dejanje nevestnega zdravljenja ali za prekrške, za katere odgovarja tudi njegova zdravstvena ustanova. Odškodninsko pa odgovarja, če se pri posegu uresniči tveganje za zaplet, čeprav brez zdravnikove krivde, če pacient o tem ni bil predhodno obveščen in trdi, da na poseg ne bi pristal, če bi vedel za možnost nastopa zapleta *(Planinšec, 2000)*.

Obstajajo pomembne razlike med kazensko in odškodninsko odgovornostjo. V kazenskem postopku sodišče odloča o tem, ali je bilo storjeno kaznivo dejanje, ki je opredeljeno v kazenskem zakoniku. Sodba je ocena kršitve pravno zavarovanih dobrin in njen namen je kaznovanje kršitev. O odškodnini se odloča v civilnem postopku, ki se začne na predlog pacienta. Sodišče odloča o odškodnini takrat, kadar so bile kršene pacientove pravice in je pri pacientu nastala vzročno povezana škoda *(Polajnar-Pavčnik, 1998)*.

4.1 ODŠKODNINSKA ODGOVORNOST ZDRAVNIKA

Pri odškodninski odgovornosti zdravnika se upošteva objektivno merilo za ugotavljanje poklicne skrbnosti. Ali je zdravnik ravnal s potrebno poklicno skrbnostjo, se ugotavlja glede na okoliščine. Zdravnik je ravnal skrbno takrat, ko je deloval tako, kot je mogoče pričakovati od izkušenega in vestnega zdravnika. Nemalokrat se zdravniki znajdejo pred odškodninsko odgovornostjo tudi zaradi napak pri zdravljenju pacientov (Ivanjko, 2009). O zdravnikovi strokovni napaki govorimo takrat, ko zdravnik prekrši svojo obveznost vestnega zdravljenja, ki ga narekujejo zakoni ter medicinski kodeks in je podana njegova krivda *(Horvat, 2006)*.

Strokovne napake se lahko pojavijo pri zdravljenju, lahko pa so posledica kršitve pojasnilne dolžnosti. To pomeni, da zdravnik pojasnilne dolžnosti ni opravil, oziroma je bilo pojasnilo podano premalo natančno ali nerazumljivo. Opustitev pojasnila, kadar privede do nastanka škode za pacienta, predstavlja strokovno napako zdravljenja *(Balažic et al., 2009)*.

S pacientovo pravno veljavno privolitvijo je izključeno zdravnikovo protipravno ravnanje. V takem primeru zdravnik ne bo odgovarjal zaradi kršitve pojasnilne dolžnosti, ampak bo odgovoren le, če je bila med zdravljenjem storjena napaka *(Juhart, 2010)*.

Odškodninska odgovornost zdravnika se ugotavlja po pravilih OZ. Za povračilo povzročene škode morajo biti hkrati izpolnjeni naslednji pogoji:

- Nastanek škode,
- škoda izvira iz nedopustnega ravnanja,
- med nedopustnim ravnanjem in škodo obstaja vzročna zveza,
- obstoj odgovornosti na strani povzročitelja škode.

Pri dokazovanju navedenih pogojev velja pravilo obrnjenega dokaznega bremena. Pacient ne dokazuje krivde, ampak le nastanek škode, nedopustno ravnanje ter vzročno zvezo med škodo in ravnanjem (OZ, 2007). Kršitev pojasnilne dolžnosti zdravnika ima za posledico neveljavnost privolitvene izjave pacienta v poseg in s tem je bil poseg protipraven in samovoljen. Zdravnik mora dokazati, da je bilo soglasje dano in da je bila pojasnilna dolžnost primerna in razumljiva. V primeru nujnega zdravstvenega posega zaradi neposredne nevarnosti za življenje pacienta, ko zdravnik ni dolžan pridobiti soglasja pacienta za poseg, je izključena protipravnost in samovoljnost zdravstvenega posega, zato zdravnik ne bo odškodninsko odgovarjal zaradi posega v pacientovo telesno integriteto *(Balažic et al., 2009)*.

4.2 KAZENSKA ODGOVORNOST ZDRAVNIKA

KZ–1 v 125. členu določa, da povzročitev lahke, hude ali posebno hude telesne poškodbe ni protipravna, če je poškodovanec privolil vanjo in pri tem niso bile prizadete koristi koga drugega, ali ogrožena kakšna skupna pravna vrednota. Pogoj je, da je bila pacientova privolitev dana v obliki in ob pogojih, ki jih določa ZPacP. Protipravnost zdravnikovega samovoljnega zdravljenja izključuje le pacientova zakonita privolitev v poseg ali zdravljenje. Kadar zdravnik pri opravljanju zdravniške dejavnosti iz malomarnosti ravna v nasprotju s pravili zdravniške znanosti in stroke ter tako povzroči, da se komu občutno poslabša zdravje, je kazen, ki jo predpisuje 179. čl. KZ–1, do tri leta zapora. Če zaradi takšnega dejanja zdravnika pacient umre, se storilec kaznuje z zaporom od enega do osmih let.

Tudi ZPacP ureja kaznovalni vidik kršitve pojasnilne dolžnosti. Tako 86. člen ZPacP določa globo od 4.100 do 100.000 EUR za izvedbo zdravstvene oskrbe brez privolitve pacienta. Kaznuje se lahko pravna oseba, ki izvaja zdravstveno storitev, zdravstveni delavec, ki opravlja zdravstveno storitev na podlagi koncesije ali zdravstveni delavec, ki opravlja zdravstveno dejavnost brez koncesije.

Pomanjkanje privolitve ima z vidika kazenskega prava različne posledice glede na to, ali je bil poseg uspešen ali ne. Neuspešen poseg, indiciran in strokovno opravljen, izveden brez privolitve, bi s pomočjo načela o dovoljenem tveganju ostal izven področja prepovedanega. Poseg brez privolitve, opravljen v nasprotju s pravili stroke in neuspešen, pa bi izpolnil elemente kaznivega dejanja malomarnega zdravljenja. ob vseh drugih znakih tega kaznivega dejanja *(Korošec, 2008)*.

5 ZAKLJUČKI

Pravica do avtonomije pri zdravstveni oskrbi je dandanes ena ključnih pravic, ki se je pacienti vse bolj zavedajo. Skozi zgodovinski razvoj, kjer pacient ni imel nobene besede pri zdravstveni oskrbi, se je pravica do samoodločanja razvila v eno izmed ustavnopravno varovanih dobrin. Pacient se je iz objekta prelevil v subjekt zdravljenja. Zdravstvena oskrba se lahko praviloma opravi zgolj z zavestno privolitvijo pacienta. Pogoj za pravno veljavno privolitev pacienta v določeno zdravljenje ali poseg, zahteva predhodno pojasnilo zdravnika. Za pacienta je pomembno, da dobi ob pogovoru z zdravnikom tista pojasnila, ki jih sam želi.

Pacienta ni dopustno prisiliti k zdravljenju. Brez predhodnega soglasja lahko zdravnik opravi le nujne medicinske posege in to takrat, kadar bolnik zaradi svojega zdravstvenega stanja o tem ne more odločati.

Literatura

1. Balažic J, Brulc U, Ivanc B, Korošec D, Kralj K, Novak B et al. Zakon o pacientovih pravicah s komentarjem. Ljubljana: GV Založba; 2009.
2. Bernat E. Zdravnikova pojasnjevalna dolžnost – prikaz iz avstrijskega prava. Medicina in pravo III. 1995: 99-119.
3. Finžgar A. Osebnostne pravice. Ljubljana: SAZU; 1985.
4. Flis V. Doktrina o zavestni privolitvi (Informed Consent). Medicina in pravo. Ljubljana: Cankarjeva založba; 1998: 119-64.
5. Flis V. Osveščen pristanek na zdravljenje in odnos med zdravnikom in bolnikom. Medicina in pravo III. 1995: 35-84.
6. Gorišek J. Zdravnikova pojasnilna dolžnost – stara obveza v novi podobi. Medicina in pravo III. 1995: 21-3.
7. Horvat B. Odškodninski spori iz zdravstvene dejavnosti. Medicina in pravo: sodobne dileme. 2006: 279-92.
8. Ivanjko Š. Odgovornost in zavarovanje odgovornosti zdravnika. In: Reberšek Gorišek J, Kraljić S. Zbornik izvlečkov 18. posvetovanje Medicina in pravo, Pacientova avtonomija v novi zakonodaji in praksi, Maribor, 2009. Maribor: Univerzitetni klinični center Maribor; 2009: 119-27.
9. Juhart M. Odškodninska odgovornost za napako v zdravljenju In: Reberšek Gorišek J, Kraljić S. Zbornik izvlečkov 19. posvetovanje Medicina in pravo, Odgovornost v zdravstvu, Maribor, 2010. Maribor: Univerzitetni klinični center Maribor; 2010: 36-9.
10. Kazenski zakonik (KZ–1), Uradni list RS, št. 55/2008.
11. Kodeks medicinske deontologije Slovenije. Dostopno na: http://www.zdravniskazbornica.si/zzs.asp?FolderId=386 (27.02.2014).
12. Korošec D. Medicinsko kazensko pravo. Ljubljana: Cankarjeva založba; 2004.
13. Krušič Matè Z. Pravica do zasebnosti v medicini, zdravnikova pojasnilna dolžnost, pacientova informirana privolitev, varstvo osebnih podatkov. Ljubljana: GV Založba; 2010.
14. Obligacijski zakonik (OZ–UPB1), Uradni list RS, št. 97/2007.
15. Planinšec V. Pojasnilna dolžnost zdravnika. In: Naša bolnišnica, Maribor, 2000. Maribor: Splošna bolnišnica Maribor; 2000; 3: 10-1.
16. Polajnar Pavčnik A. Obligacijski vidiki razmerja med bolnikom in zdravnikom. Medicina in pravo. Ljubljana: Cankarjeva založba; 1998: 89-118.
17. Pravilnik o obrazcih o pisnih izjavah volje pacienta, Uradni list RS, št.82/2008. 18. Ustava Republike Slovenije. Dostopno na: http://www.usus.si/media/ustava.republike.slovenije.pdf (12.02.2014).
18. Zakon o pacientovih pravicah (ZPacP), Uradni list RS, št. 15/2008.
19. Zakon o zdravstveni dejavnosti (ZZDej–UPB2), Uradni list RS, št. 23/2005.
20. Zečević N. Zdravnikova pojasnjevalna dolžnost. Pravna praksa; 1995; 7: 28-9.

TERAPEVTSKA KOMUNIKACIJA MED OPERACIJSKO MEDICINSKO SESTRO IN PACIENTOM V OPERACIJSKI SOBI

Maja MAROLT[1], Miljana KRAŠEVEC[2]

Izvleček

Terapevtska komunikacija je eden izmed glavnih elementov delovanja medicinskih sester tudi na področju operativne dejavnosti. Operacijska soba je okolje, ki v pacientih zbuja še dodaten strah, stres, skrb in negotovost, poleg same narave bolezni, s katero se soočajo. Skozi terapevtsko komunikacijo naj bi operacijska medicinska sestra prepoznala trenutne in morebitne pacientove psihofizične probleme in mu pomagala pri odpravljanju nastalih negativnih čustvenih in duševnih reakcij. Tako kot na drugih področjih svojega delovanja tudi v operacijski sobi ostaja operacijska medicinska sestra zagovornica pacienta in njegovih potreb.

Ključne besede: *terapevtska komunikacija, operacijska soba, empatija, strah, zaupanje*

1 UVOD

Zdrav človek se ne zaveda, da se mu lahko življenje v hipu spremeni zaradi bolezni ali poškodbe, ki ga lahko pripelje v njemu popolnoma neznano okolje. Bolnišnično okolje pa je vsakdanjemu načinu življenja vsekakor tuje.

Hospitalizacija že sama po sebi vzbuja nelagodje in strah. Strah pa je vedno tudi strah pred izgubo nadzora upravljanja z življenjem. Pacient se znajde v posebni situaciji brez obrambe, prepuščen na voljo temu, kar ga čaka. Počuti se izvrženega iz svojega središča, postavljenega v labirint zunanjih in notranjih dogajanj. Tesnoba pacienta se poveča, ko le ta izve, da bo operiran. Pogosto je raven strahu pred operativnim posegom bolj izražena, kot sama obsežnost zdravstvenega problema *(Ule, 2003)*.

1 Maja MAROLT, dipl. m. s., Univerzitetni klinični center Ljubljana, Kirurška klinika, Operacijski blok; Zaloška 7, 1000 Ljubljana; maja.marolt@kclj.si

2 Miljana KRAŠEVEC, dipl. m. s., Univerzitetni klinični center Ljubljana, Kirurška klinika, Operacijski blok; Zaloška 7, 1000 Ljubljana; miljana_krasevec@t-2.net

Odnos med medicinskimi sestrami in pacienti je kompleksnejši kot odnos med zdravniki in pacienti, čeprav je tudi potencial moči medicinskih sester v odnosu do pacientov precejšen. Za medicinske sestre se medicinski pogled na paciente razširja od sklopa fizičnih simptomov bolezni na občutke, čustva pacientov in na njihovo vsakdanje življenje *(Ule, 2003)*.

Naloga operacijske medicinske sestre ob prvem stiku s pacientom v operacijski sobi je vzpostaviti medsebojno zaupanje, pomagati pacientu zmanjšati strah in negotovost pred operativnim posegom, mu vzpodbuditi občutek varnosti in razumljenosti.

Namen članka je s pomočjo teoretičnih vsebin in strokovne literature nakazati smernice za izboljšanje terapevtske komunikacije v operacijski sobi med operacijsko medicinsko sestro in pacientom.

2 STRAH PRED OPERATIVNIM POSEGOM

Ljudje smo edinstvena, samosvoja in samostojna bitja. Ena izmed naših največjih značilnosti je, da imamo radi stvari pod svojim nenehnim nadzorom. Naša življenja so vpeta v določen vsakdanji ritem, proces, rutino. Ko se pokažejo prvi znaki odstopanja od zdravja oziroma se soočimo z boleznijo, se znajdemo v okolju, ki nam je nepoznano. Znajdemo se v novi vlogi, v vlogi pacienta. Potegne nas v vrtinec diagnostičnih preiskav, terapevtskih postopkov, zdravil in navodil, ki jih ne razumemo najbolje. Vsi ti postopki pa pri pacientu povzročajo velik stres, strah in negotovost. Po rezultatih mnogih raziskav pa pacient doživi velik pretres tudi ob informaciji, da njegovo zdravstveno stanje zahteva operativni poseg.

Pacient, ki se znajde v operacijski sobi je prestrašen, zaskrbljen, negotov. Skrbi ga zaradi izgube nadzora nad lastnim življenjem in telesom, izgubo intimnosti, izgubo organa ali dela telesa, izgubo funkcionalnosti telesa in nenazadnje tudi spremenjenega zunanjega videza. Pacientu se v fazi prihoda v operacijsko sobo poraja tisoč in eno vprašanje, katerega ne ve, ne zna ali ne upa postaviti.

Naloga operacijske medicinske sestre je tudi prepoznati stopnjo pacientovega strahu pred operativnim posegom. Pacienti pred operacijo sami ne zmorejo ali ne povedo, kaj jih skrbi, zato mora operacijska medicinska sestra z uporabo pravilne terapevtske komunikacije glede na pacientovo vedenje in ravnanje prepoznati in odkriti vzroke njegove zaskrbljenosti in strahu, ter pacienta z njimi soočiti, se z njim pogovoriti, ga pomiriti in vzpostaviti zaupanje.

Priprava na operativni poseg je zelo dinamičen proces, ki od operacijske medicinske sestre zahteva določen čas za pripravo operacijske sobe, potrebnih kirurških inštrumentov

ter obvezilnega in šivalnega materiala, medicinsko - tehničnih naprav in zdravstveno - negovalne dokumentacije, kar ji skrajšuje čas, ki bi ga želela posvetiti pacientu.

Ravno pomanjkanje časa je najpogostejša in ena najpomembnejših ovir v odnosu med zdravstvenim osebjem v operacijski sobi in pacientom. Čas je prav tako eden izmed dejavnikov, ki pacientu lahko prepreči, da bi izrazil svoje strahove, bojazni in postavljal vprašanja o svojem zdravstvenem stanju *(Ule, 2005)*.

Že Freud je leta 1940 poudarjal moč medsebojnega pogovora med zdravstvenimi delavci in pacienti z besedami: »Ne gre za nič drugega med vami, kot da govorite drug z drugim. Besede lahko neizmerno dobro denejo ali pa prispevajo k strašnim poškodbam.«

3 KOMUNIKACIJSKE PREPREKE MED OPERACIJSKO MEDICINSKO SESTRO IN PACIENTOM V OPERACIJSKI SOBI

Terapevtska komunikacija med operacijsko medicinsko sestro in pacientom mora biti prilagojena pacientovi starosti, psihofizičnemu stanju, izobraženosti, okolju iz katerega izhaja. Posebno pozornost zahtevajo starostniki in otroci.

Temeljni dejavniki, ki vplivajo na dober terapevtski odnos med operacijsko medicinsko sestro in pacientom so:

- Brezpogojno sprejetje pacienta, takega kot je,
- pristnost v vzpostavljenem odnosu,
- empatičen odnos, zmožnost vživetja v pacientovo vlogo in sočutje *(Ule, 2005)*.

Uporaba terapevtske komunikacije v operacijski sobi nam omogoča boljše razumevanje pacientovega trenutnega počutja in razpoloženja. V pogovoru s pacientom lahko ugotovimo, spoznamo in ocenimo pacientovo znanje o operativnem zdravljenju in morebitne izkušnje po prejšnjih operativnih posegih, če jih je že imel. Prav tako v okviru svojih kompetenc povprašamo pacienta o njegovi informiranosti o operativnem posegu – vrsti in poteku operacije, predoperativni pripravi in pooperativnem obdobju *(Seničar, 2006)*.

Strokovno in pravilno je, da pacientu obrazložimo vsak negovalni postopek, ki ga bomo izvedli pri njem, naj bo to predoperativno britje, nameščanje nevtralne elektrode ali pa pripravljanje pacienta za namestitev v operativni položaj. Omogočiti mu moramo tudi čas, da se privadi na novo nastale okoliščine, da vpraša, kar ga zanima oziroma izrazi svoje potrebe in strahove. Terapevtsko komunikacijo moramo usmeriti v to, da pacienta čimbolj pomirimo in da vzpostavimo medsebojno zaupanje.

4 EMPATIJA

Spremenljivke, ki pozitivno vplivajo na odnos med operacijsko medicinsko sestro in pacientom v operacijski sobi so prijaznost, skrb in empatija, dopustiti tudi pacientom, da o težavah in skrbeh spregovorijo s svojimi besedami in jim dopustiti dovolj časa, da se prilagodijo novim okoliščinam, v katerih so se znašli.

Empatija je racionalno in čustveno dogajanje, ki temelji na sposobnosti postavljanja v položaj drugega in vživljanja vanj. To pomeni, da drugega razumemo in z njim sočustvujemo. Empatija je sposobnost da se postavimo na stališče drugega in analiziramo svet s perspektive drugega. Če smo se sposobni in pripravljeni vživeti v položaj drugega, potem nesreča drugega deluje motivacijsko in vpliva na potrebo po pomoči, solidarnosti.

Podporno socialno vedenje in terapevtsko komuniciranje torej zmanjšata bolečino obeh, tistega, ki trpi, in onega, ki sočustvuje z njim *(Ule, 2005)*.

Empatijo ne smemo zamenjevati s sočutjem, ker se koncepta med seboj pomembno razlikujeta. Sočutje pomeni, da čutimo usmiljenje do težav drugega, da sodoživljamo oziroma podoživljamo njegove občutke in čustva, npr. bolečino. Empatija pa pomeni več, pomeni, da ne samo čutimo, ampak da tudi razumemo težave drugega, da se znamo vživeti vanje *(Ule, 2005)*.

Sodobna medicina iz dneva v dan napreduje, se izpopolnjuje. Vsak dan v bolnišnice prihajajo nove, tehnološko najsodobnejše naprave in aparature, vendar se zdi, da ob sodobni tehnologiji in napredku vedno bolj pozabljamo na preproste človeške potrebe. Okoli pacientov se nahajajo kupi raznih monitorjev, stojal, črpalk in drugih aparatur, oni pa najbolj potrebujejo in si želijo človeške topline in pogovora.

Dnevno hitenje, izpolnjevanje zdravnikovih naročil, izvajanje diagnostično - terapevtskih in negovalnih postopkov nam onemogoča vzeti si čas, postati ob operacijski mizi in spregovoriti besedo ali dve s pacientom. Ta trenutek ali dva bi si moral vzeti vsak zaposleni zdravstveni delavec v operacijski sobi.

Raziskave kažejo, da si pacienti bolj kot brezhibno izveden operativni poseg zapomnijo pristop, obnašanje, in ravnanje operacijskega osebja okoli njegove operacijske mize.

5 TELESNI DOTIK

Medsebojno dotikanje ljudi sodi v prvih letih našega življenja med najpomembnejše neverbalne signale in zajema velik del odnosov med starši in otroci. Pri odraslih ljudeh pa veljajo zapletena in stroga pravila o tem, kdaj in kako se neka oseba dotakne druge. Dotiki

v odrasli dobi sodijo med najbolj dvoumne oblike neverbalnega komuniciranja. Njihov pomen je močno odvisen od narave odnosov med osebami, od starosti, spola in okoliščin *(Ule, 2005)*.

Med ljudmi, ki se ne poznajo, lahko dotik izzove nelagodje, zato mora biti v takšnem primeru ustrezno odmerjen. Posebno pazljiva mora biti pri svojem delu s pacienti operacijska medicinska sestra (in ostali sodelavci), ki se pacientov zaradi narave svojega dela pogosto dotika. Razumeti in vedeti mora, da telesni dotik vselej nima blagodejnega učinka na ljudi. Pacienti, ki so v svojem življenju doživeli veliko telesnega trpinčenja in zanemarjanja lahko tolažilni dotik medicinske sestre občutijo kot neprijeten in ogrožujoč *(Rakovec-Felser, 2009)*.

Delo operacijske medicinske sestre v odnosu do pacienta zahteva tudi poseganje v njegov intimni prostor. Prav je, da operacijska medicinska sestra pacientu jasno in razumljivo pove, s kakšnim namenov posega v njegovo intimo. Včasih narava operativnega posega ali zdravstveno stanje pacienta zahteva, da je pacient med samim operativnim postopkom buden. Naša naloga je, da pacientu pojasnimo, zakaj smo ga razgalili, zakaj se ga dotikamo po intimnih predelih telesa (uvajanje urinskega katetra, britje operativnega položaja, nameščanje v optimalni operativni položaj), zakaj smo mu privezali roke in noge na držala operacijske mize, zakaj smo mu namestili pas čez spodnji del telesa…

Ko pacient dobi pojasnila za naše aktivnosti, bo le te lažje razumel in bo bolj pomirjen.

6 VARNOST PACIENTA V OPERACIJSKI SOBI

Terapevtsko komunikacijo v operacijski sobi izvajamo tudi z namenom, da pri pacientu vzpodbudimo občutek varnosti. Ležeč na operacijski mizi pacient budno spremlja dogajanje okoli sebe. Okoli njega hiti zdravstveno osebje, vsak z namenom čim prej izpolniti svojo nalogo. Strokovno je, da se ob prvem srečanju s pacientom v operacijski sobi predstavijo vsi člani operativnega tima s svojim imenom in strokovnim nazivom. Tako pacient ve, kdo smo in s kakšnim namenom posegamo v njegovo telo. Obrazložitev dogajanj okoli pacienta mu daje občutek pomirjenosti in delnega nadzora nad aktivnostmi, ki se izvajajo na njem in ob njem.

7 ZAKLJUČEK

Delo operacijske medicinske sestre zahteva širok spekter strokovnih veščin, različnih spretnosti in tehničnih znanj. Pogosto v utripu vsakdanjega delovnega ritma pozabljamo na človeško toplino. Včasih samo prijazen obraz in trenutek pacientu pomenita vse. Dnevno se moramo opominjati, da biti ob pacientu ne pomeni tudi biti z pacientom in

da smo na svojih delovnih mestih zaradi pacienta in ne on zaradi nas. Če si za trenutek dovolimo biti le ljudje in s pacientom sproščeno spregovorimo besedo ali dve naše delo zato ne bo nič manj strokovno, še več, če bomo zaradi tega dosegli, da bo pacient le za odtenek bolj pomirjen je naše delo izpolnjeno in vredno truda.

Literatura

1. *Freud S. Die Frage der leienanalyse. London: Werke XIV; 1940.*
2. *Rakovec Felser Z. Psihologija telesnega bolnika in njegovega okolja. Razumeti in biti razumljen. Maribor: Založba Pivec; 2009 .*
3. *Seničar A. Psihična priprava bolnika na operativni poseg. In: Rebernik Milič M, ed. Zagotovimo varnost pacienta: Zbornik predavanj XXI. Ljubljana, 24. november 2006. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v operativni dejavnosti; 2006: 7-18.*
4. *Škerbinek L. Profesionalna komunikacija medicinske sestre. Zdrav Obzor 1992; 26: 29-32.*
5. *Trček J. Medosebno komuniciranje in kontaktna kultura. Radovljica: Didakta; 1994.*
6. *Ule M. Spregledana razmerja. O družbenih vidikih sodobne medicine. Maribor: Aristej; 2003.*
7. *Ule M. Psihologija komuniciranja. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede; 2005.*

(NE)VARNOST ZA PACIENTA MED OPERATIVNIM POSEGOM S STRANI MEDICINSKE SESTRE PRI ANESTEZIJI

Jože ŠIMENKO[1], Rudi KOČEVAR[2]

Izvleček

Varnost pacienta predstavlja temelj visoko kakovostne zdravstvene nege pacienta. Medicinske sestre pri anesteziji imajo pri prepoznavanju problemov in kritičnih dejavnikov ključno vlogo, ker nosijo veliko mero odgovornosti pri nadziranju in koordinaciji ukrepov, ki zmanjšujejo tveganje za pojav zapletov. Rešitev neželenih dogodkov ne leži v pripisovanju krivde posameznikom, temveč v svetovanju in dodatnem usposabljanju zdravstvenega osebja, ki lahko zmanjša človeške napake.

Ključne besede: *varnost pacienta, anestezija, neželen dogodek, kritične točke, nevarnosti.*

1 UVOD

Varnost pacientov je opredeljena kot pravica pacientov do varstva pred nepotrebnimi škodljivimi posledicami in morebitnimim tveganjem v zvezi z zdravstvenim varstvom. Novejše raziskave kažejo, da v vedno večjem številu prihaja do napak v zdravstveni oskrbi, ne glede na ustanovo kjer pacienti potrebujejo zdravstveno oskrbo.

Varnost pacienti mora postati prva prioriteta zdravstvene ustanove. Pri tem je potrebno narediti program za odkrivanje, analiziranje in sporočanje napak, spremljati napredek glede varnosti pacientov z rednimi pregledi kakovosti dela ter poskrbeti za nadgradnjo znanj in veščin glede varnosti pacientov za vse zaposlene in pritegniti vse sudelojoče k aktivnostim za kakovost in varnost pacientov.

Vloga medicinske sestre in zdravstevnega tehnika pri varnosti pacienta je zelo pomembna, saj smo mi tisti, ki večino časa preživimo ob pacientu, velikokrat tudi celoten

1 Jože ŠIMENKO, dipl. zn., uni. dipl. org., Univerzitetni klinični center Ljubljana, Klinični oddelke za anesteziologijo in intenzivno terapijo operativnih strok; Zaloška 7, 1000 Ljubljana; jozesimenko@gmail.com

2 Rudi KOČEVAR, dipl. zn., Univerzitetni klinični center Ljubljana, Klinični oddelke za anesteziologijo in intenzivno terapijo operativnih strok; Zaloška 7, 1000 Ljubljana

delavnik. Pri tem je potrebno veliko znanja, da prepoznamo stanja, ki ogrožajo varnost pacienta ter pravočasno in pravilno ukrepamo v reševanju zapletov in kritičnih trenutkov.

2 VARNOST PACIENTA

Dostop do kakovostne zdravstvene oskrbe je osnovna človekova pravica, ki jo priznavajo in spoštujejo državljani Evropske unije (EU) in vse njene institucije. V skladu s tem imajo vsi pacienti pravico pričakovati, da bo ves trud vložen v zagotovitev njihove varnosti. V ta namen so države članice EU leta 2005 vzpostavile mehanizem za razpravo in prednostno obravnavo vprašanj o varnosti pacientov in tako je bila v letu 2005 sprejeta luksemburška deklaracija o varnosti pacienta. Njeno sporočilo je bilo: Varnost pacienta – zagotovimo jo!

Investiranje v varnost pacientov predstavlja torej potencialno povečanje prihrankov celotnih stroškov zdravstvene obravnave in hkrati predstavlja očitni dobrobit za vso družbo. Osredotočanje na pacientovo varnost pripomore k zmanjševanju stroškov obravnave pacientov izpostavljenih neželenim dogodkom, kar posledično vodi v ustreznejšo izrabo finančnih virov.

V času zdravljenja je pacient izpostavljen različnim dejavnikom tveganja, ki se jih zdravstveni delavci moramo zavedati, da lahko poskrbimo za njegovo varnost. Pacient je najpomembnejši subjekt in ima pravico do kakovostne zdravstvene nege. Zagotovljene morajo biti vse njegove psihične, fizične, socialne, emocionalne in duhovne potrebe. Pri tem ima pravico sodelovati in sodločati pri vseh odločitvah, ki se nanašajo na njegovo zdravstveno stanje.

3 ZDRAVSTVENA NAPAKA

Definicija: zdravstvena napaka je vsaka napaka, ki se zgodi pri opravljanju zdravstvene dejavnosti. Je pomembno odstopanje od pričakovanih norm zdravstvene stroke in od tega, kar se v stroki smatra kot običajno ali pravilno (Helsinška deklaracija o varnosti bolnikov v anesteziologiji). Pri zdravstveni napaki gre za neželen dogodek. Tak dogodek ne pripelje vedno do škodljivosti za pacienta, vendar ga je kljub temu potrebno raziskati in analizirati, zaradi ugotavljanja morebitne odgovornosti udeležencev v dogodku in pomanjkljivosti v delovnem procesu.

Med zdravstvene napake sodijo:
- Izvedba napačnega ukrepa,
- opustitev pričakovanega ukrepa,
- izvedba zdravstvenega ukrepa pri napačnem pacientu ali na napačnem delu telesa,
- zamude ali prehitevanja pri izvedbi ukrepa, ki ima za posledico neželen izid.

Čeprav pri različnih odstopanjih (napakah) prevladuje vpliv sistema, ni zanemarljiv človeški delež. Pri preprečevanju napak si lahko pomagamo z naslednjimi ukrepi:

- Manjše zanašanje na človeški spomin,
- večja uporaba in dostopnost do informacij,
- standardizacija delovnih postopkov,
- izobraževanje zaposlenih,
- odkrivanje najboljših – proaktivno delovanje,
- odkrivanje napak.

Zdravstvene napake se dogajajo v vseh ustanovah in vsem zdravstvenim delavcem. Zato jih je treba reševati s sistemskim pristopom. Zdravstveni delavci morajo o napakah poročati, jih analizirati in podati rešitve, kajti le tako bomo preprečili, da se napake ne bodo ponavljale. Največkrat napake niso napake posameznika, temveč so skupni rezultat pomanjkanja sodelovanja in komunikacije zdravstvenega osebja med seboj. Pri tem tudi zdravstveni tehniki - medicinske sestre nismo izjema, zato je pridobivanje dodatnih znanj in komunikacija nujno potrebni ne glede na količino dela in obremenjenost s katerimi se srečujemo pri vsakodnevnem delu. Pri tem se moramo zavedat, da je potrebno vzgajat organizacijsko kulturo, ki bo to omogočala, kakor tudi širiti zavest med zaposlenimi za izvajanje vsakodnevnega dela po strokovnih standardih in smernicah.

4 KRITIČNE TOČKE V OBRAVNAVI PACIENTA PRI ANESTEZIJI

Sodobna anestezija je varna. Kljub temu pa se ne moremo izogniti vsem zapletom in stranskim učinkom. Pomembno je, da jih prepoznamo in ustrezno ukrepamo. Za varnost pacienta mora skrbeti celotni tim, pri čemer v razmejitvi nalog ne smemo zanemariti standardov, pravil in kompetenc, ki veljajo za vsakega posameznika v operacijskih prostorih.

4.1 PSIHIČNA PRIPRAVA

Predoperativna vizita medicinske sestre pri anesteziji omogoča kontinuiteto zdravstvene nege. Pacientu daje možnost, da izrazi svojo zaskrbljenost, tesnobo strah, zastavi vprašanja, ki so povezana s pripravo na operativni poseg, ob tem pa pacient vzpostavi zaupanje do medicinske sestre. Dokazano je, da dobra psihična priprava pacienta zmanjša strah, neugodje in zaskrbljenost pred anestezijo in operativnim posegom, kar pripomore k varnejši izvedbi anestezije in operativnega posega. Izvajanje predoprativne vizite predstavlja za medicinske sestre pri anesteziji novo področje dela, nov izziv, ki pripomore še k kvalitetnejši zdravstveni negi.

4.2 TEHNIČNA VARNOST MEDICINSKO DIAGNOSTIČNIH PRIPOMOČKOV IN APARATUR

Medicinsko diagnostični pripomočki ne smejo ogrožati zdravja in varnosti pacienta. Izdelani morajo biti ustrezno, nameščeni, vzdrževani ter uporabljeni v skladu z namenom uporabe. Medicinsko diagnostični pripomoček lahko uporablja le strokovno usposobljen zdravstveni delavec. Vsaka uporaba opreme oziroma aparatur zahteva popolno razumevanje in dosledno upoštevanje navodil. Opremo oziroma aparature vzdržuje in popravlja izšolano osebje, ki izvaja redne preglede in servise v določenih intervalih. Medicinsko diagnostični pripomočki morajo biti ustrezno nameščeni, vzdrževani ter uporabljeni v skladu z namenom uporabe. Vsaka uporaba opreme oziroma aparatur zahteva popolno razumevanje in dosledno upoštevanje pravil.

4.3 ZDRAVSTVENA IN NEGOVALNA DOKUMENTACIJA

Dokumentacijsko informacijski sistem omogoča vidnost pacienta zdravstvene nege. Dokumentiranje v zdravstveni negi je namenjeno zagotavljanju sistematične in kontinuirane zdravstvene nege ter ustvarjanju legalnih dokumentov, ki pričajo o izvedenih delih *(Peric, 1997)*. Namen dokumentiranja je boljša komunikacija, boljša koordinacija zdravstvene nege, višja kakovost in boljši nadzor nad kakovostjo zdravstvene nege, izobraževanjem, raziskovanjem, vrednotenjem zdravstvene nege, ter nenazadnje tudi boljša pravna zaščita.

4.4 NEVARNOST ZAMENJAVE PACIENTA IN NAPAČNEGA OPERATIVNEGA POSEGA

Zamenjava pacienta in operativnega mesta nastane zaradi slabe in nepravilne komunikacije med člani tima, ter pomanjkljive in nepravilne identifikacije pacienta. Vsem pacientom, ki gredo na operativni poseg, je potrebno urediti njihovo dokumentacijo, priložiti laboratorijske in druge izvide, pisno posredovati določena naročila, pripraviti dogovorjene obrazce ter označiti pacienta z identifikacijsko zapestnico. Posebna pozornost velja za nezavestnega pacienta, psihiatrično motenega, pacienta z okvaro čutil in otroka.

4.5 NEVARNOSTI MED OPERATIVNIM POSEGOM

Medoperativno obdobje traja od sprejema pacienta v operacijski blok in do predaje v enoto postoperativnega nadzora. Obseg in vsebina nalog medicinske sestre pri anesteziji v tem obdobju sta odvisni od vrste operativnega in diagnostičnega posega, trenutnega zdravstvenega stanja pacienta in stopnje nujnosti posega. Najpogostejše napake, ki se dogajajo v tem obdobju, so napake pri pripravi učinkovin, zdravil in infuzijskih raztopin, napake pri transfuziji, nevarnosti nastanka poškodb zaradi padca, udarca ali zdrsa pri

premeščanju pacienta iz bolniške postelje na operacijsko mizo, nevarnost poškodbe živcev ali živčnih pletežev, poškodbe obraznega ali očesnega živca in oči zaradi zahtevanih operativnih položajev, ter razjede zaradi pritiska na kožo. Lahko se pojavijo termične , kemične ali električne opekline zaradi neustrezne uporabe grelnih sredstev in razkužil, podhladitve zaradi več vzrokov (prerazporeditev toplote iz jedra telesa na periferne predele, hladni operacijski prostori, hladne infuzijske tekočine, …), zaradi povečane izpostavljenosti invazivnim posegom je večja nevarnost povzročitve in prenosa okužb. Obvladovanje neželenih dogodkov v medoperativenme obdobju mora biti proaktivno, saj moramo že vnaprej prepoznati nevarnosti, ustrezno oceniti tveganja in takoj pričeti z izvajanjem ukrepov za njihovo zmanjševanje.

4.6 NEVARNOSTI V POOPERATIVNEM OBDOBJU

Za operiranega pacienta je kritično obdobje neposredno po anesteziji, ko ga je potrebno natančno opazovat, dokler glavni učinki anestetika ne izvenijo in se celotno pacientovo stanje ne stabilizira. Pri tem preverjamo vse vitalne funkcije, stanje zavesti, pazimo na položaj pacienta, opazujemo kožo in rane, da ne krvavi. Posebno pozornost namenimo opazovanju vse vrst kanil in katetrov.

4.7 NEVARNOSTI ZA ZDRAVSTVENO OSEBJE

Ne samo zaradi prenosa okužb in možnosti poškodb na delovnem mestu, temveč predvsem zaradi vedno zahtevnejših in večjih strokovnih zahtev, večjih obremenitev osebja, pravno odškodninskih in kazenskih odgovornosti, moramo razmišljati tudi o večji zaščiti zdravstvenega osebja. Potrebno bo odkrivati napake, jih analizirati, prijavljati, se pogovarjati o njih, izdelati standarde in protokole dela za preprečevanje napak znotraj celotnega zdravstevenga sistema. Potrebno bo informiranje in izobraževanje osebja kakor tudi ozaveščanje o dolžnostih in odgovornostih posameznika.

5 ZAKLJUČEK

Vsak delovni dan so pacienti in zdravstveni delavci pri anesteziji izpostavljeni različnim tveganjem. Delovno okolje je stresno in možnost napak ali zapletov je veliko. Med samo perioperativno zdravstveno nego je odgovornost medicinske sestre pri anesteziji zagotavljanje pacientove varnosti in dobrga počutja. Nadzira pacientove vitalne funkcije, rizične dejavnike, ki predstavljajo tveganje za razvoj zapleta ter ščiti pacientovo dostojanstvo in interese, medtem ko je anesteziran. Ključ dobre priprave na neželene dogodke je dobra strokovna podkovanost in neprekinjeno izobraževanje o znanstvenih napredkih na področju celotne stroke. Zdravstvena dejavnost je področje z visokim tveganjem zaradi neželenih dogodkov, ki ne nastanejo zaradi same bolezni, ampak kot posledica procesa zdravljenja, kar lahko pripelje do smrti, hudih okvar, zapletov in

pacientovega trpljenja. Človeški dejavniki pomembno vplivajo na pacientovo varnost, zato je za izboljšanje zdravstvenega varstva pacientov potrebno sodelovanje vsega zdravstvenega osebja na področju varnosti pacientov. Odgovornost za varnost pacientov pomeni odgovarjati za lastno delovanje, obnašanje in izvajanje zadolžitev. Za uspešno zagotavljanje varnosti bi bilo potrebno razviti ter vzpodbujati kulturo varnosti, ki bi upoštevala sposobnosti in slabosti človeškega faktorja ter varnost kot merilo kakovosti dela postaviti za prioriteto.

Literatura

1. *Varnost bolnika – zagotovimo jo! Luksemburška deklaracija o varnosti bolnika. V Zdrav. Vestn 2005;74:413-4.*
2. *Helsinška deklaracija o varnosti bolnikov v anesteziologiji: Dostopno na: http://www.szaim.org/datoteke/Helsinki-declaration-on-Patient-Safety.pdf (20.3.2014).*
3. *Zdravstvene napake: Dostopno na: http://www.mz.gov.si/si/delovna_podrocja/zdravstveno_varstvo/kakovost_in_varnost_sistema_zdravstvenega_varstva/varnost/zdravstvene_napake/ (18.3.2014).*
4. *Peric HK. Dokumentiranje zdravstvene neg. Obzor Zdr N 1997;31:115-26.*
5. *Buček Hajdarević I. Preprečevanje dejavnikov tveganja pred operativnim posegom in po njem. Obzor Zdr N 2000;34:115-9.*
6. *Mitchel PH. Defining Patient Safety and quality care. V:Patient safety and quality: An evidence based handbook for nurses; 2008:1-4.*
7. *Robida A. Uvajanje izboljševanja kakovosti v bolnišnice. Ljubljana: Ministrtsvo za zdravje; 2006.*
8. *Varnost pacinetov pred, med in po anesteziji: zbornik predavanj: 43. Strokovni seminar: Zreče 16. in 17 maj 2008. Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v anesteziologiji, intenzivni terapiji in transfuziologiji.*

PREHOSPITALNA NAVODILA KIRURŠKEMU PACIENTU ZA PREPREČEVANJE POOPERATIVNIH OKUŽB IN GASTROINTESTINALNIH ZAPLETOV

***Valerija MILČIĆ*[1]**

Izvleček

Pacienti, ki so izpostavljeni obsežnim operativnim posegom predstavljajo občutljivo skupino s širokim spektrom potencialnih zdravstvenih nevarnosti. Nekatera je mogoče predvideti, paciente nanje opozoriti in jih ustrezno pripraviti. Preventivni ukrepi so lahko enostavni in dovzetni za večino pacientov. V splošnem se usmerja premalo pozornosti prehospitalni pripravi pacienta. Običajno gre za subklinična stanja, ki ne zahtevajo zdravniškega zdravljenja, zato tudi niso zajeta v samo zdravstveno oskrbo. Pacienti so prepuščeni lastni oceni tveganja, pogosto so zadržani ali jim je nerodno, imajo premalo časa za pogovor z zdravnikom in medicinskim osebjem, ki je že tako preobremenjeno. Zaradi splošne neosveščenosti ta stanja pogosto ostanejo neprepoznana. V času bolnišnične obravnave, po sprejemu pacienta za planiran poseg je časovna omejenost glavna ovira za ustrezno ukrepanje, časovno okno je zamujeno, izhod je prepuščen naključju.

Ključne besede: *programiran poseg, dejavniki tveganja, rizične skupine, preventiva*

1 UVOD

Prebavni sistem je eden najranljivejših in predstavlja vodilni vzrok sistemskih pooperativnih okužb v zgodnjem pooperativnem obdobju. Sekundarno lahko pride do hematogene okužbe globokih tkiv v predelu operativne rane. Prebavni trakt je področje, kjer lahko bakterije premagajo sluznično bariero, preidejo v krvni obtok in povzročijo okužbo na oddaljenih mestih. Pri starostnikih, kjer je obnovitvena sposobnost črevesne sluznice slabša, peristaltika oslabljena zaradi delovanja opioidov obstaja resna nevarnost

1 Valerija MILČIĆ, dipl. m. s., Splošna bolnišnica dr. Jožeta Potrča, Operacijski blok; Potrčeva cesta 23, 2250 Ptuj; milcicv@gmail.com

nastanka zapletov, ki lahko pacienta življenjsko ogrozijo (ileus, divertikulitis ali volvulus). Starostniki se počasneje odzivajo s povišano telesno temperaturo, zato ta stanja pogosto ostanejo dalj časa neprepoznana. Takšne in podobne zaplete je v nekaterih primerih mogoče preprečiti že z enostavnimi dietetičnimi navodili, uporabo odvajal in uživanjem zadostne količine tekočin. Ključno je ozaveščanje pacientov predvidenih za planiran poseg na primarni ravni, ambulantni obravnavi v obliki pisnih in slikovnih navodil. Smiselno bi bilo ustanoviti kontaktno skupino zdravstvenega osebja, ki je na voljo za dodatna pojasnila ter slednji omogočiti vlogo pri načrtovanju operativnih posegov v smislu odložitve posega ali napotitve rizičnih pacientov za nadaljnjo diagnostično obravnavo. V timu bi tako lahko sodelovali diplomirana medicinska sestra perioperativne stroke in ambulantna sestra na primarnem nivoju. Osebje v timu mora biti ustrezno seznanjeno z vzroki in posebnimi stanji, ki so povezani s tovrstno patologijo, izučeno za prepoznavanje nevarnih stanj, ukrepanje ter svetovanje. Posebno pozornost vsekakor zahteva sum na ekspanzivni proces ali krvavitev. Neustrezna uporaba odvajal lahko vodi v dehidracijo, hiperkalijemijo in preobčutljivost na nekatere zdravilne učinkovine kot je digoksin. Tudi klizme so lahko potencialno nevarne in morajo biti strokovno vodene s strani izkušenega osebja. Na bolnišničnem nivoju je pogosto odločitev glede dodeljevanja odvajal prepuščena medicinskim sestram zato je smiselno, da je s tovrstnimi učinkovinami, njihovim delovanjem, komplikacijami in stranskimi učinki seznanjena širša skupina negovalnega tima.

Odvajal se ne daje, če je dokazana ali obstaja sum na organsko poškodbo črevesnega trakta oziroma, če je prisotna nediagnosticirana bolečina v trebuhu ali rektalna krvavitev. Odvajal se ne jemlje skupaj z drugimi zdravili, ampak vsaj dve uri za njimi.

2 POOPERATIVNE OKUŽBE OPERATIVNE RANE

Globoka vnetja pooperativne rane so posledica intraoperativnega vnosa bakterij ali hematogenega izvora iz drugih virov. Obstajajo številne študije, ki dokazujejo prisotnost istih sojev bakterij urotrakta ali prebavnega trakta v okuženih ranah. Večina površinskih okužb izhaja iz kožne flore in teh je tudi največ. V priporočilih za preprečevanje vnetij pri večjih ortopedskih operacijah na podlagi raziskav priporočajo ustrezno higieno. Kot uspešno se je izkazala uporaba lokalnih razkužil 24 ur pred operativnim posegom. Nekateri centri v ZDA ponujajo pacientom razkužilne robčke za površinsko uporabo na predoperativnem polju. Številne polemike se nanašajo na vrsto razkužila, statističnih odstopanj sicer ni vendar velja konsenz, da se ob Chlorhexidinu ali jodovih raztopinah obvezno razkužuje z alkoholom. Depilacijo, v kolikor je potrebna, se izvaja neposredno pred posegom, pri čemer se vse več uporabljajo depilacijske kreme, ki imajo manjši mehanični učinek in ne poškodujejo kože. Vnetja, ki nastanejo ob poškodbah kože predstavljajo

vir okužbe in lahko tudi onemogočijo izvedbo posega. Samostojno depilacijo se zato odsvetuje in je na to potrebno opozoriti pacienta. Zanimiv je tudi podatek, da na izhod operativnega posega bolj kakor komorbidnost vpliva prehospitalna nastanitev pacienta v posebnih negovalnih ustanovah. Izpostavljene so predvsem osebe, ki izhajajo iz zaprtih ali nadzorovanih oddelkov, osebe, ki potrebujejo trajno nego ter motorično prizadete osebe.

Posebej izpostavljam dejavnike tveganja za septično vnetje pri operacijah na sklepih:
- Slabo vodena sladkorna bolezen (20 mg/l);
- Predhodni operativni posegi;
- Podhranjenost - povzroča slabo celjenje rane, podaljša hospitalizacijo, podaljša čas operativnega posega in anestezije, povečana je sekrecija iz rane. Podhranjenost ocenjujemo z vrednostmi transferina, albumina in limfocitov. Tem pacientom se priporočajo vitaminski, mineralni ter proteinski dodatki;
- Debelost (bmi. nad 40) - zaradi povečanega tveganja je potrebno presoditi indikacije glede nujnosti operativnega posega;
- Kajenje (več kot 25 cigaret dnevno) - vpliva na celjenje in posledično vnetje operativne rane. Priporoča se štiri do šest tedenska abstinenca pred operativnim posegom;
- Alkoholizem (nad 40 enot tedensko) - priporoča se štiri do šest tedenska abstinenca pred operativnim posegom;
- Kronična ledvična ali jetrna obolenja;
- Popoškodbena stanja.

3 USTNA HIGIENA

Zaradi razmeroma visoke prevalence obzobnih obolenj pri starejših pacientih se priporoča zajetje problematike ustne higiene v predoperativni vprašalnik, medtem ko sam pregled pri stomatologu ni zajet v priporočilo (obisk pri zobozdravniku v zadnjih šestih mesecih, kajenje, redna ustna higiena ...). V nekaterih študijah je zastopanost zobnih obolenj do 24 %. Dokazanih povezav s poznim sklepnim obolenjem je zelo malo (0,04 % do 0,07 %).

4 ZAKLJUČEK

Čas bolnišničnega zdravljenja ni primeren za spreminjanje nezdravih življenjskih navad. Te spremembe zahtevajo veliko osebne volje, psihološko pripravljenost, ozaveščenost in spodbudno okolje. Predstavljajo velik stres za organizem v začetnem obdobju, kar lahko odtehta pozitivne učinke in privede do neželjenih dogodkov. Z ukrepanjem in ozaveščanjem je potrebno pričeti bistveno prej, kar postavlja nove zahteve za zdravstveno organizacijo in delo. Splošna ozaveščenost prebivalstva je izrazito nizka. Smiselno bi

bilo pričeti z intenzivno javno kampanjo v smislu preventivnega delovanja. Z dosego kritičnega nivoja ozaveščenosti je pričakovati inertni učinek v smislu samovzdrževanja kulture osebne higiene in zdravih navad. Glede na visoko postavljen cilj je morda več pričakovati s preventivnim delovanjem na za spremembe dovzetno skupino pacientov predvidenih za operativni poseg, ki svoje zdravje doživljajo bolj odprto.

Literatura

1. *McPherson EJ, Peters CL. Chapter 20 Musculosceletal Infection. Orthopedic Knowledge Update 2011(10):239-58.*
2. *Taner J, Norrie P, Melen K. Preoperative hair removal to reduce surgical site infection. Cochrane Database Syst Rev. 2011(11):CD004122.*
3. *Webster J, Osborne S. Preoperative bathing or showering with skin antiseptics to prevent surgical site infection. Cochrane Database Syst Rev. 2012;9:CD004985.*

ODSTRANJEVANJE DLAK KOT POMEMBEN DEJAVNIK PREPREČEVANJA OKUŽB KIRURŠKE RANE

***Milena PROSEN*[1]**

Izvleček

V pripravo kože na operativni poseg je vključena tudi odstranitev dlak z načrtovanega mesta kirurškega reza. Dlake se odstranijo zato, ker lahko vplivajo na potek celjenja rane in posledično na uspeh operativnega posega. Pravilno odstranjevanje dlak dokazano zmanjšuje tveganje za okužbo kirurške rane, ki se ji želimo izogniti, saj povzroča upočasnjeno celjenje rane, nepotrebne bolečine, povečuje število bolnišnično oskrbnih in v najhujših primerih tudi smrt pacienta. Trenutno se v Sloveniji uporabljajo trije načini odstranjevanja dlak: britje, striženje in kemična depilacija. Prispevek poudarja striženje dlak kot sodobno izbiro optimalne priprave kože na operativni poseg.

Ključne besede: *preprečevanje okužb kirurške rane, priprava kože na operativni poseg, odstranjevanje dlak*

1 UVOD

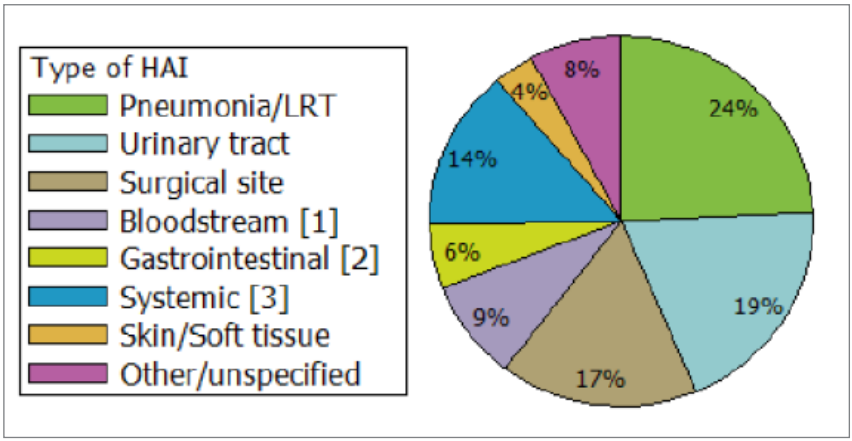
Okužba kirurške rane je okužba, ki nastane po izvedenem operativnem posegu v predelu, kjer je bil operativni poseg izveden. V sveženj ukrepov za preprečevanje okužb kirurške rane je med drugimi ukrepi vključena tudi priprava kože na operativni poseg, ki zajema pregled kože operativnega polja, odstranjevanje dlak in las, če je to potrebno, predoperativno umivanje, razkuževanje in dokumentiranje posega *(Ministrstvo za zdravje, 2009)*. Priprava kože na operativni poseg ima več namenov: zmanjšanje števila mikroorganizmov na koži, preprečevanje razmnoževanja mikroorganizmov v med in pooperativnem obdobju, zmanjšanje tveganja za nastanek okužbe kirurške rane in preprečevanje poškodb med pripravo kože na operativni poseg *(Winnipeg regional health authority, 2011)*. Odstranjevanje dlak naj bo izvedeno samo, če je to potrebno, časovno

1 Milena PROSEN, dipl. m. s., koordinatorica področja za bolnišnično higieno, Univerzitetni klinični center Ljubljana, Služba za preprečevanje in obvladovanje bolnišničnih okužb; Japljeva ulica 2, 1252 Ljubljana; milena.prosen@kclj.si

pa se mora približati začetku operativnega posega. Za odstranjevanje dlak je potrebno uporabiti električni brivnik in ne britvico. Poseg naj se ne bi izvajal znotraj operacijske sobe *(Winnipeg regional health authority, 2011)*. Prav tako je pomembno dokumentiranje posega, ki bi moral zajemati podatke o: stanju kože pred in po operativnem posegu, metodi odstranjevanja dlak (če je bil poseg izveden), vrsti in koncentraciji razkužila, morebitnih kožnih reakcijah in izvajalcu priprave kože na operativni poseg *(Procedural skin preparation, 2012)*.

2 PREPREČEVANJE OKUŽBE KIRURŠKE RANE

Po podatkih European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC) je iz evropske prevalenčne raziskave, ki je potekala leta 2011 in 2012, razvidno, da so okužbe kirurške rane prisotne v 19,6% glede na ostale okužbe, povezane z zdravstvom. Podatki za Slovenijo pa kažejo, da je okužba kirurške rane prisotna v 17% *(ECDC, 2013)*.



Slika 1. *Porazdelitev okužb, povezanih z zdravstvom v Sloveniji (ECDC, 2013).*

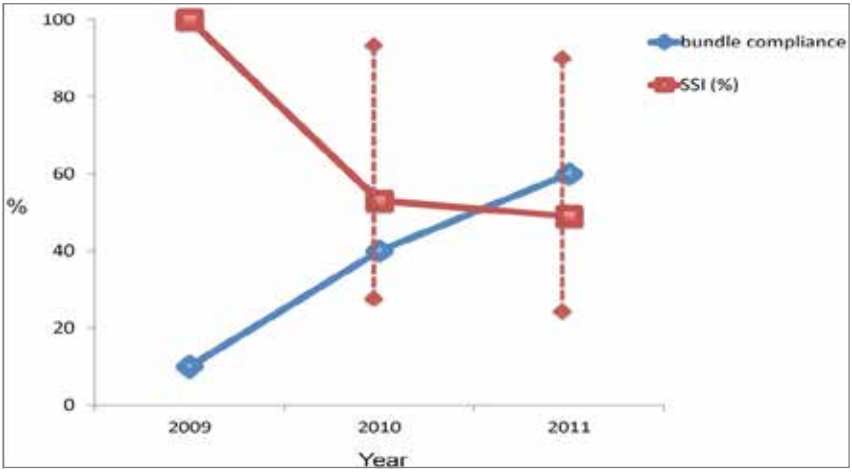
Pojav okužbe kirurške rane ima za posledico zmanjšano kakovost življenja, podaljšano hospitalizacijo, povečano možnost umrljivosti in izrazito povečanje bolnišničnih stroškov *(Anthony et al., 2011)*. Zato je izvajanje strategij, ki temeljijo na dokazih in katerih namen je zmanjšati okužbe kirurške rane, pomemben klinični cilj.

Sveženj za preprečevanje okužbe kirurške rane zajema štiri osnovne parametre:

- Pravilna izbira antibiotika,
- odstranjevanje dlak,
- vzdrževanje optimalne telesne temperature med operativnim posegom,
- vzdrževanje discipline v operacijski sobi *(Hopmans et a.l, 2013)*.

Uporaba svežnja za preprečevanje okužbe kirurške rane dokazano vpliva na zmanjšanje pojavnosti okužbe kirurške rane.

V raziskavi, ki jo je objavil Slegt s sodelavci, se je okužba kirurške rane, z uporabo svežnja, v dveh letih zmanjšala za 51% *(Slegt et al, 2013)*.



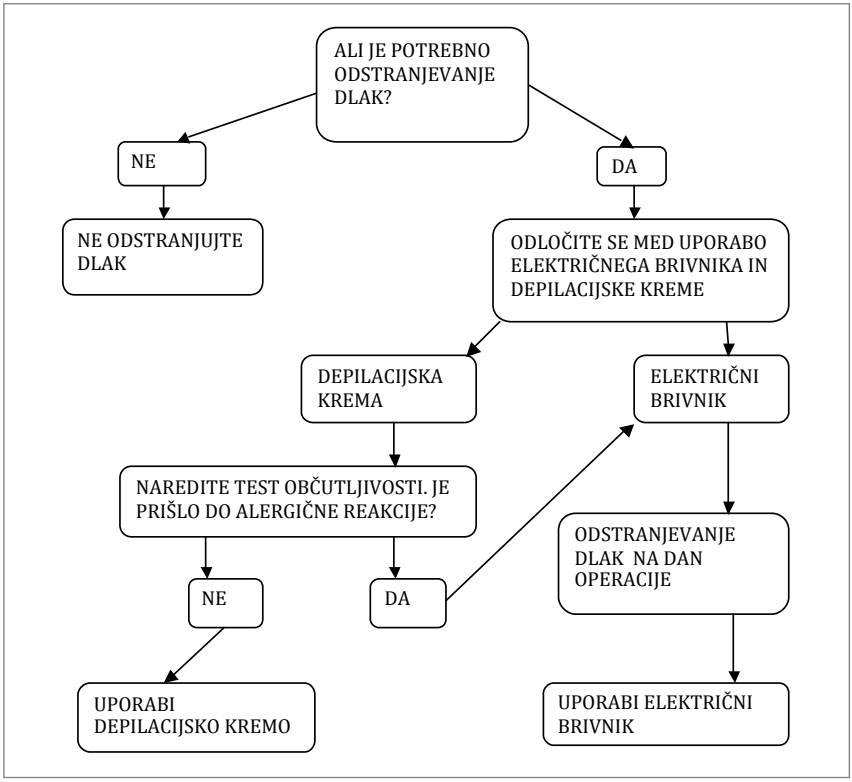
Slika 2. *Prikaz spremembe % okužb kirurške rane ob upoštevanju svežnja za preprečevanje okužb kirurške rane (Slegt et al, 2013).*

3 ODSTRANJEVANJE DLAK KOT PRIPRAVA KOŽE NA OPERATIVNI POSEG

V svežnju za preprečevanje okužbe kirurške rane je vključeno tudi odstranjevanje dlak. Odstranjevanje dlak kot priprava kože na operativni poseg se izvaja le, če je to potrebno in sicer neposredno pred načrtovanim operativnim posegom. Pri tem je potrebno uporabiti takšno metodo odstranjevanja dlak, ki ne poškoduje povrhnjice kože *(NICE, 2008)*. Načini odstranjevanja dlak v bolnišničnem okolju potekajo s pomočjo električnega brivnika, britvice za enkratno uporabo in depilacijske kreme. Izvedene so bile številne raziskave, kjer so ugotavljali negativne vplive odstranjevanja dlak s pomočjo britvice. Rezultati raziskav potrjujejo električni brivnik kot sredstvo optimalne izbire pri odstranjevanju dlak kot pripravo na operativni poseg *(Tanner et al., 2011)*. Prav tako izključujejo britvico kot način odstranjevanja dlak, saj uporaba britvice dokazano zvišuje število okužb kirurške rane *(Adisa et al., 2011)*. Tudi Centre for disease control (CDC) poroča, da uporaba britvice statistično pomembno zviša možnost nastanka okužbe kirurške rane glede na uporabo električnega brivnika in depilacijske kreme *(CDC, 1999)*.

V Cochrane Database Systemic Review iz leta 2006 so pregledali 11 publikacij na temo odstranjevanja dlak.

Tri raziskave, ki vključujejo 625 pacientov in primerjajo odstranjevanje dlak z uporabo depilacijske kreme, britvice ali brez odstranjevanja dlak, niso ugotovile nobene statistično pomembne razlike med skupinami v zvezi z okužbo kirurške rane. V nobeni raziskavi ni bila ugotovljena statistično pomembna razlika med striženjem in puščanjem dlak. Tri raziskave, ki so zajele 3193 pacientov, so primerjale britje s striženjem dlak. Ugotovili so, da britje statistično značilno zvišuje možnost nastanka okužbe kirurške rane v primerjavi z striženjem dlak. Sedem raziskav, kjer je bilo vključenih 1420 pacientov, je primerjalo britje in odstranjevanje dlak z uporabo depilacijske kreme. Ni bilo dokazanih statistično pomembnih razlik med obema skupinama v smislu možnosti nastanka okužbe kirurške rane *(Tanner et al, 2006)*. Pri izbiri načina odstranjevanja dlak si lahko pomagamo z naslednjim algoritmom:



Slika 3. *Prikaz izbire načina odstranjevanja dlak.*

4 ZAKLJUČEK

Čeprav je okužbo kirurške rane možno preprečiti, bo dejanski obseg problema viden šele, ko bomo vzpostavili kontinuirano spremljanje okužbe kirurške rane. Tovrsten ukrep nas bo morda spodbudil k spremembi razmišljanja in zavedanja o problemu okužbe kirurške rane. Za preprečevanje okužbe kirurške rane se je uveljavil sveženj ukrepov, ki vključuje tudi odstranjevanje dlak. Dokazano je, da striženje, in ne britje dlak, zmanjšuje možnost nastanka okužbe kirurške rane. Zato bi bilo v vseh slovenskih bolnišnicah nujno potrebno prenehati uporabljati britje z britvico kot metodo priprave kože na operativni poseg.

Literatura

1. *Adisa AO et al. Evaluation of two methods of preoperative hair removal and their relationship to postoperative wound infection. J Infect Dev Ctries 2011;5(10):717-22.*
2. *Anthony T et al. Evaluating an Evidence-Based Bundle for Preventing Surgical Site Infection. Arch Surg 2011;146(3): 263-9.*
3. *Centre for disease control (CDC). Guidelines for the prevention of surgical site infection, 1999. Dostopno na http://www.cdc.gov/HAI/ssi/ssi.html (21.3.2014).*
4. *European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC). Point prevalence survey of healthcare-associated infections and antimicrobial use in European acute care hospitals 2011-2012.*
5. *Hopmans T et al. The introduction of a surgical site infection prevention bundle on a nationwide scale. Antimicrobial resistance and infection control 2013;2(Suppl 1): 56.*
6. *Ministrstvo za zdravje. Preprečevanje okužbe kirurške rane, 2009. Dostopno na http://www.mz.gov.si/fileadmin/mz.gov.si/pageuploads/kakovost/str_smernice_okuzbe_feb_2010/MZ_pogl_7.5_Okuzba_krg_rane_2009.pdf (21.3.2014).*
7. *National institute for health and care excellence (NICE). Surgical site infection guideline, 2008. Dostopno na http://www.nice.org.uk/Search.do?x=0&y=0&searchText=guidelines+for+SSI&newsearch=true (21.3.2014).*
8. *Procedural skin preparation, 2012. Dostopno na http://orthopaedics.iu.edu/files/5713/7339/5132/PGY1_Skills_Lab_2013-2014_-_Reading_-_Procedural_Skin_Preparation.pdf (21.3.2014).*
9. *Slegt J et al. Implementation of a Bundle of Care to Reduce Surgical Site Infections in Patients Undergoing Vascular Surgery. PLoS One 2013;13:8(8):e71566.*
10. *Tanner J et al. Preoperative hair removal to reduce surgical site infection. Cochrane Database Systematic Reviews 2006; Issue 3.*
11. *Tanner J et al. Preoperative hair removal to reduce surgical site infection. Cochrane Database Systematic Reviews 2011; Issue 11.*
12. *Winnipeg regional health authority. Best practice guidelines. Surgical skin preparation, 2011. Dostopno na http://www.wrha.mb.ca/professionals/ebpt/files/SkinPrep.pdf (21.3.2014).*

VARNOST PACIENTA – NAŠA SKRB

Matej PREVORČIČ[1], Vesna JURKOŠEK[2]

Izvleček

Okužbe povezane z zdravstveno oskrbo so eden najpogostejših zapletov zdravljenja v bolnišnici in se pojavljajo povsod po svetu. Operativni poseg je dejavnik tveganja za pacienta in okužbe kirurških ran spadajo med najpogostejše zaplete, nastale po kirurškem posegu. Z izvajanjem programa preprečevanja in obvladovanja, lahko pojavnost teh okužb v bolnišničnem okolju bistveno omejimo.

Ključne beseda: *pacient, varnost, okužba kirurške rane, Clean OP*

1 UVOD

Dejavnik tveganja za okužbo kirurške rane je tudi sam operacijski prostor (kirurško okolje), njegovo čiščenje in razkuževanje med operativnimi posegi, dnevno in tedensko. Določena oprema se težko čisti in razkužuje, zato je njeno prekrivanje bistvenega pomena pri zmanjšanju tveganja za pojav okužbe.

2 CLEAN OP

Je nova linija proizvodov za enkratno uporabo, ki jo je Microtek razvil z namenom zmanjšanja tveganja za prenos okužbe v operacijskih sobah.

Program je namenjen zaščiti opreme in predstavlja visok standard oskrbe za vsakega pacienta.

Nesterilne prevleke za enkratno uporabo, nepropustne, se ne »muckajo«, brez lateksa - so namenjene za prekrivanje operacijske mize, nadvložka in tal.

Troslojne prevleke so izdelane na osnovi patentirane MOJAVETM tehnologije. Imajo

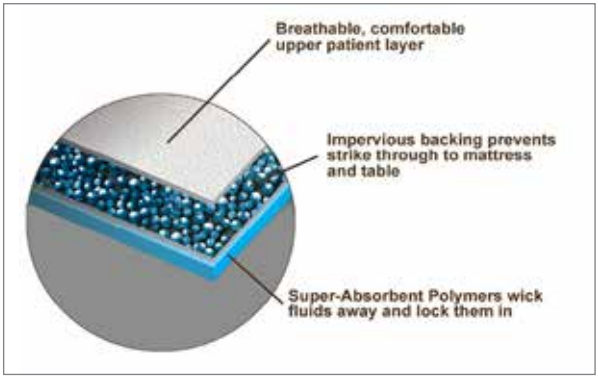
1 *Matej PREVORČIČ, territory manager, Ecolab-Health Care; Vajngerlova 4, 2000 Maribor; matej.prevorcic@ecolab.com*

2 *Vesna JURKOŠEK, national sales manager, Ecolab-Health Care; Vajngerlova 4, 2000 Maribor; vesna.jurkosek@ecolab.com*

vpojno jedro, izdelano po patentiranem postopku, ki zagotavlja enakomerno porazdelitev super vpojnega polimera v mrežo visoko vpojnih vlaken.

Vpijejo 1850 ml na m^2 (4L na podlogo) krvi in telesnih tekočin, hkrati pa so nepropustne za mikroorganizme.

Nepropustna podloga preprečuje, da bi telesne tekočine in izločki prišli v stik z operacijsko mizo in nadvložkom, hkrati pa zagotavlja, da pacient ne leži v tekočini razkužila (na mokrem).



Slika1. *Sestavine Clean OP (vir: Ecolab).*

Slika 2. *Uporaba Clean OP v operacijski sobi (vir: ECOLAB).*

3 NAŠE IZKUŠNJE V EVROPI

- Zmanjšuje tveganje za prenos okužbe.
- Znižuje stroške ob hkratnem povečanju higienskih standardov.
- Učinkovita zaščita operacijske mize in nadvložka.
- Izredno visoka vpojnost tekočin.
- Pacient ostaja na suhem.
- Večja možnost fiksacije pacienta.
- Skrajša čas obrata operacijske dvorane.

4 ZAKLJUČEK

CleanOP in ostali izdelki Microtek zmanjšujejo tveganje za prenos okužb v kirurškem okolju in hkrati zagotavljajo zniževanje stroškov. S tem prispevajo k povečani varnosti pacienta.

Literatura

Literatura je na voljo pri avtorjih.

KAKO POVEČATI VARNOST IN IZBOLJŠATI OSKRBO PACIENTA?

***Andreja GRADIŠAR*[1]**

Izvleček

V Sloveniji so operacijski plašči in prekrivno perilo za enkratno uporabo v uporabi že več kot 10 let. Trendi v ostalih Evropskih državah nakazujejo, da se standardni seti prekrivnega perila nadomeščajo s prilagojenimi sestavljenimi seti Procedure Pack® za vsak operativni poseg. Prednost takšne organizacije delovnega procesa ni samo prihranek časa, standardizacija materiala in stroškov porabe, temveč tudi zmanjševanje količine zalog, pakiranja, odpadkov in izboljšan aseptični transfer. Seti Procedure Pack® prilagojeni operativnim posegom (ne izvajalcem) nudijo širok izbor inštrumentov prilagojenih naprednim kirurškim tehnikam, popolno fleksibilnost ob spremenjenih potrebah ter možnost izbire izdelkov za prekrivanje in zaščito najvišje kvalitete. Zaradi transparentnega označevanja izdelkov, popolnega sledenja in ustreznosti standardom je zagotovljena najvišja varnost za pacienta.

V nadaljevanju članka bodo predstavljene prednosti z vidika operacijske medicinske sestre, večja varnost pacienta in praktični prikaz kako lahko prihranimo čas, povečamo varnost in pozornost pacientu z uporabo prilagojenih, sestavljenih setov.

Ključne besede: *varnost, pacient, operacijska medicinska sestra, kirurški plašči, prekrivno perilo, sestavljeni seti, prihranek, standardi, sledenje*

1 UVOD

Pogled v preteklost, na začetek vaše in naše zgodbe sega v čas, ko je bil operativni poseg na pacientu izveden brez kakršnega koli medicinskega pripomočka, z izjemo inštrumentov. Takrat se ni razmišljajo o varnosti pacienta, času in pozornosti, ki si ga le-ta zasluži pred posegom ter o kirurških infekcijah in pooperativnih zapletih. V sedemdesetih letih prejšnjega stoletja smo stopili korak naprej in začel se je uporabljati prekrivni material iz bombaža.

Razvoj kirurških tehnik, pretok informacij, zavedanje, da je varnost pacienta in pooperativni zaplet povezan z visokimi stroški zdravljenja, so privedli do te stopnje, da

1 Andreja GRADIŠAR, produktni vodja, Simps's d.o.o.; Motnica 3, 1236 Trzin; andreja.gradisar@simpss.si

smo začeli iskati nove pristope in rešitve v tovrstni problematiki. In najboljši približek k vsakokratnemu izzivu lahko najdemo v izreku Marrise Mayer, Generalni direktorici podjetja Yahoo: »Iščem izzive, na katere še nisem povsem pripravljena. Tako se človek razvija in raste. Preboj se zgodi tisti trenutek, ko odvržeš občutek, da nalogi nisi kos.«

Danes je največji izziv povezan s časom in stroški. Čas, ki ga porabimo za pripravo na operativni poseg naj bi bil čim krajši z namenom, da se izvede čim več operativnih posegov, skrajša število ur, ki presežejo običajni delovni urnik in razporedi celotne stroške tako, da ostane več denarja za investicije v prihodnosti. To je eden od menedžerskih vidikov, zaposleni v operativni dejavnosti se na drugi strani soočajo s stresom, ki jih ti izzivi predstavljajo. Vendar, če se vsaj malo ravnamo po zgornjem citatu potem je prišel čas, da se odvrže občutek, da tej nalogi ne moremo biti kos.

2 OPERACIJSKI SET PROCEDURE PACK®

Danes se za izvedbo operativnega posega še vedno uporabljajo generični operacijski seti, ki so proizvedeni v velikem obsegu, uporabljajo se za eno ali več intervencij skupaj z ostalimi komponentami zaščitnega prekrivnega materiala. V nekaterih slovenskih bolnišnicah so naredili korak naprej in prešli na standardne sete, ki vključujejo operacijsko perilo, kirurške plašče in osnovni obvezilni material. Toda uporaba teh setov še vedo ne prinese zadovoljivega prihranka časa, saj je potrebno dodatno pripraviti in odpreti še preostale medicinske pripomočke, ki so potrebni za izvedbo operativnega posega.

Največji izziv predstavlja narediti še en korak naprej. To je oblikovati operacijski set Procedure Pack® v takšni meri, da bo vanj vključeno največje možno število komponent, ki standardizirajo material potreben za izvedbo posameznega kirurškega posega, ter prihrani čas potreben za pripravo in odpiranje komponent.

Sestava in uporaba takšnega Procedure Pack® seta prinese tudi druge prednosti kot so: poenostavljen postopek naročanja, zmanjšan obseg zalog izdelkov za enkratno uporabo, načrtovanje naročil in nabav, kontrola nad vsebino posameznega seta in prilagajanje spremembi kirurških tehnik, standardizacija materiala za posamezen poseg, popoln nadzor nad stroški. Zaradi transparentnega označevanja izdelkov, popolnega sledenja in ustreznosti standardom je zagotovljena najvišja varnost za pacienta.

Največja prednost uporabe Procedure Pack® seta po meri ni samo varnost pacienta zaradi popolnega nadzora nad uporabljenim materialom, temveč predstavlja prednosti tudi za zaposlene. Zmanjša se čas priprave na poseg, zmanjša se možnost napak pri pripravi komponent za operativni poseg, več časa se nameni sprejemu pacienta v operacijsko sobo, pridobivanju podatkov za izpolnjevanje administrativnih obrazcev in še bi lahko naštevali.

3 ZAKLJUČEK

Prihodnost nam je že danes prinesla izziv: prilagojen set po meri Procedure Pack® s katerim boste izboljšali organizacijo delovnega proces in povečali varnost za pacienta. Skupaj z vami bomo opravili še eno nalogo, za katero ste mislili da ji niste kos.

Literatura

Literatura je na voljo pri avtorici.

VLOGA OPERACIJSKE MEDICINSKE SESTRE PRI KOMPLEKSNIH POŠKODBAH ROK

AORN-a smernice za varno uporabo manšete za bledo stazo

***Leonardo LOVRIČ*[1]**

Izvleček

Površina roke zavzema približno 1,5 % celotne površine telesa. Sestavlja jo več kot 200 anatomsko uravnoteženih in funkcionalno usklajenih struktur. Omogočajo čvrst oprijem, natančne in fine gibe ter služijo zaznavanju okolja. Poškodbe rok sodijo med najpogostejše poškodbe. Delimo jih na odprte in zaprte. Odprte poškodbe so nevarnejše od zaprtih, saj je rana vstopno mesto za mikroorganizme, ki lahko povzročijo vnetje. Pomembno vlogo pri kompleksnih poškodbah roke ima poleg zdravstvenega in negovalnega tima tudi operacijska medicinska sestra, ki ima sposobnost racionalnega in učinkovitega ukrepanja pri urgentnih situacijah. AORNA je razvila standarde (2007), ki navajajo specifične smernice perioperativne zdravstvene nege in postopke pri uporabi aparata za bledo stazo. Zagovarja pomembnost procesa perioperativne zdravstvene nege pri nameščanju in uporabi manšete za bledo stazo in operacijski medicinski sestri pripisuje avtoriteto in odgovornost.

Ključne besede: *poškodbe rok, manšeta, bleda staza*

1 UVOD

Najpogosteje uporabljeni izrazi in kratice:

Sklepi:

DIP (distalni interfalangealni)- sklep med srednjim in končnim členkom
PIP (proksimalni interfalangealni)- sklep med srednjim in osnovnim členkom
MCP (metakarpofalangealni)- sklep med osnovnim členkom in dlančnico

1 Leonardo LOVRIČ, dipl. zn., Univerzitetni klinični center Ljubljana, Kirurška klinika, Operacijski blok; Zaloška 7, 1000 Ljubljana; leonardo.lovric@gmail.com

Mišice:
FCU (flexor carpi ulnarnis)- ulnarna upogibalka zapestja
FPL (flexor pollicis longus)- dolga upogibalka palca
FDS (flexor digitorum superficialis)- povrhnja upogibalka prstov
FDP (flexor digitorum profundus) - globoka upogibalka prstov
EDC (extensor digitorum communis)- skupna iztegovalka prstov
APL (abduktor pollicis longus)

2 ANATOMIJA ROKE

Koža dlani je debelejša in s čvrstimi vezivnimi pregradami pripeta na spodaj ležečo fascijo - aponevrozo, kar omogoča zanesljiv prijem. Koža na hrbtišču dlani je tanjša, ohlapnejša in omogoča gibljivost sklepov.

Mišice roke delimo v dolge (zunanje ali ekstrinzične), ki imajo svoje izvore in trebuhe na podlaktu in kratke (dlanske ali intrinzične). Delovanje dolgih in kratkih mišic je med seboj tesno povezano in usklajeno. Dlanske mišice mogočajo natančne gibe prstov in so razporejene v tri skupine: radialne (tenarjeve mišice), ulnarne (hipotenarjeve mišice) ter osrednje mišice (interosalne in lumbrikalne mišice).

2.1 EKSTENZORNA APONEVROZA (APARAT)

Kite EDC nad MCP sklepi prehajajo v ekstenzorno aponevrozo, ki poteka na dorzalni strani prsta med pokostnico in podkožjem. Sestavljena je iz centralnega snopa, ki narašča na dorzalno stran baze srednjega členka, ter dveh stranskih snopov, v katerih se končujejo tudi lumbrikalne in interosalne mišice. Stranska snopa sta naraščena združena na bazo končnega členka. Stranska snopa potekata volarno od osi vrtenja MCP sklepa in dorzalno od osi vrtenja PIP in DIP sklepov, zato je funkcija interoslanih in lumbrikalnih mišic , ki se končujejo v stranskih snopih upogibanje v MCP sklepih in iztegovanje v IP sklepih.

2.2 KITE UPOGIBALKE (FLEKSORJI)

Tričleni prsti imajo dve kiti upogibalki. FDS je krajša in z dvema krakoma narašča na lateralni strani srednjega členka, ki ga upogiblje v PIP sklepu. Nad osnovnim členkom ima razporek (chiasma). Skozenj poteka kita FDP, ki ima narastišče na bazi končnega členka in upogiba predvsem DIP sklep. FDP ob prekinitvi FDS upogiba tudi PIP sklep. Palec ima dva členka in kito FPL, ki ima narastišče na končnem členku. Kite FDS in FDP v zapestju in dlani obdaja sinovialna ovojnica (ulnarna burza), ki sega na mezincu do končnega členka. Sinovialne ovojnice, kazalca, sredinca in prstanca segajo od MCP sklepov do končnih

členkov in niso povezane s skupno ovojnico v zapestju. Kita FPL ima lastno ovojnico, ki sega od končnega členka do zapestja (radialna burza). Radialna in ulnarna burza sta lahko v zapestju povezani. Sinovialne ovojnice omogočajo gladko drsenje in prehranjujejo kite. Kite prehrano dobijo še preko narastišč na kost prehodov iz mišice ter vezivno-žilnih tračkov nad osnovnim in srednjim členkom (vinculae tendineae).

Kitne objemke (pulleys) držijo kito pri drsenju blizu kosti, preprečujejo usločenje in s tem omogočajo aktivno gibljivost sklepov. Objemke so prstanaste - anularne (A1 - A5) in križne (C1 - C3). Za normalno delovanje sta pomembni predvsem A2 in A4, zato ju je ob prekinitvi potrebno rekonstruirati.

Ulnarna in radialna arterija sta v dlani povezani preko povrhnjega in globokega dlanskega loka. Ulnarna arterija se nadaljuje v povrhnji dlanski lok iz katerega izhajajo skupne digitalne arterije. Radialna arterija se nadaljuje v globoki dlanski lok iz katerega izhaja glavna arterija za palec (a. princeps pollicis) ter matakarpalne arterije. Metakarpalne arterije se združijo z skupnimi digitalnimi artrijami pred razcepiščem v končne veje za prste.

Mediani, ularni in radialni živec oživčujejo večino roke s senzoričnim in motoričnim nitjem. Mediani živec oživčuje predvsem mišice na volarni strani podlakti (fleksorji zapestja in prstov ter pronatorja kvadratus in teres) ter večino mišic tenarja. Ulnarni živec oživčuje dlanske mišice (razen dela mišic tenarja in radialnih lumbrikalnih mišic), mišico FCU in ulnarno polovico mišice FDP. Radialni živec oživčuje dorzalno skupino mišic podlahti (iztegovalke zapestja in prstov, APL) ter mišico supinator. V dlani živci ležijo pod arterijami, na prstih pa nad arterijami.

3 POŠKODBE ROKE

Poškodbe rok sodijo med najpogostejše poškodbe. **Odprte** poškodbe so nevarnejše od zaprtih, saj je rana vstopno mesto za bakterije, ki lahko povzročijo vnetje. Značilnosti ran so odvisne od mehanizma poškodbe. Robovi **vreznih ran** so gladki in redko umazani, praviloma so dobro prekrvljeni. Velikost rane na koži običajno ni sorazmerna s poškodbo globje ležečih struktur. Zlasti to velja za vbodne rane. **Zmečkanine in raztrganine** nastanejo zaradi delovanja večjih sil in so praviloma umazane, režnjate, robovi slabo prekrvljeni. Pogosto nastanejo vrzeli mehkih tkiv in prekinjenih struktur (žil, živcev, kit) ne moremo neposredno zašiti. **Avulzije** nastanejo zaradi strižnih sil.

Popolna amputacija pomeni, da je del telesa v celoti ločen od amputacijskega krna. Če amputirani del s katerimkoli tkivom ostane povezan s telesom je **amputacija nepopolna (revaskularizacija)** *(Seiler, 2002)*.

Pri kirurški oskrbi poškodb sledimo shemi, v kateri si posegi sledijo v smiselnem zaporedju. **Nekrektomija** je poseg s katerim odstranimo odmrla tkiva, tujke ter krvne strdke. Je najpomembnejši del operacije, saj je od natančne in če je potrebno radikalne nekrektomije odvisno ali bomo umazano rano spremenili v čisto in omogočili primarno celjenje. Nekrektomijo napravimo od robov proti osrednjemu delu rane, tako da ohranimo le dobro prekrvljena tkiva in ne ogrozimo prekrvljenosti kožnih režnjev.

Po prepoznavi prekinjenih struktur najprej naravnamo ter učvrstimo zlome. Nato obnovimo prekrvavitev z neposrednim šivom arterije in/ali vene. V primeru večjih vrzeli uporabimo venski presadek. Sledi šiv ali premostitev vrzeli živcev ter kit. Končno obnovimo kožni pokrov z neposrednim šivom (posamezni v eni plasti), kožnim presadkom ali režnjem.

Nujnost ter način oskrbe sta odvisna od višine amputacije ter prisotnosti pridruženih poškodb. Čim več je v amputiranem delu mišic, tem krajše bo preživetje brez krvnega obtoka. Mišice brez nepopravljivih poškodb preživijo približno **6 ur tople ishemije**. Ta čas se podaljša če, amputirani del ustrezno hladimo. Temperatura mora biti stalno nad ledališčem, da preprečimo okvare tkiva zaradi mraza.

4 VLOGA OPERACIJSKE MEDICINSKE SESTRE PRI KOMPLEKSNIH POŠKODBAH ROKE (REPLANTACIJA)

Operacija je eden izmed pomembnih načinov zdravljenja v medicini, ki posega v celovitost človekovega organizma, kar povzroča stress za pacienta, obenem pa tudi ogroža njegovo življenje *(Ivanuša, Železnik, 2000)*.

Pri obravnavi kompleksne poškodbe roke je potrebno večje število usposobljenih ljudi, med njimi tudi operacijska medicinska sestra (OP MS), ki ima pomembno vlogo pri:

- Racionalnem in učinkovitem ukrepanju v nepredvidenih situacijah (npr. urgentni primeri),
- zagotavljanju varnosti pacienta in osebja v operacijski enoti,
- dokazovanje usposobljenosti za specifične naloge, ki jih mora obvladati vsaka OP MS glede na zahteve delovnega mesta (umita, neumita OP MS),
- priprava instrumentov ter drugih materialov za potrebe operativnega posega,
- priprava sterilne delovne površine,
- vzdrževanje sterilnega operativnega polja in instrumentov med operativnim posegom,
- nadzoruje člane operativnega tima, da ostanejo sterilni,
- skrbno spremlja potek operativnega posega, da lahko pravočasno reagira z ustreznim instrumentom, šivalnim materialom in drugim,
- ves čas dosledno vzdržuje aseptično in sterilno metodo dela *(Žmauc, 2003)*.

4.1 PRIPRAVA OPERACIJSKE SOBE IN MEDICINSKIH APARATOV PRI KOMPLEKSNI POŠKODBI ROKE (REPLANTACIJA)

OP MS najprej ogreje operacijsko sobo na 25 C. Nato si pripravi:

- Grelno blazino na topli zrak,
- operacijski mikroskop,
- dodatno mizico za pripravo amputiranega prsta (back table),
- grelec za gretje fiziološke raztopine,
- aparat za bipolarno koagulacijo,
- aparat za bledo stazo (pneumatic tourniquet).

4.2 POSEBNOSTI PRI REPLANTACIJI

Pri popolnih amputacijah prstov uda si OP MS pripravi dodatno mizico za pripravo amputiranega prsta, kjer si kirurg prikaže in označi strukture, ki jih bo kasneje pod mikroskopom zašil. Pri replantacijah za prekrivanje operativnega polja uporabljamo set za roko, občasno tudi set za nogo (živčni, žilni ali kožni presadek) ter rjuho za prekrivanje dodatne mizice (table cover).

Kirurg uporablja za šivanje žil in živcev operacijski mikroskop, ki ga OP MS skupaj z asistentom obleče v sterilno prekrivalo za mikroskop. Podajanje mikro inštrumentov pod mikroskopom mora biti natančno, tako da kirurg lahko uporabi inštrument brez preprijemanja in brez odmikanja pogleda z okularjev na mikroskopu *(Lisjak, 2002)*.

Šiv za drobnožilne povezave je običajno dolg 13 cm. Po naših izkušnjah se predolg šiv neredko strga, se zatakne ob kakšen inštrument ali pa se nit sname prav pri igli. Zaradi tega ga skrajšamo na 8 do 10 cm *(Lisjak, 2002)*.

Med šivanjem drobnožilnih povezav uporabljamo heparinizirano fiziološko raztopino za izpiranje. Izpiramo z brizgalkami in atravmatskimi iglami (tope igle) *(Lisjak, 2002)*.

Po končani replantaciji prst ogrevamo s toplo fiziološko raztopino. Za pokrivanje uporabimo večplastno, rahlo kompresijsko obvezo in roko dvignemo. Po operacijskem posegu se na kliničnem oddelku spremljajo znaki vitalnosti amputiranega dela, predvsem barvo, kapilarno krvno polnitev ter temperaturo kože. Bolniška soba mora biti ogreta.

5 AORN-A SMERNICE ZA VARNO UPORABO MANŠETE ZA BLEDO STAZO

Te se uporabljajo predvsem, da preprečijo pretok krvi v okončinah in za omejitev bolus anestetika v okončinah za intravensko regionalno anestezijo. Priporočene prakse zagotavljajo informacije za testiranje, uporabo in čiščenje opreme za manšeto za bledo stazo, in oskrbe pacientov, povezanih z varno uporabo te opreme. Manšeta za bledo stazo je sestavljena iz regulatorja pritiska z zaslonom, vezno cevko in napihljivo manšeto.

Varnost pacientov mora biti glavno vodilo pri vrednotenju, izbiri, nakupu in uporabi manšete za bledo stazo.

Manšeto za bledo stazo in pripadajočo opremo je treba pred vsako uporabo pregledati, preizkusiti in mora biti vzdrževana v skladu s pisnimi navodili proizvajalca. Naprava mora imeti identifikacijsko in serijsko številko ter čitljivo napisan datum pregleda.

OP MS mora oceniti stanje tveganja za pacienta pred namestitvijo manšete za bledo stazo in sporočiti kirurgu o morebitnih kontraindikacijah (Opomba: kirurg določi uporabo manšete za bledo stazo).

Ta ocena mora vključevati:
- Načrtovana lokacija manšete za bledo stazo,
- velikost in obliko okončine,
- stanje kože pod in distalno od manšete za bledo stazo,
- merjenje perifernih pulzov distalno od manšete za bledo stazo,
- relativne kontraindikacije:
  - infekcija okončine,
  - odprti zlom,
  - tumor, distalno od manšete za bledo stazo,
  - anemija srpastih celic,
  - slaba cirkulacija okončine
  - prejšnje revaskularizacije na okončini,
  - okončine z dostopom za dializo,
  - venske trombembolije,
  - zvišan intrakranialni pritisk,
  - acidoza.

Pri izbiri manšete za bledo stazo je treba izbrati in uporabljati manšeto, ki zmanjša tveganje za poškodbe pacienta. Nepravilna uporaba manšete za bledo stazo lahko privede do:
- Venskega zastoja,

- modrice,
- mehurja,
- podkožnega hematoma,
- ekhimoza,
- nekroze kože.

Širino manšete za bledo stazo je potrebno prilagoditi posamezniku, pri čemer upoštevamo velikost in obliko okončin pacienta. **Manšeta za bledo stazo mora biti širša kot polovico uda v premeru.**

Mehko oblazinjeno zaščito je treba namestiti okoli uda pod manšeto za bledo stazo, pri čemer pazite, da je brez gub in da ne pritiska na kožo. Ob uporabi mehke oblazinjene zaščite pod manšeto za bledo stazo je bilo s kliničnimi preizkusi ugotovljeno bistveno manj zapletov.

Preden se napihne manšeta za bledo stazo je potrebno okončino dvigniti. S pomočjo elastičnega povoja, ki stisne površinske vene, iztisnemo vensko kri iz okončine. Kirurg določi uporabo elastičnega povoja z upoštevanjem tveganja in koristi za pacienta. Anestezijsko ekipo je treba opozoriti, pred povijanjem okončine z elastičnim povojem (čas).

Preveč napihnjena manšeta za bledo stazo lahko povzroči:
- Bolečino,
- mišično oslabelost (atrofija),
- kompresijske poškodbe žil, živcev, mišic ali kože,
- paralizo okončine.

Premalo napihnjena manšeta lahko povzroči nabiranje krvi v kirurškem področju, šok in hemoragično infiltracijo živca.

Raziskovalne študije so pokazale, da privede uporaba nižjega pritiska do manj pooperativnih bolečin. Uporaba stetoskopa pri napihovanju manšete za bledo stazo je priporočljiva. Običajno se tipa pulz na **arteriji radialis na zgornji okončini** in na **arteriji posterior na spodnji okončini**.

LOP - LIMB OCCLUSION PRESSURE ali okluzijski pritisk v okončini:
- **dodati 40 mmHg kadar je sistolični krvni pritisk manj kot 130 mmHg,**
- **dodati 60 mmHg kadar je sistolični krvni pritisk med 131-190 mmHg,**
- **dodati 80 mm Hg kadar je sistolični krvni pritisk več kot 190 mmHg.**

Za pediatrične paciente, je priporočljiva vrednost 50 mmHg. Krvni pritisk je potrebno v času LOP-a dokumentirati.

Med delovanjem manšete za bledo stazo je potrebna nenehna kontrola kirurškega tima v koordinaciji z anestezijskim timom.

Manšeto za bledo stazo je potrebno naglo napihniti. Pri naglem napihovanju se arterije in vene zaprejo istočasno, kar preprečuje polnjenje površinskih ven preden se odpre pretok krvi v arterijah.

Medtem ko je napihnjena manšeta za bledo stazo, se mora na merilniku oz. prikazovalniku pritiska jasno videti in spremljati prekomerno nihanje pritiska. Do poškodbe živcev (npr. pareza živca) pride zaradi prekomernega pritiska ali neravnih površin pod manšeto za bledo stazo.

Manšeta za bledo stazo mora biti čim manj časa napihnjena na okončini, saj s tem bistveno zmanjšamo možnost tveganja za pacienta.

Kirurga je treba obvestiti v rednih časovnih presledkih o tem kako dolgo je že napihnjena manšeta za bledo stazo na okončini. Uporaba zvočnega alarma na aparatu za bledo stazo omogoča to komunikacijo. Čas, ko je manšeta za bledo stazo napihnjena, ni bil nikoli natančno določen. Čas se spreminja s starostjo pacienta, fizičnega stanja pacienta in ožilja na okončinah. **Obstaja splošno soglasje, da inflacijski čas ne sme presegati 60 minut za zgornjo okončino in 90 minut za spodnjo okončino, medtem ko je pri otrocih priporočeno, da inflacijski čas ne sme presegati 75 minut za spodnjo okončino.**

Kadar želimo podaljšati inflacijski čas, je potrebno spustiti manšeto za bledo stazo (reperfuzija okoničine) za 15 minut. Šele po tem času se lahko znova napihne manšeta za bledo stazo. Reperfuzija se priporoča, saj omogoča oksigenacijo in nenehno vitalnost tkiva ter zmanjša vnetni odziv tkiva.

Pacienta je potrebno spremljati s posebno pozornostjo glede bolečine in telesne temperature, medtem ko je napihnjena manšeta za bledo stazo.

Bolečino pri pacientu je treba oceniti. Po 30 do 60 minutah delovanja manšete za bledo stazo, pacienti občutijo **»manšetno bolečino«**, povečanje srčnega utripa in krvnega pritiska. Poveča se tudi telesna temperatura, tako pri odraslih kot pri otrocih. Še posebej pri otrocih je potrebna previdnost, saj lahko pride do povišane telesne temperature.

OP MS mora oceniti in dokumentirati stanje pacienta po deflaciji manšete za bledo stazo. Pacienta je potrebno še 15 minut spremljati po deflaciji manšete za bledo stazo.

Takojšnja pooperativna vrednotenja vključujejo kontrolo:

- Vitalnih znakov,

- kože po manšeto za bledo stazo,
- pulzov (distalno od manšete za bledo stazo),
- nasičenosti s kisikom.

Vse zaplete je potrebno sporočiti kirurgu in anesteziologu. Možni zapleti so:
- Poškodba kože, mišic in živcev, ki ležijo pod manšeto za bledo stazo,
- hematom,
- edem,
- oslabitev ožilja, distalno od manšete za bledo stazo,
- venska kongestija,
- embolija,
- poškodba živcev distalno od manšete za bledo stazo,
- kompartment sindrom,
- pljučna embolija.

Hude poškodbe zaradi uporabe manšete za bledo stazo so redke, a tveganje je vseeno prisotno. Pri uporabi manšete za bledo stazo je potrebno dokumentirati:
- Identifikacijsko in serijsko številko naprave,
- vrsto manšete, glede na obseg pacientove okončine,
- mesto namestitve manšete za bledo stazo,
- sredstvo za zaščito kože,
- stanje kože pred in po uporabi manšete za bledo stazo,
- osebo, ki je nameščala manšeto za bledo stazo,
- čas inflacije,
- čas deflacije,
- ocena in vrednotenje celotne okončine po končanem operativnem posegu.

6 ZAKLJUČEK

Glavna naloga OP MS je, da varuje in ščiti pacienta, zato mora imeti ustrezno znanje in izkušnje ter sposobnost, da se povezuje z drugimi člani zdravstvenega in negovalnega tima. Tako zagotavlja pacientu med kirurškim zdravljenjem uspešno, varno in učinkovito zdravstveno nego.

Literatura

1. Gray Seiler J. III. Essentials of Hand Surgery. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2002:216.
2. Ivanuša A, Železnik D, eds. Osnove zdravstvene nege kirurškega bolnika: izbrana področja. Maribor: Visoka zdravstvena šola; 2000:41.
3. Lisjak M. Medoperativna zdravstvena nega bolnic pri rekonstrukcijah dojke s prostim tram režnjem. In: Rebernik Milić M. Zbornik XIII - Kakovost medoperacijske zdravstvene nege danes za jutri, Portorož, 22. - 25. maj 2002. Ljubljana: Sekcija operacijskih medicinskih sester Slovenije, 2002:145-6.
4. AORN Recommended education standards - Recommended practices for the use of the pneumatic tourniquet in the perioperative practice setting. Denver: AORN; 2007.
5. Žmauc T. Timsko delo v operacijski zdravstveni negi. In: Rebernik Milić M. Zbornik XVI - Management v operacijski zdravstveni negi, Dobrna, 7. november 2003. Ljubljana: Sekcija operacijskih medicinskih sester Slovenije; 2003: 22.

KORISTEN(A) SEM – RECIKLIRAM PACIENTU PRIJAZEN MATERIAL

Nataša KRAVCAR[1], Sanja ARNAUTOVIĆ[2]

Izvleček

Skrbi za naravo in okolje posvečamo premalo pozornosti. Na vsakem koraku izkoriščamo naravne vire, skoraj nikoli pa se ne vprašamo kakšen svet bomo pustili za nami za prihodnje generacije. Razmišljanje o recikliranju materiala in o ekonomskem vidiku recikliranja je privedlo do ideje reciklaže materiala. Ponovna uporaba pomeni uporabo predmeta znova po tem, ko je že bil uporabljen. To vključuje konvencionalno ponovno uporabo, kjer je izdelek, ki je ponovno uporabljen in namenjen za drugo funkcijo. Prednost ponovne uporabe prispeva k zmanjševanju proizvodnje papirja, plastike in stekla, upočasnjuje porabo naravnih virov, vzpodbuja okoljsko ozaveščenost ljudi, ohranja naravne vire, prihrani prostor na odlagališčih, varčuje z energijo in ima ekonomski vidik. Inovativne ideje so priložnost za razmislek, kaj storiti za boljši jutri današnjih in prihodnjih generacij.

Ključne besede: *reciklaža materiala, okoljski vidik reciklaže, ekonomski vidik reciklaže*

1 Nataša KRAVCAR, dipl. m. s., univ. dipl. soc., Univerzitetni klinični center Ljubljana, Kirurška klinika, Operacijski blok; Zaloška 7, 1000 Ljubljana; natasa.kravcar@gmail.com

2 Sanja ARNAUTOVIĆ, dipl. babica, spec. mng. v izobr., Univerzitetni klinični center Ljubljana, Kirurška klinika, Operacijski blok; Zaloška 7, 1000 Ljubljana; sanja.arn@gmail.com

RESTERILIZACIJA IN REPROCESIRANJE: DA ALI NE?

Alenka UMEK[1], Peter MULEC[2]

Izvleček

Resterilizacija in reprocesiranje sta dva različna procesa, katerih se bolnišnice in druge zdravstvene ustanove poslužujejo z namenom, da lahko medicinske materiale ponovno uporabijo. Poznamo izdelke, ki so namenjeni večkratni uporabi in se jih lahko resterilizira (poleg so priložena navodila o čiščenju in priporočenem načinu sterilizacije) in pa izdelke, ki so namenjeni za uporabo le na enem pacientu (resterilizacija je v tem primeru prepovedana). Znotraj palete izdelkov ločimo izdelke za enkratno uporabo (lahko se jih uporabi le enkrat na enem pacientu, npr.: cirkularni spenjalnik) in pa izdelke za uporabo na enem pacientu (npr.: linearni spenjalnik, ki se ga lahko uporabi tudi do 12-krat na enem pacientu). Izdelke za enkratno uporabo se ne more resterilizirati, saj po prvi uporabi ne delujejo več, medtem ko se izdelke za uporabo na enem pacientu z možnostjo večkratne uporabe pogosto resterilizira ali pa se jih celo pošlje na reprocesiranje v zunanje podjetje.

Tako resterilizacija kot reprocesiranje na inštrumentih za uporabo na enem pacientu nedvomno puščata določene posledice. Izdelek oziroma inštrument, ki gre skozi enega od teh procesov ni več primarni inštrument, ki bi popolnoma zagotavljal varno, pravilno in učinkovito uporabo le-tega na pacientu in hkrati ne ogrozil delo operaterja in operacijske medicinske sestre.

Ključne besede: *resterilizacija, reprocesiranje, izdelek za uporabo na enem pacientu, varnost, odgovornost.*

1 Alenka UMEK, sales representative, Johnson & Johnson d.o.o., Ethicon endo surgery; Šmartinska c. 53, 1000 Ljubljana; aumek@its.jnj.com

2 Peter MULEC, field marketin manager, Johnson & Johnson d.o.o., Ethicon endo surgery; Šmartinska c. 53, 1000 Ljubljana; pmulec@its.jnj.com

1 RESTERILIZACIJA INŠTRUMENTOV NAMENJENIH ZA UPORABO NA ENEM PACIENTU (SINGLE PATIENT USE)

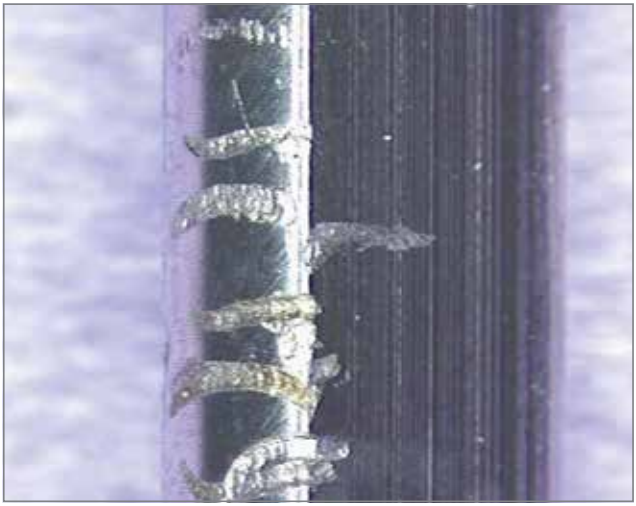
Slika 1. *Znak na embalaži inštrumenta (vir: Johnson&Johnson).*

To je znak, ki je natisnjen na vsaki embalaži inštrumenta, namenjenega za delo na enem pacientu. Po navodilih proizvajalca se mora tak material po sami uporabi zavreči in se NE sme resteriliziran ponovno uporabiti (ni navodil o čiščenju in sterilizaciji) na drugem pacientu.

Kaj potem bolnišnice oziroma bolnišnično osebje privede do tega, da prične z resterilizacijo inštrumentov za enkratno uporabo? V zadnjih letih se srečujemo z vedno slabšo ekonomsko situacijo, tako v državi kot v Evropi. Posledično prihaja do zniževanja prilivov v zdravstveni sektor, kar se odraža v racionalizaciji stroškov na vseh nivojih (osebje, prihodki, gradnje, medicinski material,...). V prvi vrsti želi bolnišnica privarčevati prav pri medicinskih materialih, ki se uporabljalo tudi pri zahtevnih operativnih posegih.

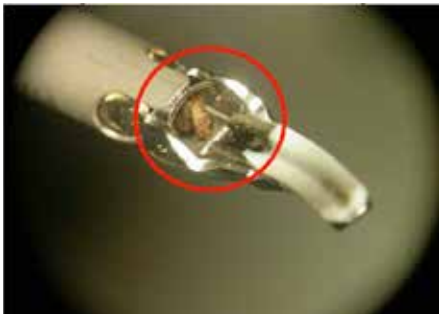
Vsi ti našteti inštrumenti in materiali so namenjeni za delo na enem pacientu. Proizvajalec in zakon prepoveduje resterilizacijo takega materiala. Material pride v bolnišnico skupaj z navodili za uporabo in v le-teh tudi jasno piše, da je material za delo na enem pacientu in da je potrebno material po operativnem posegu primerno zavreči. Nikjer ne obstajajo pisane določbe, smernice oziroma navodila, kako se inštrumente za enkratno uporabo čisti in sterilizira. Bolnišnice to delajo (v primeru, da to delajo) po svoji interni praksi. Tukaj je potrebno poudariti, da so inštrumenti in materiali narejeni tako, da 100% opravijo svoje delo na enem pacientu in so zelo izpostavljeni raznim poškodbam, deformacijam in podobnim težavam, če se jih izpostavlja mehaničnim, kemičnim ali termičnim stresom. Prav tako ti izdelki niso oblikovani tako, da se jih lahko sterilizira in čisti. Geometrija mnogih inštrumentov preprečuje primerno čiščenje. Materiali lahko degradirajo ali absorbirajo kemikalije, ki se jih uporablja med čistilnim procesom ali pa

enostavno ne bodo zdržali številne sterilizacijske cikle. Primeri z naslednjih slik prikazujejo poškodbe, deformacijo materiala in posledice, ki se lahko zgodijo pri uporabi resteriliziranih inštrumentov in drugih produktov.



Slika 2. *Poškodbe po resterilizaciji harmoničnega inštrumenta (vir: Johnson & Johnson).*

Slika 3. *Poškodba resteriliziranega inštrumenta med operacijo (vir: Johnson & Johnson).*



Slika 4 in 5. *Ostanki tkiva s predhodne operacije na resteriliziranem inštrumentu (vir: Johnson & Johnson).*

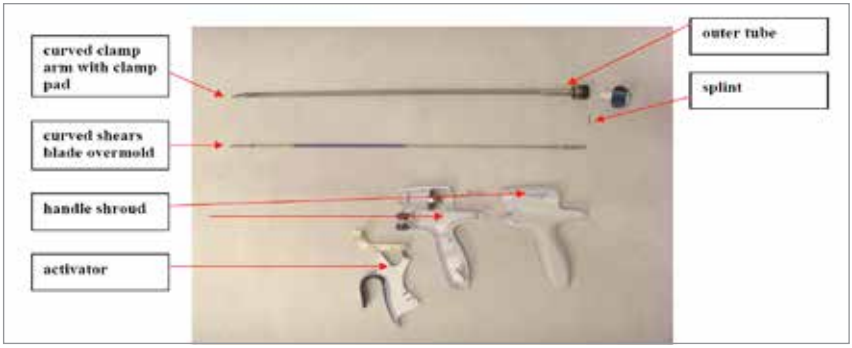
S ponovno uporabo resteriliziranega produkta je potemtakem vprašljiva njihova kvaliteta, hkrati pa se s to vprašljivostjo že dotaknemo sfere etične dileme in varnosti pacienta.

V primeru, da pride do kakršnihkoli zapletov, kdo bo potem tisti, ki bo odgovarjal? V situaciji z resteriliziranimi inštrumenti so izpostavljeni tako operaterji, operacijske medicinske sestre, vodstvo bolnišnice in proizvajalec.

Zato mi kot proizvajalec zagotavljamo, da naši inštrumenti za uporabo na enem pacientu nudijo 100% varnost in učinkovitost le ob upoštevanju navodil za uporabo, ki so priloženi v vsakem pakiranju (IFU).

2 REPROCESIRANJE INŠTRUMENTOV NAMENJENIH ZA UPORABO NA ENEM PACIENTU (SINGLE PATIENT USE)

Reprocesiranje je proces, v katerem se inštrument v namen čiščenja in resterilizacije razstavi, strerilizira po delih in se ga nato ponovno sestavi. V svetu obstajajo podjetja, ki to uslugo nudijo (skoraj nikoli se reprocesiranje ne izvaja v bolnišnici, ker same niso usposobljene za cel cikel reprocesiranja: za razstavljanje, čiščenje, sterilizacijo, sestavljanje in testiranje izdelka).



Slika 6. *Razstavljen inštrument ACE36E (vir: Johnson&Johnson).*

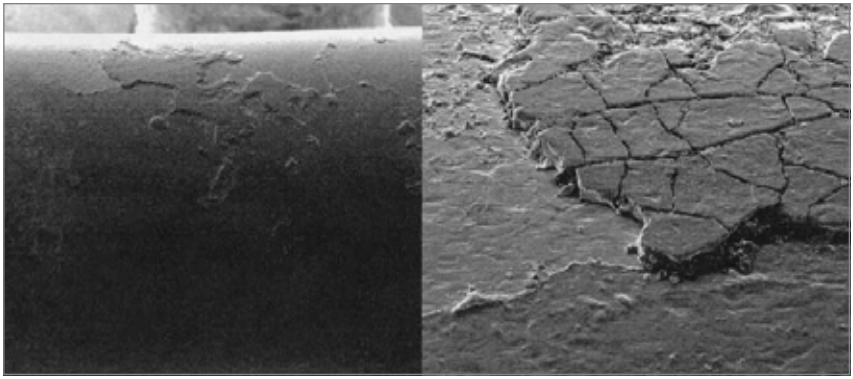
Izvajalec reprocesiranja postane nov proizvajalec in na novo sestavi inštrument iz rabljenih delov. Reprocesiran inštrument ima svojstvene karakteristike, ki se lahko razlikujejo od karakteristik originalnega produkta, oba pa sta namenjena isti stvari.

Na novo sestavljeni reprocesirani inštrument se testira in nato vrne v bolnišnico. Reprocesirani produkt ni več produkt podjetja Johnson & Johnson.

Tudi znotraj evropske zakonodaje na tem področju še vedno niso enotnega mnenja. Evropski parlament je izdal predlog, da se vsako reprocesiranje ne-invazivnih izdelkov smatra kot proizvodnja in da se prepoveduje vsako reprocesiranje kirurških invazivnih izdelkov (implantati, zahtevnejši inštrumenti), vse dokler ne bo obstajal klinični dokaz o varnosti reprocesiranja le-teh.

Glede na to, da ni nobenega konsenza znotraj Evropske zakonodaje na to temo, potem reprocesiranje izdelkov za uporabo na enem pacientu pade pod odgovornost bolnice oziroma podjetja, ki to reprocesiranje izvaja. Vendar pa je tudi tukaj odvisno od zavarovalniških pogojev in pogodbe s podjetjem, ki izvaja reprocesiranje. Navsezadnje je na strani bolnice in uporabnika, da zagotavlja primernost izdelka za uporabo in da je kot ‚prenovljen-reprocesiran' podprt tudi s kliničnimi dokazi. Kajti reprocesiran izdelek ni več originalen izdelek, s tem pa nič več krit s kliničnimi dokazi in proizvajalčevimi proizvodnimi trditvami.

Po drugi strani pa gledano s stališča zdravstvene varnosti, če primerno čiščenje ni doseženo ali mogoče, potem je tudi sterilnost izdelka okrnjena, kar lahko privede do prenosa bakterij ali virusov, ki preživijo na račun proteinov ali drugih organskih ostankov na ali v samem inštrumentu.



Slika 7. *Mikro-poškodbe na reprocesiranem inštrumentu, ki se ne vidijo s prostim očesom (vir: Johnson&Johnson).*

3 ZAKLJUČEK

Podjetje Johnson & Johnson trenutno ne podpira reprocesiranja v Evropi, ker zakonske okoliščine še vedno niso razjasnjene. Pomembno je, da se reprocesiranje izdelkov za uporabo na enem pacientu smatra kot proizvodnja in kot taka naj bi bila urejena in vodena znotraj Direktive medicinskih pripomočkov (MDD). Kakršno koli reprocesiranje takih izdelkov izven MDD-ja bi moralo biti prepovedano.

V vsakem primeru zagovarjamo, da pri tako delikatnih inštrumentih oziroma izdelkih, ki lahko ogrozijo potek operacije in varnost pacienta, stoji v ozadju tudi popolna podpora originalnega proizvajalca, ki s svojimi primernimi testiranji in originalnimi rezervnimi deli zagotavljajo primarno kvaliteto in varno uporabo izdelka.

Navsezadnje naj bi vsi delali za isti cilj: pacienta oskrbeti na najboljši možni način.

Literatura

1. *Interno gradivo podjetja Johnson & Johnson.*

ODNOS OPERACIJSKE MEDICINSKE SESTRE IN ZDRAVSTVENEGA TEHNIKA V OPERACIJSKI SOBI DO RESTERILIZACIJE MATERIALA ZA ENKRATNO UPORABO

Sandi MRVAR[1], Tatjana TROTOVŠEK[2]

Izvleček

Resterilizacija materiala za enkratno uporabo ima svoje prednosti in pomanjkljivosti. Zajema področja varnosti pacientov, osebne odgovornosti, etične dileme, ekonomski in okoljevarstveni vidik. Zakonodaja s področja resterilizacije materiala za enkratno uporabo je ohlapna. Reprocesiranje materialov za enkratno uporabo »da« ali »ne« je vprašanje pri katerem moramo upoštevati predvsem kakovost in varnost obravnave pacienta.

Ključne besede: *operacijska medicinska sestra, zdravstveni tehnik, resterilizacija materiala*

1 UVOD

Ponovna uporaba materialov za enkratno uporabo je svetovno prisoten pojav. V zadnjih letih se zdravstvena industrija sooča z velikimi finančnimi spremembami, kar se kaže v potrebi po zmanjševanju stroškov s povečanim povpraševanju uporabnikov po zdravstvenih storitvah in medicinskih pripomočkih. Reprocesiranje materialov za enkratno uporabo je postala vse bolj razširjena praksa *(Dunn, 2002)*.

Reprocesiranje medicinskih pripomočkov za enkratno uporabo zmanjša količino odpadkov. Znižanje stroškov zaradi reprocesiranja je odvisno od vrste in ravni kakovosti postopka reprocesiranja *(Pristavec, 2012)*.

1 Sandi MRVAR, zt, Univerzitetni klinični center Ljubljana, Kirurška klinika, Operacijski blok; Zaloška 7, 1000 Ljubljana; sandi.mrvar@kclj.si

2 Tatjana TROTOVŠEK, dipl. m. s., spec. mang., Univerzitetni klinični center Ljubljana, Kirurška klinika, Operacijski blok; Zaloška 7, 1000 Ljubljana; tatjana.trotovsek@kclj.si

2 MEDICINSKI MATERIAL ZA ENKRATNO UPORABO

Medicinski material za enkratno uporabo (angleško – single use devices) je proizvod za katere je proizvajalec predvidel uporabo pri enem pacientu, za en postopek in ni namenjen za ponovno uporabo pri drugih pacientih. Medicinski pripomočki so jasno označeni s strani proizvajalca s standardno oznako »Do not reuse« *(Health Service Executive, 2011 cit. po Pristavec ,2012)*.

Medicinski material za enkratno uporabo ni razvit in zasnovan, da bi vzdržal postopke reprocesiranja. Proizvajalcu ni potrebno zagotoviti nobenih navodil ali potrjenega postopka, ki bi omogočal varno reprocesiranje, temveč samo informacije o lastnostih ali tehničnih dejavnikih, ki jih proizvajalec pozna in bi lahko pomenili tveganje, če se

medicinski material večkratno uporabi. Reprocesiranje se zato izvede na podlagi postopkov, ki jih razvije uporabnik ali izvajalec storitve reprocesiranja, vendar brez popolnih informacij o zasnovi in sestavi izdelka.

Poudariti je treba, da v primeru odpovedi medicinskega materiala za enkratno uporabo in zdravstvene komplikacije zaradi postopka reprocesiranja proizvajalec ne odgovarja *(European Commission, 2007 cit. po Pristavec, 2012)*.

2.1 REPROCESIRANJE, RESTERILIZACIJA IN PONOVNA UPORABA

Avtorica Dunn (2002) opisuje osnovne pojme, ki se uporabljajo pri ponovni uporabi materiala za enkratno uporabo.

Reprocesiranje je razstavljanje, dekontaminacija, čiščenje, pregledovanje, testiranje, pakiranje, označevanje in steriliziranje materialov za enkratno uporabo po tem, ko so bili uporabljeni ali odprti z nekim namenom za uporabo pri pacientu.

Resterilizacija je sterilizacija materiala, inštrumenta z namenom, da se odstrani in uniči vse vrste mikroorganizmov vključno s sporami bakterij. Resterilizacija je proces, ki se uporablja na materialu ali pripomočkih, katerim je pretekel rok uporabe ali so bili odprti z namenom ali brez, da se uporabijo pri pacientu.

Ponovna uporaba pomeni, da je bil pripomoček uporabljen pri pacientu, vendar je bil po uporabi očiščen, dekontaminiran, dezinficiran in steriliziran in nato uporabljen pri drugem pacientu.

2.2 REPROCESIRANJE MATERIALA ZA ENKRATNO UPORABO

Kljub priporočilom proizvajalca se material za enkratno uporabo reprocesira. Obstajajo štiri vrste reprocesiranja materiala za enkratno uporabo:

- Materialu je potekel rok uporabe in se ni nikoli uporabljal na pacientu;
- Material ni bil uporabljen na pacientu, čeprav je bil odprt (npr. napaka v aseptični tehniki);
- Material je bil na sterilnem polju med kirurškim posegom, vendar ni bil uporabljen na pacientu;
- Material je bil že uporabljeni na pacientu *(Dunn,2002)*.

3 SLOVENSKA ZAKONODAJA IN ZAHTEVE GLEDE VZDRŽEVANJA NA PODROČJU UPORABE MEDICINSKEGA MATERIALA ZA ENKRATNO UPORABO

Od marca 2010 je v veljavi Zakon o medicinskih pripomočkih in od aprila 2010 Pravilnik o medicinskih pripomočkih, ki sta usklajena z evropsko zakonodajo.

Delovna skupina na Ministrstvu za zdravje Republike Slovenije je pripravila Strokovne podlage za pripravo programa za obvladovanje in preprečevanje bolnišničnih okužb (2009) v katerem navaja, da je ponovna uporaba materiala za enkratno uporabo, ki pride v stik s krvnim obtokom strokovno vprašljiva. Evropska zakonodaja sicer ne prepoveduje ponovne priprave in uporabe, vendar je odgovornost za možne zaplete na strani zdravstvene organizacije. Pri odločitvi za morebitno ponovno uporabo je potrebno pripraviti kriterije glede: tveganja zaradi materiala, možnih ostankov beljakovin in nečistoč, uspešnosti sterilizacije, števila ponovnih uporab in nadzora postopkov.

3.1 ZAKON O MEDICINSKIH PRIPOMOČKIH

Zakon o medicinskih pripomočkih *(ZMedPri, 2009)* navaja v:

- 19.členu, da poslovni subjekti, ki medicinske pripomočke uporabljajo pri opravljanju svoje dejavnosti, jih morajo vzdrževati v skladu z navodili proizvajalca medicinskih pripomočkov;
- 66. členu, da se pravna oseba, ki ne vzdržuje medicinskih pripomočkov v skladu z navodili proizvajalca kaznuje za prekršek z globo od 1.000 do 10.000 eurov;
- 88. členu, da morajo medicinski pripomočki ustrezati predpisanim zahtevam, da so načrtovani, izdelani, vgrajeni, vzdrževani in uporabljeni tako, da pri uporabi pod pogoji in za namen za katerega so izdelani ne ogrožajo stanja zdravja ali varnosti uporabnikov.

3.2 ZAKON O PACIENTOVIH PRAVICAH

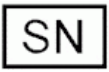
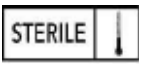
Pri Zakonu o pacientovih pravicah *(ZPacP, 2008)* ne moremo mimo naslednjih členov:

- 3.člen govori o uresničevanju pravic pacientov po tem zakonu, upošteva se načelovarstvo največje zdravstvene koristi za pacienta, zlasti otroka;
- 5. člen govori o pravici do enakopravnega dostopa in obravnave pri zdravstveni oskrbi, pravici do primerne, kakovostne in varne zdravstvene oskrbe, pravica do obveščenosti in sodelovanja;
- 11. člen poudarja, da ima pacient pravico do primerne, kakovostne in varne zdravstvene oskrbe v skladu z medicinsko doktrino;
- 25 člen navaja pravico do seznanitve z obračunom, specificiranim po posameznih zdravstvenih storitvah, uporabljenih zdravilih in medicinskih pripomočkih.

4 SIMBOLI NA OVOJNINAH MEDICINSKIH MATERIALOV, NJIHOV POMEN TER NJIHOVA UPORABA V DELOVNEM OKOLJU

Simboli na ovojninah medicinskega materiala so namenjeni uporabnikom. V našem primeru zdravstvenim delavcem z namenom, da se zagotavlja varnost pacienta. Ne poznavanje simbolov na medicinskih pripomočkih lahko vodi v ogrožanje varnosti pacientov v procesu zdravljenja. S strani diplomiranih medicinskih sester, zdravstvenikov in tehnikov zdravstvene nege je pričakovano vsaj minimalno poznavanje simbolov odtisnjenih na ovojninah *(Križmarić, 2010)*.

Tabela 1. *Simboli brez potrebne razlage v navodilih za uporabo (EN 980:2003, cit. po Križmarić, 2010).*

A1		Za enkratno uporabo (DO NOT REUSE)
A2		Uporabno do (USE BY)
A3		Številka serije (BATCH CODE)
A4		Serijska številka (SERIAL NUMBER)
A5		Datum proizvodnje (DATE OF MANUFACTURE)
A6		Sterilno (STERILE)
A7		Sterilizirano z etilen oksidom (STERILIZED USING ETHYLENE OXIDE)
A8		Sterilizirano s sevanjem (STERILIZED USING IRRADIATION)
A9		Sterilizirano s toploto (STERILIZED USING STEAM OR DRY HEAT)
A10		Sterilizirano po aseptični tehniki (STERILE USING ASEPTIC PROCESSING TECHNIQUES)
A11		Referenčna številka (CATALOGUE NUMBER)
A12		Pozor! (CAUTION)

Simbol A1 predstavlja material katerega lahko uporabimo samo enkrat.

Simbol A2 predstavlja datum do katerega je material uporaben. Ko ta datum preteče, materiala ne smemo ponovno sterilizirati in uporabljati.

Simbol A3 podaja številko serije ali sarže s pomočjo katere lahko proizvajalec v primeru napake v procesu tovarniške sterilizacije celotno serijo, katera je bila takrat sterilizirana, odmakne iz prodaje.

Simbol A4 podaja uporabniku serijsko številko, ki ima podobno vlogo kot simbol A3 vendar se uporablja pri električnih aparatih.

Simbol A5 predstavlja datum, kdaj je bil material proizveden.

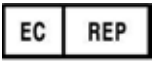
Medicinski materiali, ki so dobavljeni sterilni, morajo biti izdelani in sterilizirani z ustrezno uveljavljeno in validirano metodo *(UL RS, 2000)*. Zato lahko s simboli A6 do A10 vidimo na kakšen način je potekala sterilizacije (Križmarić, 2010).

Simbol A11 predstavlja referenčno številko, ki se uporablja za kataloško oznako medicinskega materiala preko katere lahko uporabnik material naroča pri dobavitelju.

Simbol A12 predstavlja opozorilo, da mora uporabnik pred uporabo materiala prebrati navodila za uporabo.

V tabeli 2 so navedeni simboli, ki jih je bilo proizvajalcu potrebno dodatno razložiti med letoma 2003 in 2008. V trenutno veljavnem standardu EN 980:2008 teh simbolov proizvajalcu ni potrebno dodatno opisovati v navodilih za uporabo, saj se domneva da jih zdravstveni delavci že poznajo *(Križmarić, 2010)*.

Tabela 2. *Simboli za katere od leta leta 2008 v navodilih za uporabo ne potrebujejo dodatne razlage (EN 980:2008, cit. po Križmarić, 2010).*

B1		Proizvajalec (MANUFACTURER)
B2		Avtorizirani predstavnik v EU (AUTHORISED REPRESENTATIVE IN THE EUROPEAN COMMUNITY)
B3		Zadostno za (SUFFICIENT FOR)
B4		Za merjenje kakovosti pripomočka IVD (FOR IVD PERFORMANCE EVALUATION ONLY)
B5		In vitro diagnostični medicinski pripomoček (IN VITRO DIAGNOSTIC MEDICAL DEVICE)
B6		Spodnja omejitev temperature (LOWER LIMIT OF TEMPERATURE)
B7		Zgornja omejitev temperature (UPPER LIMIT OF TEMPERATURE)
B8		Omejitev temperature (TEMPERATURE LIMITATION)
B9		Preglej navodila za uporabo! (CONSULT INSTRUCTIONS FOR USE)
B10		Biološko tveganje (BIOLOGICAL RISKS)

Simbol B1 prikazuje proizvajalca poleg njega je pa lahko napisan tudi datum izdelave materiala, ki je bil omenjen pod simbolom A1.

Če material prihaja izven Evropske unije je potrebno zagotoviti predstavnika znotraj Evropske unije ki je prikazan s simbolom B2.

Simbol B3 predstavlja število vzorcev ki jih pakiranje vsebuje.

Simbol B4 predstavlja materiale za testiranje natančnosti invitro medicinskega materiala, ki ga predstavlja simbol B5.

Simboli B6 do B8 predstavljajo omejitve temperature na kateri naj bi se material shranjeval.

Simbol B9 opozarja uporabnika, da pred uporabo prebere navodila.

B10 opozarja, da material povzroča biološko nevarnost za uporabnika *(Križmarić, 2010)*.

Tabela 3. *Novi simboli na ovojninah brez potrebne razlage v navodilih za uporabo (EN980:2008, cit. po Križmarić, 2010).*

C1		Hranite stran od sončne svetlobe! (KEEP AWAY FROM SUNLIGHT)
C2		Hranite na suhem! (KEEP DRY)
C3		Ne resterilizirajte! (DO NOT RESTERILIZE)
C4		Nesterilno (NON-STERILE)
C5		Kontrola (CONTROL)
C6		Negativna kontrola (NEGATIVE CONTROL)
C7		Pozitivna kontrola (POSITIVE CONTROL)

Simbol C1 uporabnika opozarja, da mora biti material shranjen izven dosega svetlobe.

Simbol C2 uporabniku sporoča, da material ne sme biti izpostavljen vlagi.

Material katerega ovojnina vsebuje oznako C3 je strogo prepovedano reprocesiranje in resteriliziranje tega materiala.

Material, ki tovarniško ni steriliziran je označen z oznako C4 *(Križmarić, 2010)*.

V Uradnem listu Republike Slovenije (2000) je zapisano, da morajo materiali, ki so nesterilni, biti pakirani tako, da je zagotovljena zaščita pred mikrobiološko kontaminacijo pred sterilizacijo izdelkov. To pomeni, da mora biti kakovost embalaže ustrezna glede na načrtovano metodo sterilizacije, ki jo navaja izdelovalec.

Simbol C5 do C7 predstavljajo kontrolne kemikalije, ki lahko predstavljajo pozitivno ali negativno kontrolo.

Tabela 4. *Novi simboli, za katere je potrebna dodatna razlaga v navodilih za uporabo (EN980:2008, cit. po Križmarić, 2010).*

D1		Vsebuje ali je v pakiranju prisoten naravni lateks (CONTAINS OR PRESENCE OF NATURAL RUBBER LATEX)
D2		Prepovedana uporaba, če je ovojnina poškodovana (DO NOT USE IF PACKAGE IS DAMAGED)
D3		Sterilna pot tekočine (STERILE FLUID PATH)

S simbolom D1 je označen material, ki vsebuje lateks.

Če na ovojnini najdemo simbol D2 in je ovojnina poškodovana, materiala ne smemo uporabljati.

Simbol D3 predstavlja material, ki ni v celoti sterilen ampak je sterilen samo njegov določen del.

5 ZAKLJUČEK

Poznavanje simbolov na ovojninah materialov je za operacijsko medicinsko sestro in zdravstvenega tehnika ključno, saj lahko tako zagotavlja varnost pacienta pred, med in po operativnem posegu.

Zakonu o pacientovih pravicah govori o načelih enakopravnosti pacienta in načelo varstvo največje zdravstvene koristi ter predeljuje kakovostno in varno zdravstveno oskrbo.

Pri uporabi resteriliziranega materiala za enkratno uporabo se operacijske medinske sestre in zdravstveni tehniki lahko sprašujemo ali ravnamo prav, kakšna je naša osebna odgovornost do morebitne nastale škode pri pacientu? Ali z resteriliziranim materialom za enkratno uporabo upoštevamo načela kakovosti? Ali zagotavljamo kakovostno in varno zdravstveno obravnavo primerljivo s standardi oziroma najboljšimi praksami? Kateri pacient bo prvi uporabil material za enkratno uporabo, kateri drugi in kdo bo zadnji? Bo o tem odločal operater, pacient? Kako bomo resteriliziran material obračunali prvemu in kako zadnjemu pacientu?

Operacijska medicinska sestra in zdravstveni tehnik sta dolžna upoštevati Kodeks etike medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije (1995) pri oblikovanju etičnih vrednot. Odgovornost operacijske medicinske sestre in zdravstvenega tehnika ni mogoče opredeliti samo z zakoni, predpisi, navodili bolnišnice. Operacijska medicinska sestra in zdravstveni tehnik sta zagovornika koristi pacienta, kjer je varnost pacienta postavljena v ospredje in lahko odklonita poseg, ki bi bil po strokovnem in etičnem prepričanju za pacienta škodljiv.

Ali lahko zagovarjamo uporabo resteriliziranega materiala za enkratno uporabo?

V Operacijskem bloku Univerzitetnega kliničnega centra Ljubljana operacijske medicinske sestre in zdravstveni tehniki ne resteriliziramo in ne uporabljamo resteriliziranega materiala za enkratno uporabo.

Literatura

1. Delovna skupina pri Ministrstvu za zdravje RS. Sterilizacija in minimalni tehnični pogoji za oskrbo s sterilnim materialom, prostori in aparaturami za sterilizacijo. Dostopno na: http://www.mz.gov.si/fileadmin/mz.gov.si/pageuploads/mz_dokumenti/delovna_podrocja/zdravstveno_varstvo/zdravstveno_varstvo_v_posebnih/NAKOBO_september_2010/MZ_pogl_8_Sterilizacija_2009.pdf (21.3.2014).
2. Dunn D. Reprocessing single use devices – The ethical dilemma. AORN J 2002; 75 (5): 989-99.
3. Dunn D. Reprocessing single-use devices – Regulatory roles. AORN J 2002; 76 (1): 100-27.
4. Križmarić M. Pomen simbolov na ovojninah medicinskih pripomočkov in njihova projekcija v klinično okolje. Obzor Zdr N. 2010; 44 (3): 203-8.
5. Lampič J, Istenič I. Navodila za sterilizacijo 2012. Ljubljana: Univerzitetni klinični center Ljubljana (interno gradivo); 2012.
6. Pravilnik o medicinskih pripomočkih. Uradni list Republike Slovenije 2003; 8 (71): 10906-45.
7. Pristavec T. Reprocesiranje pripomočkov za enkratno uporabo (magistrsko delo). Maribor: Univerza v Mariboru; 2012.
8. Zakon o medicinskih pripomočkih. Uradni list Republike Slovenije št. 98/2009.
9. Zakon o pacientovih pravicah. Uradni list Republike Slovenije št. 15/2008 .

KIRURŠKA MISIJA V JUŽNEM SUDANU

***Mateja STARE*[1]**

Izvleček

Mednarodna humanitarna organizacija Zdravniki brez meja je neodvisna medicinska organizacija, ki zagotavlja zdravstveno pomoč ljudem, prizadetih zaradi oboroženih konfliktov, epidemij, zdravstvene izključenosti in naravnih ter civilizacijskih nesreč, ne glede na raso, veroizpoved ali politično prepričanje. Trenutno po svetu v skoraj 70 državah poteka preko 430 zdravstvenih misij, od tega 50 kirurških.

Kot prva slovenska medicinska sestra pridružena v MSF, sem maja 2013 odšla na 3 mesečno ginekološko – pediatrično kirurško misijo v Južni Sudan.

Kot operacijska medicinska sestra sem na tej misiji prevzela naloge managerja, kar je pomenilo vodenje in nadzor operacijske sobe, vodenje kadra, razpis dnevnih aktivnosti, nadzor sterilizacije, nadzor oskrbe z materialom, higiene in varnosti, strokovna pomoč tujim zdravnikom (ginekologu, pediatru in plastičnemu kirurgu) in dodatno izobraževanje -poučevanje zaposlenih.

Ključne besede: *Zdravniki brez meja, operacijska medicinska sestra, ginekološko -pediatrična kirurška misija, Južni Sudan*

1 HUMANITARNA ORGANIZACIJA ZDRAVNIKI BREZ MEJA

Od junija 2011 sem kot edina slovenska medicinska sestra pridružena veliki družini zdravstvenih in nezdravstvenih delavcev, ki nudijo svoje znanje in čas mednarodni humanitarni organizaciji Zdravniki brez meja (originalno Médecins Sans Frontières, v nadaljevanju MSF). MSF je mednarodna, neodvisna medicinska organizacija, ustanovljena decembra 1971 v Parizu na pobudo francoskih zdravnikov Rdečega križa in novinarjev, ki so bili priča genocidom. MSF prvenstveno zagotavlja zdravstveno pomoč ljudem, prizadetih zaradi oboroženih konfliktov, epidemij, zdravstvene izključenosti in naravnih ter civilizacijskih nesreč, ne glede na raso, veroizpoved ali politično prepričanje. Leta 1999 je

1 Mateja STARE, dipl. m. s., spec. periop. ZN, Univerzitetni klinični center Ljubljana, Kirurška klinika, Operacijski blok; Zaloška 7, 1000 Ljubljana; mateja.stare@kclj.si

MSF zaradi prizadevanj in zagotavljanja zdravstvene oskrbe na področjih akutnih kriz kot tudi ozaveščanja o humanitarnih katastrofah prejel Nobelovo nagrado za mir. Trenutno po svetu v skoraj 70 državah poteka preko 430 zdravstvenih misij, od tega 50 kirurških.

1.1 REPUBLIKA JUŽNI SUDAN

Republika Južni Sudan je najmlajša, 194. država sveta v Afriki, ki je razglasila svojo neodvisnost od Sudana 9. julija 2011. Razdeljena je na 10 zveznih držav, z glavnim mestom Juba, ki leži na skrajnem jugu, blizu ugandske meje. Zaradi več desetletij trajajoče sudanske državljanske vojne, ki je terjala izgon ali življenja večinoma nedolžnih ljudi, se je MSF že leta 1983 odločili, da pomaga Sudancem s svojimi zdravstvenimi misijami.

V času mojega bivanja v Južnem Sudanu je bilo 14 misij s poudarkom na zdravljenju žensk in otrok. Misije so bile vodene s strani različnih pisarn MSF po svetu, ki jim je bilo skupno, da bi v roku 1 leta prepustili ali zaprli vsaj 50% teh, nekaterih že zelo dolgo trajajočih misij, predvsem zaradi nezainteresiranosti južno-sudanskega Ministrstva za zdravje o izobraževanju lastnih zdravnikov in medicinskih sester ter kasnejšem prevzemu posameznih bolnišnic, ki so vodene s strani MSF.

Nato se je zgodil 15. december 2013, kjer je v glavnem mestu prišlo do silovitih napadov s strani podpornikov predsednika proti podpornikom odstavljene vlade (podpredsednik in vsi ministri), kar je botrovalo izgonu najmanj 15.000 ljudi iz domačega okolja. Begunci so pomoč poiskali v kampusu OZN, kjer pa so naleteli na pomanjkljivo zdravstveno oskrbo. MSF so se tako odločili, da podaljšajo svoje delovanje in še dodatno pomagajo s t.i. »emergency teami«, skupinami zdravstvenih in nezdravstvenih ekip, ki v 24 urah postavijo zasilno bolnišnico in čim prej začnejo nuditi zdravstveno oskrbo. Napadi še zmeraj občasno potekajo in število beguncev je tako vsak dan višje.

Trenutno je v Južnem Sudanu 17 misij, številke o nujni pomoči po 15.12.2013 pa so impresivne (stanje do 13.3.2014):

- 132.107 pregledov (od tega 53.419 otrok do 5 leta),
- 2.945 porodov,
- 4.915 sprejetih na zdravljenje (od tega 3.072 otrok do 5 leta),
- 1.499 zdravljenih zaradi vojnih poškodb,
- 952 velikih kirurških posegov.

V vseh misijah trenutno sodeluje 322 expatov (tujec, ki s svojih strokovnim znanjem nudi pomoč) in 3.364 lokalno zaposlenih ljudi. Za potrebe nujne pomoči po napadih, je bilo odposlanih 289 ton medicinskih in logističnih pripomočkov.

Slika 1. *Humanitarne misije Zdravnikov brez meja v Južnem Sudanu (vir: http://www.msf.org/south-sudan, 14.3.2014).*

2 GINEKOLOŠKO – PEDIATRIČNA KIRURŠKA MISIJA V AWEILU, JUŽNI SUDAN

Od maja do avgusta 2013 sem 13 tednov preživela v mestu Aweil, ki leži na skrajnem severu Južnega Sudana, okoli 100 km od meje z Sudanom. MSF je tukaj prisoten 5 let (zaradi izgona katoliških beguncev iz muslimanskega Sudana) in v času moje misije je prišlo do začetka velikih sprememb o počasni ukinitvi posameznih oddelkov do konca leta 2013. MSF ima v lasti polovico zgrajene bolnišnice (nosečnice, otročnice in pediatrija do 14 let), druga polovica pa je last Ministrstva za zdravje (vsi oddelki za odrasle). Bolnišnica je bila zgrajena postopoma, tako kot so se postopoma odpirali tudi oddelki. Začelo se je z odprtjem oddelka za porodništvo, kateremu je kmalu sledil oddelek za podhranjenost (le za otroke do 5 leta), nato je bolnica pridobila tudi pediatrični oddelek, oddelek za intenzivno terapijo otrok, oddelek za nedonošene, krvno banko in operacijsko sobo. Skupaj 180 postelj, v času izbruha malarije ali kolere se kapacitete lahko povečajo na 250 postelj v zunanjih šotorih. To je tudi največja bolnišnica v svetu MSF misij in zato je tam stalno prisotnih od 20 do 25 expatov, odvisno od potreb dela.

Ob mojem prihodu smo delali v napihljivem šotoru, saj so že pol leta prenavljali zgrajene operacijske prostore. Močno deževje mesec dni kasneje nas je prisililo, da smo se preko noči začasno preselili v porodno sobo, preko dneva pa še v nove, a še ne popolnoma zgrajene operativne prostore. Novi prostori so precej večji in obširnejši kot prejšnji (možnost delovanja dveh operacijskih sob), vendar zgrajeni precej površno in potrebno je bilo odpraviti še veliko napak, da se je izboljšala kakovost našega dela.

Slika 2. *Primeri opeklinskih ran pri otrocih (foto: Mateja Stare).*

Moja misija je bila v osnovi usmerjena v ginekologijo s porodništvom in pediatrijo. Ves čas misije je bil prisoten **ginekolog** (menjava na 4 - 6 tednov), **pediater** (menjava na 6 mesecev; mladi in neizkušeni zdravniki), **anestezijska medicinska sestra** (menjava na 6 tednov), **babica** (menjava na 6 mesecev) in jaz, **operacijska medicinska sestra** (menjava na 3 mesece). Za piko na i, pa je mesca julija prišel na obisk in oceno stanja tudi plastični kirurg in ostal 3 tedne. Zanimiva skupina ljudi iz vseh koncev sveta, ki pa smo se skupaj, v operacijski sobi odrezali odlično. Vsi, razen pediatra in babice (jih je bilo več) smo bili na klic 24/7, kar je zame, ker sem bila tam od vseh najdlje bilo zelo naporno, saj je večino urgenc bilo ponoči, dopoldne pa že novo delo.

Poleg expatov, ki smo delali v operacijski sobi sem delala s timom 12-ih lokalnih medicinskih sester: 1 nadzorno medicinsko sestro (supervizor), 1 anestezijskega tehnika in 10 operacijskih tehnikov. Ob nastopu mojega dela me je čakala kruta resnica, da je teden dni prej odpoved dalo 8 operacijskih tehnikov in tako sem začela misijo s skupino novo sprejetih, ki pa so zaradi pomanjkanja izobraževalnih inštitucij bili brez kakršnegakoli medicinskega znanja. Tako mi ni preostalo nič drugega, kot da sem bila ves čas prisotna v operacijski sobi, saj ob delu naučiti nekoga, ki ima 6-letno osnovno in 2-letno srednjo šolo ni enostavno. Velikokrat je prišlo do smešnih, kaotičnih, stresnih, žalostnih in nenavadnih situacij, kjer pa se je pogovorno, da smo Slovenci »deloholiki« še kako obneslo. Razpis službe, grajanje, učenje, naročanje materiala, čiščenje prostorov in kirurških instrumentov, instrumentiranje, odpuščanje ljudi, organiziranje dela, okraševanje novih prostorov, pregledovanje urejenosti, sterilizacija, asistiranje pri operacijah, podpora kirurgom, previjanje ran na oddelku, selitev…. in še bi lahko naštevala, je bil moj vsakdanjik, ki se je skrival pod bleščečim nazivom »OT manager«. Šele ko sem končala misijo sem razumela zakaj so štiri moje predhodnice izgorele in zakaj je moja naslednica po 1 tednu že bila na bolniški.

Slika 3. *Zamotitev otroka med prevezo na nogi in oskrba zlomljene noge (foto: Mateja Stare).*

3 ZAKLJUČEK

V mesecu dni smo operirali povprečno 200 žensk in otrok. Najpogostejše so bile preveze opeklinskih ran v anesteziji (opekline z ognjem ali vrelo vodo, saj tam ni elektrike), nato carski rezi (Dinka ženske imajo nenavadno anatomijo trebuha, so zelo visoke in suhe), manjše operacije na otrocih (šivi ran, oskrba zlomov, piki kač, evakuacija abscesov) in ginekološke operacije (histerektomije, odstranitev polipov, porod v operacijski sobi). V času plastičnega kirurga, pa smo operirali otroke, ki so potrebovali kirurško rekonstrukcijo po opeklinskih brazgotinah in v sodelovanju s »sosednjo« bolnico operirali tudi na odraslih (laparotomije, kile).

Slika 4. *Anatomija ženskega trebuha in carski rez (foto: Mateja Stare).*

Čeprav je 3 mesece v Južnem Sudanu minilo izjemno hitro, pa je čas ko sem se vrnila domov mineval zelo počasi. Utrujenost, fizična in psihična, se je pokazala že kmalu po vrnitvi in trajalo je kar nekaj mesecev, da sem prišla nazaj v rutino, ki sem jo bila vajena od prej.

Slika 5. *Ženski del ekipe lokalno zaposlenih (foto: Mateja Stare).*

POSEBNOSTI OPERACIJSKE ZDRAVSTVENE NEGE PRI VSTAVITVI UMETNEGA SRCA

Mateja PUŠNIK[1], Magdalena HROVAT[2]

Izvleček

Umetno srce (TAH - Total Artificial Heart) predstavlja eno od zadnjih možnosti zdravljenja za paciente s končno odpovedjo srca, kjer so ostale možnosti zdravljenja že izčrpane.

Leta 2011 so na Kliničnem oddelku za kirurgijo srca in ožilja Univerzitetnega kliničnega centra Ljubljana opravili prvo vstavitev umetnega srca.

Umetno srce in podporni sistemi srca so naprave, katere so začeli razvijati strokovnjaki že v 60ih letih prejšnjega stoletja.

Prof. Denton A. Cooley je leta 1969 prvi vstavil umetno srce 47 letnemu pacientu za 64ur in tako omogočil premostitev do presaditve (Bridge To Translpant), zato še danes takšen način zdravljenja imenujemo tudi kot most do presaditve srca.

Ključne besede: *podporni sistemi srca, umetno srce, presaditev srca, zdravstvena nega*

1 UVOD

Zdravje srca odloča o življenju in smrti. Srce ima v ljudskem pojmovanju veljavo posebnega organa in podobno velja za položaj srčne kirurgije med medicinskimi strokami.

»Prvo se zgane, zadnje umre, so spoštljivo rekli o srcu stari embriologi in anatomi«, je zapisal akademik in predsednik Slovenske akademije znanosti in umetnosti Jože Trontelj ob slavnostni 50. Obletnici delovanja srčne kirurgije v Sloveniji *(Zupančič Slavec 2008)*.

Pomemben član ekipe pri vseh operativnih posegih, ki se opravljajo na področjih kirurgije je tudi operacijska medicinska sestra (OPMS), ki zagotavlja s svojim strokovnim znanjem in delovnimi izkušnjami doprinos k uspehu timskega dela.

1 Mateja PUŠNIK, sms, uni. dipl. soc., Univerzitetni klinični center Ljubljana, Kirurška klinika, Operacijski blok; Zaloška 7, 1000 Ljubljana; matejapus@gmail.com

2 Magdalena HROVAT, zt, Univerzitetni klinični center Ljubljana, Kirurška klinika, Operacijski blok; Zaloška 7, 1000 Ljubljana; magda.hrovat22@gmail.com

Bolezni srca in ožilja (BSO) so vzrok za največjo umrljivost v zahodnem svetu in Evropi, saj zaradi njih umre približno dva milijona prebivalcev na leto (40 % vseh umrlih), prav tako predstavljajo veliko finančno obremenitev zdravstvenih sistemov v Evropski uniji in svetu.

Podporni sistemi srca in umetno srce predstavljajo kratkoročno rešitev za paciente s srčnim popuščanjem in paciente s končno odpovedjo srca, saj lahko v bolnišnici ali v domači oskrbi čakajo na uspešno presaditev srca.

2 ZGRADBA SRCA

Srce je votla mišica, velika kot stisnjena pest. Leži v prsnem košu in je malo pomaknjena v levo stran. Najpomembnejša mišica v telesu se od rojstva do smrti nenehno krči in razteza ter po telesu pošilja hrano v obliki s kisikom obogatene krvi. Srce je sestavljeno iz dveh polovic, vsaka od teh dveh polovic pa je razdeljena še na zgornji del ali preddvor (atrij) in na spodnji del ali prekat (ventrikel). Zgornji in spodnji del srca povezujejo zaklopke, ki se med utripi odpirajo in zapirajo ter tako preprečujejo, da bi kri odtekala nazaj. Zaklopka med levim preddvorom in prekatom se imenuje mitralna ali bikuspidalna zaklopka, ker ima dve loputki, v desni polovici srca pa leži trikuspidalna zaklopka s tremi loputkami, drugi par zaklopk pa predstavljata aortna in pljučna zaklopka. Ko se prekata skrčita, se pljučna in aortna zaklopka odpreta, da steče kri naprej, ko se ti zaklopki zapreta, se odpreta mitralna in trikuspidalna zaklopka ter omogočita, da steče kri iz preddvorov v prekata. Zapiranje srčnih zaklopk oddaja srčne tone, ki jih slišimo kot utripanje srca.

Srce oskrbuje sebe in telo s krvjo, ki jo dobiva po dveh koronarnih arterijah, ki ju ločimo v levo in desno koronarno arterijo. Arteriji izhajata iz aorte in kot nekakšen venec obkrožata srce *(Martini 2006)*.

3 NAPREDOVALO SRČNO POPUŠČANJE

»Srčno popuščanje« ali kardiomiopatija je bolezen, pri kateri srce vedno težje zagotavlja učinkovito prekrvavitev organov in tkiv. Bolno srce ne more več učinkovito črpati krvi po telesu. Posledica srčnega popuščanja je zastajanje tekočine v žilah, pljučih, trebuhu in nogah. Srčno popuščanje je bolezen celotnega organizma in ne le srca, saj so zaradi slabše prekrvavitve prizadeti številni organi in tkiva. Pacienti to občutijo kot zmanjšano telesno zmogljivost, težje dihanje in otekanje nog in trebuha. Pojavnost srčnega popuščanja v razvitem svetu narašča in počasi že dosega razsežnosti epidemije *(Vrtovec 2008)*.

Srčno popuščanje nastane največkrat zaradi oslabljenega delovanja srčne mišice, virusne okužbe srčne mišice (miokarditis - veliko primerov zaradi nepravilnega uživanja trdih drog, populacija v povprečju 27 let) ali pa zaradi posledice akutnega miokardnega

infarkta. Med dejavnike tveganja spadajo še kajenje, debelost, telesna neaktivnost, alkohol in visoke vrednosti holesterola v krvi. Ločimo več stopenj srčnega popuščanja glede na težave, ki jih ima pacient.

Tabela 1. *Newyorška razvrstitev srčnega popuščanja (vir: Heart Failure Society of America 2006).*

NYHA razred I	*Normalni napori ne povzročajo prekomerne utrujenosti ali težav z dihanjem. V mirovanju ni težav.*
NYHA razred II	*Blaga omejitev telesne aktivnosti. Normalni telesni napori povzročajo prekomerno zadihanost in utrujenost. V mirovanju ni težav.*
NYHA razred III	*Pomembna omejitev telesne aktivnosti. Že minimalni napori povzročajo hitro utrujenost in prekomerno zadihanost. V mirovanju ni težav.*
NYHA razred IV	*Težave z dihanjem se pojavljajo že v mirovanju in se okrepijo pri minimalni telesni aktivnosti.*

3.1 ZDRAVLJENJE SRČNEGA POPUŠČANJA

Pri novo ugotovljenem srčnem popuščanju je potrebno najprej zdravljenje z zdravili, kjer je pomembna kombinacija le-teh. Pri pacientih z napredovalim srčnim popuščanjem (NSP), ki so v razredu NYHA III ali NYHA VI pa je bolezen že toliko napredovala, da so samo zdravila premalo za učinkovito zdravljenje. Pacienti z NSP so v zelo slabem fizičnem stanju, imajo težave z dihanjem pri kratkotrajni hoji, hoja po stopnicah skoraj ni mogoča.

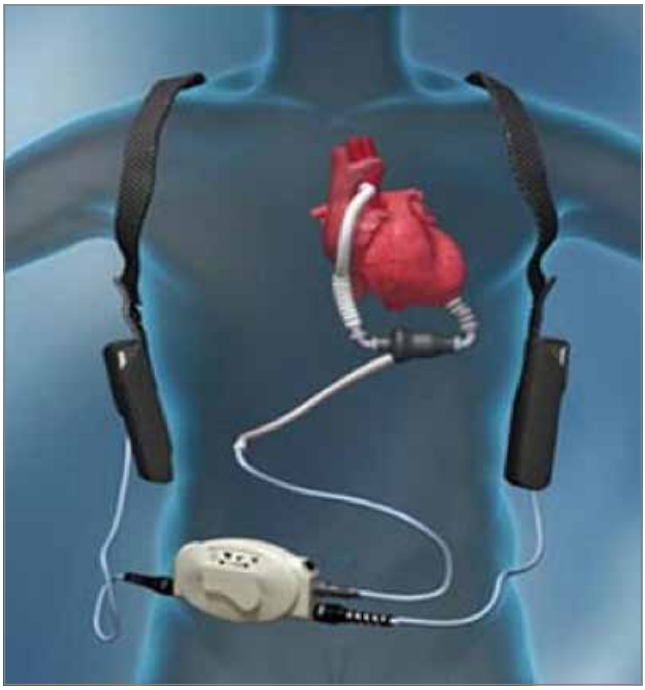
Pacienti s tovrstnimi simptomi poleg zdravil zdravimo še z drugimi metodami, kamor sodijo zdravljenje s krvotvornimi matičnimi celicami, z resinhronizacijskim srčnim spodbujevalnikom, z mehansko podpornimi sistemi in s presaditvijo srca *(Vrtovec 2008)*.

3.2 MEHANSKA PODPORA SRCU (HM II)

Na trgu je veliko različnih naprav, ki se uporabljajo za zdravljenje napredovalega srčnega popuščanja, da v celoti ali delno nadomestijo funkcijo srca. Obtelesne naprave, ki so namenjene kratkoročno, se uporabljajo pri pacientih, ki okrevajo po srčnem infarktu ali po srčni operaciji. Namen znotrajtelesnih naprav pa je dolgoročna uporaba, lahko več mesecev ali let, dokler jo pacient potrebuje. Na trgu so različni tipi naprav, katero se bo uporabilo pri pacientu, pa je odvisno od osnovne bolezni srca. V Sloveniji se uvajajo

podporne naprave že dolgo obdobje, javnosti znana in odmevna je bila naprava, ki se imenuje HeartMate II (v nadaljevanju HM II). Pacient, ki ima vgrajeno HM II podporno napravo, je danes v dobrem fizičnem stanju in je sposoben opravljati različna fizična opravila in dela, medtem ko je bil pred operacijo na aparatih, ki so mu omogočala dihanje in vzdrževanje osnovnih življenjskih funkcij.

Danes je v Sloveniji pet pacientov, katerim dolgoročna mehanska podpora (HM II) omogoča boljše zdravstveno stanje. Naprava lahko služi kot »most do ozdravitve« (Bridge to recovery) ali kot vrsto zdravljenja pri pacientih, ki čakajo na presaditev srca, da premostijo čas, ko čakajo na primeren organ (»most do presaditve« - Bridge to transplant). Pacientov, ki so potrebni takšnega načina zdravljenja, je vse več, ker gre za bolezen, katere pogostost narašča (smrtnost je večja kot pri pacientih z rakom), zato je edini končni način zdravljenja napredovalega srčnega popuščanja presaditev srca. Problem pa je, ker ni dovolj organov za presaditev. V Sloveniji bi vstavitev tega aparata potrebovala dva pacienta na leto, vendar obstajajo finančne omejitve, saj naprava stane okrog 120.000 €. V svetu so vsadili več kot 3600 naprav, ki omogočajo dolgotrajni podporni sistem, v Evropi okrog 1000. S pomočjo dolgotrajnih podpornih sistemov se je preživetje pacientov, ki je bilo prej 10 %, zdaj povečalo na 70 % *(Kneževič 2010)*.



Slika 1. *HeartMate II (vir: dBTechno, 2011).*

3.3 UMETNO SRCE (TOTAL ARTIFICAL HEART)

Leta 1969 je priznani ameriški kirurg Denton A. Cooley prvi v svetu uspešno vgradil umetno srce 47 letnemu pacientu, kar mu je omogočalo preživetje do presaditve srca. Prve pionirske raziskave na področju razvoja srčnih podpornih sistemov in umetnih src segajo v začetek 60ih na univerzitetni kliniki Baylor.

Leta 2010 je bilo v ZDA 77 centrov, kateri se ukvarjajo z operativnimi posegi vstavitve umetnega srca, od leta 2010 do februarja 2013 je število naraslo samo v ZDA na 142 centrov *(Syncardia system, 2014)*.

V Kliničnem centru (KC) Ljubljana je bila prva vstavitev umetnega srca izvedena leta 2011. Do danes so bili v KC Ljubljana vgrajeni trije sistemi umetnega srca, dva pacienta sta rehabilitirana in sta uspešno prestala čas do presaditve srca, tretji pacient pa žal ni preživel po operaciji presaditve srca.

Syncardia TAH sistem se uporablja kot premostitev do presaditve srca. Indiciran je pri pacientih, kjer ni kontraindikacij za presaditev srca. Uporabljamo ga pri pacientih z napredovalim srčnim popuščanjem razred D, ki imajo biventrikularno odpoved in pri pacientih z akutno odpovedjo levega prekata, kjer je mehanska podpora levega prekata kontraindicirana (pomembna aortna regurgitacija, obsežen intraventrikularni tromb, obsežen akutni miokardni infarkt, kjer je vstavitev LVAD podpornega sistema kontraindicirana, postinfarktni ventrikularni septum defekt, kateri ni primeren za kirurško zdravljenje).

Kontraindikacije za vstavitev sistema TAH so naslednje: pacient ni kandidat za presaditev srca, akutna okužba ali sepsa, razdalja med hrbtenico in prsnico ne sme biti manjša kot deset centimetrov (zaradi velikosti sistema), kontraindikacije za antikoagulantno zdravljenje z Varfarinom, nedavna krvavitev v centralni živčni sistem, napredovala okvara ledvic, jeter ali pljuč.

Smernice za uporabo umetnega srca so usklajene z mednarodnimi smernicami na tem področju. Vsi kandidati za vstavitev umetnega srca so predstavljeni na interdisciplinarnem transplantacijskem konziliju, ki potrdi ali ovrže primernost pacienta za ta način zdravljenja. Po opravljenih vseh preiskavah, katere določi kardiolog je pomembna tudi psihološka priprava pacienta in svojcev, ker je po operativnem posegu potrebno nazorno skrbeti in spremljati napravo, katera pacientu trenutno omogoča življenje. Priprava pacienta na takšen poseg je zahtevno in odgovorno delo za zdravstvene delavce, potrebno je naučiti pacienta in svojce pravilnega rokovanja z napravo, ki deluje po nastavitvah, v primeru, da bi prišlo do napake, poškodbe ali drugih težav je potrebna takojšnja intervencija pacienta z reševalnim vozilom v bolnišnico, pacient gre neposredno na Oddelek za kardiologijo, kjer so o nastalih težavah že obveščeni in lahko pacientu takoj pomagajo in hkrati znajo

odpraviti vzroke napake ali težave s sistemom. Potrebno je predhodno izobraževanje kompletnega tima zdravstvenega osebja, ki sodeluje pri operativnem posegu vstavitve umetnega srca in tima, ki skrbi za pacienta po operativnem posegu *(Andročec, 2012)*.

Slika 2. *Celotno umetno srce (vir: SynCardia Systems, 2011).*

TAH sistem je sestavljen iz notranjega in zunanjega dela. Notranji del sestavlja implatabilna biventrikularna naprava, ki nadomesti nativne ventrikle in zaklopke, kri črpa v pulmonalke in sistemsko cirkulacijo. Zunanji del pa sestavlja Companion Driver System, oziroma pogonska enota Companion 2, bolnišnični voziček in izhodni cevki. V komplet je vključena tudi pomožna ročna črpalka, ki je namenjena izključno samo za nujno uporabo, kadar pomožna pogonska enota ni na voljo. Za minutni volumen srca jo je potrebno črpati 110-x *(Syncardia Systems, 2011)*.

Ena od pomembnih značilnosti umetnega srca je, da sta frekvenca srca in pretok krvi nekoliko povečani, kar zmanjša tveganje za nastanek strdkov, pritiski pa naj bi bili podobni naravnemu krvnemu tlaku *(Syncardia Systems, 2011)*.

4 VLOGA OP MS PRI VSTAVITVI UMETNEGA SRCA

4.1 PRIPRAVA OPERACIJSKE SOBE, MREŽ S KIRURŠKIMI INŠTRUMENTI, MEDICINSKO-TEHNIČNIH NAPRAV, ZDRAVSTVENO-NEGOVALNE DOKUMENTACIJE

OP MS pripravi in preveri potrebne aparature, mreže kirurških inštrumentov, šivalni in obvezilni material, hkrati pa usklajuje svoje delo tudi z ekipo perfuzionistov in strokovnjakov iz tujine, ki so prisotni pri vsaki vstavitvi podpornih sistemov in umetnega srca.

Za poseg je potrebno pripraviti mreže kirurških inštrumentov, ki vsebujejo vse, od osnovnega inštrumentarija do specialnih inštrumentov, ki jih uporabljamo samo za srčne operacije (žilne prijemalke, prijemalke za cevi za zunajtelesni krvni obtok, dodatni inštrumenti namenjeni osteosintezi prsnega koša).

Naloga OP MS pri operativnem posegu je tudi beležiti količino porabljenega obvezilnega in šivalnega materiala ter izpolnjevanje zdravstveno - negovalne dokumentacije (preglednica kirurške dejavnosti, kirurški varnostni kontrolni seznam, inštrumentarski protokol...).

4.2 PRIPRAVA PACIENTA

OP MS sodeluje pri nameščanju pacienta v optimalen operativen položaj, pacient leži na hrbtu, obe roki ima nameščeni ob telesu. Za pacientovo varnost poskrbimo z namestitvijo zaščitnega pasu. Nevtralno elektrodo za uporabo elektrokirurškega noža se namesti na desno glutealno mišico. Rjuha pod pacientom mora biti skrbno poravnana, ker je zaradi večurnega operativnega posega in grelne blazine, ki je nameščena na operacijsko mizo, pacient še posebej ogrožen za nastanek razjede zaradi pritiska.

Področje operativnega polja zajema večji del telesa, od sredine vratu do kolen. Na celotnem operativnem polju je potrebno odstraniti dlake po standardu Priprave operativnega polja. Celotno operativno polje razkužujemo z obarvano raztopino 2% Chlorhexidin digluconata.

Operativno polje pokrivamo z univerzalnim setom in setom namenjenim za operativne posege na odprtem srcu (ojačana rjuha z jodovo incizijsko folijo in s stranskimi žepi, ki so namenjeni zbiranju tekočine).

4.3 AKTIVNOSTI OP MS PRI VSTAVITVI UMETNEGA SRCA

Umita OP MS prešteje obvezilni material in kirurške inštrumente ter nenehno skrbi in zagotavlja aseptičen potek operativnega posega.

Po prekritju operativnega polja in priključitvi ročnika za elektrokoagulacijski nož, priključimo tudi aparat za zbiranje in vračanje krvi (Cell saver).

Med operativnim posegom se vključuje v multidisciplinarno komunikacijo, ki vključuje kirurško in anestezijsko ekipo, ekipo perfuzionistov ter zunanjih strokovnjakov, ki so specializirani za pravilno delovanje in programiranje umetnega srca. Po končanem operativnem posegu preštejemo ves obvezilni in šivalni material.

Pri vstavitvi umetnega srca ostane prsni koš pacienta odprt do 24 ur in več, zaradi velike možnosti tamponade srca, hkrati ostanejo v prsnem košu tamponirane velike trebušne komprese, katere so prekrite z veliko incizijsko jodovo folijo, ki preprečujejo okužbo kirurške rane ter omogočajo nadzor nad hemostazo v prsnem košu in uspešnost retrosternalne aktivne drenaže.

OP MS ima pomembno vlogo pri pokrivanju kirurške rane, ki zaradi dveh izhodnih cevi, kateri omogočata delovanje umetnega srca in sta ključnega pomena za življenje pacienta, zahteva še posebej natančno in strogo aseptično oskrbo kirurške rane.

Po končanem operativnem posegu OP MS v sodelovanju z ostalimi člani operativnega tima sodeluje pri prelaganju pacienta z operacijske mize na pacientovo posteljo. Vsi udeleženi morajo skrbno paziti, da ne pride do poškodbe ali izpada cevi, ki ohranjajo pacienta pri življenju.

5 PRESADITEV SRCA

Predstavlja metodo zdravljenja srca, za katero se odločimo, ko so izčrpane vse ostale možnosti zdravljenja, pri tem pa se pacientu zdravstveno stanje slabša. V Sloveniji je trenutno kar 17-krat večje povpraševanje, kot je ponudba, zato je zelo pomembno, da se tisti organi, ki so na voljo, uporabijo najbolj optimalno. Preden se posameznika uvrsti na čakalno listo, je potrebno opraviti vrsto pregledov in preiskav, s katerimi se natančno opredeli, za kakšno stopnjo popuščanja srca gre. Opredeliti je potrebno tudi stopnjo nujnosti za presaditev organa. Po vseh preiskavah pacienta predstavi njegov kardiolog na transplantacijskem konziliju, kjer so zbrani vsi strokovnjaki, ki se ukvarjajo s transplantacijsko dejavnostjo in ki so nosilci te dejavnosti: transplantacijski kardiolog, lečeči kardiolog, kardiokirurg, ki opravi operativni poseg presaditve in anesteziolog. Po

konziliju je posameznik uvrščen na listo čakajočih za presaditev srca, medtem pa čaka na operativni poseg v domačem okolju. V primeru hude prizadetosti pacient na nujno operacijo čaka v bolnišnici, kjer izvajajo transplantacijsko dejavnost, v Sloveniji samo KC v Ljubljani *(Vrtovec 2008)*.

V Sloveniji smo pričeli s programom presaditve srca v letu 1990 in od takrat je bilo opravljenih 108 presaditev, leta 2009 je bilo opravljenih kar 18 presaditev, leta 2010 pa 19 presaditev. Na milijon prebivalcev je to 9,5 presaditev, kar je trenutno največ na svetu. V ZDA naredijo 7 presaditev na milijon prebivalcev, v Avstriji okoli 6, v Nemčiji pa pod 6.

Preživetje pacientov po presaditvi srca je pri nas primerljivo s svetovnim povprečjem, enoletno preživetje po presaditvi srca je skoraj 90 %, povprečno pa preživijo 11 do 13 let.

Problem, zaradi katerega presajeno srce ne opravlja svoje funkcije 30 ali 40 let, je vaskulopatija. Gre za proces, ko celice iz okolice preraščajo skozi vene in arterije na presajenem srcu. Poznamo nekatere vzroke za nastanek in napredovanje vaskulopatije, ki se omili z ustrezno terapijo *(Kneževič 2010)*.

Presaditev srca zagotavlja visoko preživetje in dobro kakovost življenja, vendar pa je problem v premajhnem številu dajalcev in velikem številu obolelih, ki potrebujejo presaditev:

- 1-letno preživetje: 86 %,
- 5-letno preživetje: 71 %,
- 10-letno preživetje: 46 % *(ISHLT, 2011)*.

6 ZAKLJUČEK

V vsakodnevni praksi se število pacientov, ki potrebujejo mehanski podporni sistem nenehno povečuje, hkrati se povečuje število pacientov, ki potrebujejo presaditev srca, vendar problem predstavlja dejstvo, da ni na razpolago zadostno število darovalcev srca, zato so vmesni mehanski podporni sistemi in popolnoma umetno srce, dragocena možnost za posameznika.

V novejših eksperimentalnih različicah je v umetno srce vgrajeno veliko varovalnih mehanizmov, kateri bodo samodejno poskrbeli za to, da bi se umetni organ, tako kot fiziološki prilagajal različnim potrebam po kisiku in drugim procesom v organizmu.

Za OPMS je sodelovanje pri tovrstnih operativnih posegih velik izziv, hkrati predstavlja možnost nenehnega izpopolnjevanja, učenja novih spretnosti in veščin, omogoča pa ji tudi osebno rast in samoaktualizacijo.

Znani in priznani srčni kirurg prof. dr. Igor Gregorič pravi »Vse to so prava idealna simbioza med mehansko elektronsko napravo iz kovine in plastike ter človekovim organizmom«.

Literatura

1. *Andročec V. Srčno popuščanje. 2012. Dostopno prek: http://www.krka.si/media/doc/si/vsvz/2013/VSVZ_Sr%C3%84%C5%A4no_popu%C4%B9%CB%87%C3%84%C5%A4anje.pdf (20.3.2014).*
2. *dBTechno. FDA Approves Smaller Thoratec HeartMate II, Heart Pumping Device. Dostopno prek: http://www.dbtechno.com/health/2008/04/22/fda-approves-smaller-thoratec-heartmate-ii-heart-pumping-device/ (16. julij 2011).*
3. *Ishlt.org. The international Society for Heart and Lung Transplantation. Dostopno prek: http://www.ishlt.org/links/transplantRelatedOrganizations (15. oktober 2011).*
4. *Lorenčič M. Pacientu z opešanim srcem vstavili napravo, ki prečrpava kri. Dnevnik (7. januar). Dostopno prek: http://www.dnevnik.si/novice/zdravje/1042328096 (16. julij 2011).*
5. *Heart Failure Society of America. 2006. The Stages of Heart Failure NYHA Classification. Dostopno prek: http://www.abouthf.org/questions_stages. (15. november 2011).*
6. *Pahor M. Zdravstvena sociologija. Teorija in praksa 36(6):36-45.*
7. *Poglajen G, Andročec V. Presaditev srca. Program za napredovalo srčno popuščanje in transplantacijo srca. Ljubljana: Klinični oddelek za kardiologijo, Univerzitetni klinični center; 2011.*
8. *SynCardia Systems, Inc. The Total Artificial Heart Image Library. Dostopno prek: http://www.syncardia.com/Media/total-artificial-heart-photos.html (29. oktober 2011).*
9. *SynCardia Systems, Inc. We take quality of heart. Dostopno prek http://www.syncardia.com/2014-press-releases/new-smaller-syncardia-total-artificial-heart-will-expand-life-saving-therapy-to-all-adults-many-adolescents/itemid-1658.html (22.3.2014).*
10. *Vrtovec B, Hunt SA. Advanced Chronic Heart Failure and Heart Transplantation. A Guide to Clinical Decision - Making. Dostopno prek: http://www.slo-heart.org/e_files/vsebina/Heart%20TX_homepage.pdf (10. septetmber 2011).*

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

***Andreja KUŠTER*[1]**

Izvleček

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

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

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

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

Ključne besede: *bariatrična kirurgija, morbidna debelost, pacient*

1 Andreja KUŠTER, dipl. m. s., Splošna bolnišnica Slovenj Gradec, Dnevna bolnišnica operativnih strok; Gosposvetska cesta 1, 2380 Slovenj Gradec; opms30@gmail.com

1 UVOD

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

Morbidna debelost je kronična presnovna bolezen, za katero je značilno čezmerno kopičenje maščevja v telesu. Povzroča motnje v telesnih funkcijah in presnovnih procesih, zmanjšuje življenjsko kakovost, povečuje zbolevanje za številnimi boleznimi in skrajšuje življenjsko dobo. Z njo so še vzročno povezane dodatne zdravstvene težave, ki neposredno ogrožajo življenje kot so visok krvni tlak, sladkorna bolezen, visok nivo holesterola v krvi, visok nivo lipidov v krvi, bronhitis, obremenitev kolkov, kolen in drugih sklepov, psihične težave, depresija, gastroezofagealna refluksna bolezen (GERB), žolčni kamni, težave s ščitnico, osteoporoza, neplodnost, apneja v spanju (sleep apnea), razne alergije. Zanjo je značilen indeks telesne mase (ITM) nad 40 *(Buchwald H, 2014)*.

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

2 PRIPOROČLJIVOST KIRURŠKEGA ZDRAVLJENJA

Bistveno daljše je 5 letno preživetje operiranih kot neoperiranih. Za 89% se zmanjša tveganje smrtnosti v petih letih, če bolezensko debele operiramo. Zadnje študije so pokazale, da je umrljivost operiranih pacientov le 0,68%, pri neoperiranih pacientih pa je narasla umrljivost na 6,17% *(Christou NV, 2004)*.

2.1 IZBIRA VRSTE POSEGA

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

2.2 METODE

2.2.1 RESTRIKTIVNE METODE (ADJUSTABLE GASTRIC BAND, GASTRIC PLICATION, SLEEVE GASTRECTOMIA, VERTICAL BANDED GASTROPLASTY)

Z njimi zmanjšamo prostornino želodca, pri čemer se reducira vnos hrane.

2.2.2 MALABSORPTIVNE METODE (BILIOPANCREATIC DIVERSION, BPD WITH DUODENAL SWITCH)

Z njimi zmanjšamo površino želodca, na kateri se hranila in z njim kalorije vsrkavajo v kri, pri čemer se malo zmanjšajo vnos hrane in zelo zmanjša absorpcija.

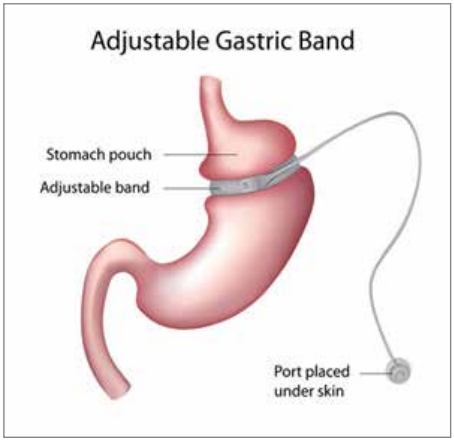
2.2.3 KOMBINACIJA OBEH (GASTRIC BYPASS ROUX-EN Y, MINI (OMEGA) GASTRIC BYPASS, DUODENAL SWITCH)

Z njimi se reducira vnos hrane in zmanjša absorpcija.

3 VRSTE OPERATIVNIH POSEGOV

3.1 PRILAGODLJIVI ŽELODČNI TRAK (ADJUSTABLE GASTRIC BAND)

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



Slika 1. *Adjustable Gastric Band (vir: http://thebariatricsurgeryresource.com).*

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

Prilagajanje traku se izvede s posebno iglo in vbrizgavanjem tekočine skozi rezervoar po cevčici v balon traku. Prva polnitev traku je praviloma po 6-ih tednih, 1- 2 ml. Za naslednje polnitve se sproti dogovarjamo.

3.1.1 ZAPLETI, KI LAHKO NASTOPIJO PO VSTAVITVI TRAKU

- Puščanje sistema,
- infekt,
- dilatacija,
- obstrukcija,
- bruhanje,
- zaprtje,
- zdrs traku,
- migracija traku *(Miller K, 2014)*.

3.1.2 POOPERATIVNI REZULTATI V SPLOŠNI BOLNIŠNICI SLOVENJ GRADEC

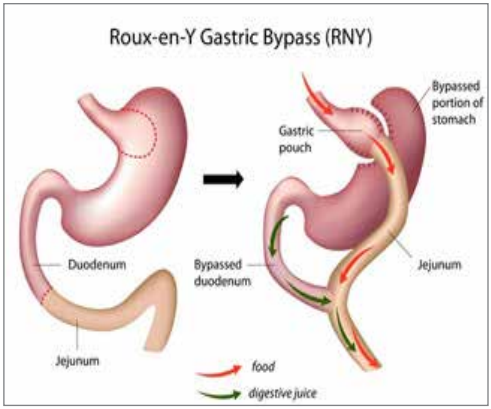
Prvi prilagodljivi želodčni trak smo vstavili 4. maja 2005. Do sedaj smo vstavili že 317 prilagodljivih želodčnih trakov. Podatke smo povzeli konec meseca januarja 2014.

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

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

3.2 ŽELODČNI OBVOD (GASTRIC BYPASS)

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



Slika 2. *Roux-en-Y- Gastric ByPass (vir: http://thebariatricsurgeryresource.com).*

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

3.2.1 MOŽNI ZAPLETI

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

3.2.2 POOPERATIVNI REZULTATI V SPLOŠNI BOLNIŠNICI SLOVENJ GRADEC

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

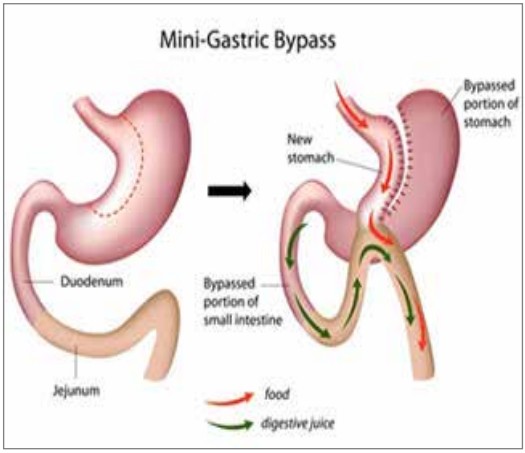
Tabela 2. *Število operirancev z obvodom in povprečna izguba TT po letih.*

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

3.3 MINI (OMEGA) ŽELODČNI OBVOD (MINI (OMEGA) GASTRIC BYPASS)

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

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



Slika 3. *Mini Gastric ByPass (vir: http://thebariatricsurgeryresource.com).*

3.3.1 PREDNOSTI

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

Dolgoročni rezultati hujšanja so povsem primerljivi z rezultati hujšanja po klasičnem bypassu. 2 leti po operaciji se pričakuje 30 - 35% izgubo odvečne telesne teže *(Duke Medicine, 2014)*.

3.3.2 POOPERATIVNI REZULTATI V SPLOŠNI BOLNIŠNICI SLOVENJ GRADEC

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

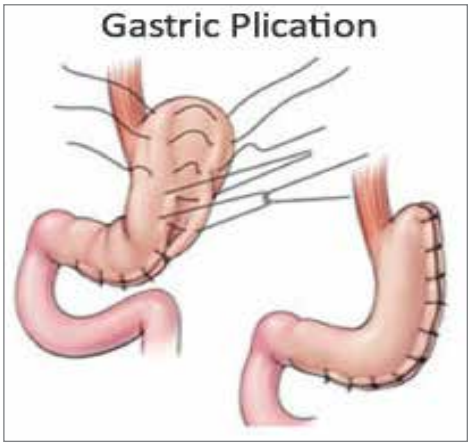
Tabela 3. *Število operirancev z obvodom in povprečna izguba TT po letih.*

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

3.4 PREŠITJE ŽELODCA – PLIKACIJA

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

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



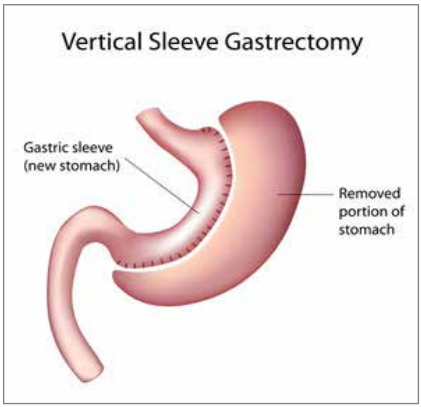
Slika 4. *Gastric Plication (vir: http://thebariatricsurgeryresource.com).*

3.4.1 POOPERATIVNI REZULTATI V SPLOŠNI BOLNIŠNICI SLOVENJ GRADEC

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

3.5 ROKAVAST IZREZ - LAPAROSCOPIC SLEEVE GASTRECTOMY

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



Slika5. *Vertical Sleeve Gastrectomy (vir:http://thebariatricsurgeryresource.com).*

3.5.1 MOŽNI ZAPLETI

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

3.5.2 POOPERATIVNI REZULTATI V SPLOŠNI BOLNIŠNICI SLOVENJ GRADEC

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

4 DIETA

Že pred samim posegom začnejo pacienti z dieto. Posebna dieta sledi po posegu, ki jo predpiše kirurg in dietetičarka. Pacienti prejmejo natančen dietni načrt s potrebnimi in nujnimi nasveti kirurga s sodelovanjem dietetičarke. Prve 4 tedne uživajo zgolj tekočo hrano (čiste juhe, čaj, bela kava, sadni in zelenjavni sokovi, negazirane, nesladkane pijače, tekoči jogurti…), v manjših količinah, večkrat na dan. Nadaljnja dva tedna lahko začnejo uživati majhne porcije kašaste hrane. Kasneje se dieta postopno dopolnjuje z običajno hrano. Te postopne spremembe prehrane so pomembne, da se telo lahko zaceli.

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

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

- **Jej v malih količinah.**
  Ker se je velikost želodca spremenila, morajo pacienti zmanjšati tudi vnos hrane.
- **Dobro prežveči in požiraj samo dobro prežvečeno hrano.**
  Potrebujejo več časa za žvečenje in hranjenje.
- **Nikoli ne jej in pij istočasno.**
  Bolje je, da pijejo med posameznimi obroki ali pred obrokom. Običajna in zaželena količina popite tekočine na dan je 2 do 3 litre.
- **Ne počivaj ali leži po obroku.**
  V ležečem položaju je refluks želodčne vsebine pogostejši.
- **Jej 5 krat na dan, brez vmesnih prigrizkov.**
  Večkratni, manjši obroki dnevno povečajo izbor hrane, zadovoljijo potrebe po vitaminih, mineralih in proteinih in preprečijo nenadne napade lakote.
- **Pazi na bogato kalorične pijače.**
  To so vroča čokolada, razni mlečni napitki in sokovi. Dovoljene pijače: negazirana mineralna voda, kava, čaj, razredčeni sadni in zelenjavni napitki.

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

5 ZAKLJUČEK

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

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

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

Literatura

1. American Society for Bariatric Surgery. Rationale for the surgical treatment of morbid obesity. 1998. Dostopno na: http://www.asbs.org/html/ration.html (20.01.2014).
2. Avbelj M,eds. Prevalenca čezmerne prehranjenosti in debelosti med pet let starimi otroki in 15 oziroma 16 let starimi mladostnicami in mladostniki v Sloveniji. Dostopno na: http://www.vestnik.szd.si/st5-12/753-759.pdf (20.01.2014).
3. Buchwald H, Avidor Y, Braunwald E, eds. Bariatric surgery. A systematic review and meta-analysis. JAMA 2004 october; 292(14):1728. Dostopno na: http://www.iotf.org/media/iotfmar17.pdf (21.01.2014).
4. Christou NV, Sampalis JS, Liberman M eds. Surgery Decreases Long-Term Mortality, Morbidity, and Health Care Use in Morbidly Obese Patients. Annals of Surgery 2004;240(3):416-24.
5. Fitch K, Pyenson B, Abbs S eds. Milliman Research Report: Obesity: A Big Problem Getting Bigger 2004 March.
6. I.F.S.O. Patient Selection for Bariatric Surgery Dostopno na: http://www.obesity-online.com/ifso/ifso-selection.htm. (18.01.2014).
7. Manson JE, Willey WC, Stampfer MJ eds. Body weight and mortality among women. N Engl J Med 1995; 333: 677-85.
8. Miller K. Patient information-morbid obesity. Dostopno na: http://www.miller.co.at/default.htm (19.01.2014).
9. Strah C., Manger T. Complications After Gastric Banding – Results in Germany. 2010; pp 429-438. Dostopno na: http://www.link.springer.com/chapter/10.1007/978-3-642-11541_7-55 (21.01.2014).
10. http://www.dukehealth.org/services/weight_loss_surgery/care_guides/bariatric_surgery_diet_manual/the_recommended_diet_following_bariatric_surgery (25.01.2014) .
11. http://www.mayoclinic.com/health/gastric-bypass-diet/my00827 (25.01.2014) .
12. http://thebariatricsurgeryresource.com (18.01.2014).
13. http://www.ucsfhealth.org/education/dietary_guidelines_after_gastric_bypass/ (22.01.2014).
14. http://www.upmc.com/Services/bariatrics/approach/post-surgery/diet/Pages/default.aspx (22.01.2014).
15. http://www.who.int/topics/obesity/en/ (18.01.2014).
16. http://www.wpahs.org/specialties/bariatric-surgery/dietary-guidelines-after-bariatric-surgery (25.01.2014).

OPERATIVNO ZDRAVLJENJE EREKTILNE DISFUNKCIJE

***Nina MIHOLIČ ILC*[1]**

Izvleček

Ena izmed najbolj pogostih težav, ki prizadenejo skoraj vsakega petega moškega je erektilna disfunkcija. Z raziskavami je potrjeno, da je vzrok za nastanek erektilne disfunkcije več kot 80% organski. Med najpogostejše vzroke za nastanek motenj erekcije štejemo srčno žilne bolezni, sladkorno bolezen, zvišan krvni tlak, povečane vrednosti krvnih maščob. Nezdravo življenje, premalo telesne aktivnosti, nepravilna prehrana, kajenje, prekomerno uživanje alkohola lahko privedejo do prvih znakov motenj erekcije. Zdravljenje erektilne disfunkcije poteka s pomočjo zdravil in operativnim posegom, ki je dokončna rešitev zdravljenja erektilne disfunkcije.

Ključne besede: *motnje erekcije, zdravljenje erektilne disfunkcije, penilna proteza*

1 UVOD

Erektilna disfunkcija (ED) je spolna motnja za katero je značilno, da moški ni sposoben doseči ali obdržati čvrste erekcije za uspešen spolni odnos in je prisotna pri vsakem petem moškem oziroma letni populaciji 130.000 moških med 25. in 75. letom starosti (http://urologija.si/wp-content/uploads/2013/10/Zdravje0001.pdf).

2 VZROKI ZA NASTANEK ED

Vzrok za nastanek ED je v 80 % organski in 10 % psihogene narave. Vzroke za nastanek ED razdelimo v tri skupine, in sicer :

- vaskularno,
- nevrogeno,
- endokrino (http://www.uroweb.si/index.php?menu=erektilna_disfunkcija).

Psihogena ED je pogosteje prisotna pri mlajših moških kot posledica preobremenjenosti, stresa.

1 Nina MIHOLIČ ILC, dipl. m. s., Univerzitetni klinični center Ljubljana, Kirurška klinika, Operacijski blok; Zaloška 7, 1000 Ljubljana; m.ilc.nina@gmail.com

Organska ED je posledica različnih sistemskih obolenj, ki povzročijo okvaro živcev, endotela žil.

Med vzroke za nastanek ED štejemo:
- Kajenje,
- prekomerno uživanje alkohola,
- aterosklerozo,
- povišan krvni tlak,
- dislipidemijo,
- sladkorna bolezen,
- bolezni pljuč, jeter, ledvic,
- nevrološka obolenja (možganske okvare, poškodbe hrbtenjače),
- poškodbe žil in živcev pri operativnih posegih v mali medenici (radikalna prostatektomija, cistektomija, resekcija rektuma in aorto bifemoralni bypass).

3 DIAGNOSTICIRANJE ED

Spolnost je tema, ki jo spremljajo številni predsodki, zato je iskanju vzrokov za nastanek ED pomemben pogovor, kjer postavimo socialno anamnezo o pacientovem stilu življenja, obolenjih, morebitnih zdravilih. Sledi klinični pregled, laboratorijske preiskave glukoze, lipidov, jetrne in ledvične funkcije, nivo hormonov v serumu (http://www.uroweb.si/index.php?menu=erektilna_disfunkcija).

4 ZDRAVLJENJE ED

ED zdravimo na dva načina. Prvi najbolj pogost način je medikamentozno zdravljenje z zaviralci fosfodiestraze tip 5 (PDE5), ki širijo žile in tako povečajo dotok krvi v moški spolni ud. Drugi način je operativno zdravljenje pri katerem lahko opravimo poseg na arterijah in venah, ko je moten dotok oziroma odtok krvi in je pogost pri mlajših moških, katerih žile še nimajo aterosklerotičnih okvar in vsaditev penilne proteze kot dokončne in trajne rešitve zdravljenja ED *(Štrus, 2010)*.

4.1 PENILNA PROTEZA

Prve zametke penilnih protez opisujejo že v 16. stoletju. Vsaditev prve penilne proteze je leta 1936 opravil dr.Nikolaj A. Bogaraz, ki je za vsadek uporabil pacientovo rebro (http://edlogs.blogspot.com/2007/09/penile-implants-for-erectile.html). Leta 1960 je egiptovski plastični kirurg G.E. Beheri opravil vsaditev penilne proteze v anatomsko strukturo imenovano corpora cavernosa (kavernozno telo) penisa. Ta tehnika vsaditve proteze se uporablja še danes.

Penilne proteze, narejene iz umetnih mas so se na tržišču pojavile pred 30. leti v semirigidni in napihljivi obliki.

Danes poznamo tri oblike penilnih protez, in sicer:
- Hidravlično (dvo in tri komponentna napihljiva proteza),
- semi - rigidno (gibljiva in mehanična),
- protezo iz mehkega silikona (Mulcahy et al., 2004).

4.2 PRIPRAVA NA OPERATIVNI POSEG

4.2.1 PRIPRAVA PACIENTA

Pacient pri katerem je predvidena vstavitev penilne proteze se pred operativnim posegom temeljito okopa. Po protokolu odstranjevanja dlak pripravimo operativno polje in s tem posledično zmanjšamo možnost okužbe rane. Štiriindvajset ur pred operativnim posegom, najkasneje pa tik pred posegom pacient prejme antibiotično zaščito.

4.2.2 PRIPRAVA OPREME IN KIRURŠKIH INŠTRUMENTOV

Operacijska medicinska sestra pripravi operacijsko sobo in potreben material za operativen poseg:
- Medicinsko potrošni material,
- mreže kirurških inštrumentov,
- vsadke,
- tekočine (0,9% NaCl, sterilna redestilirana voda, kontrastno sredstvo-po potrebi),
- šivalni in obvezilen material.

4.2.3 NAMESTITEV PACIENTA V USTREZEN POLOŽAJ

Pacient pri vstavitvi penilne proteze leži na hrbtu z odročenima rokama za potrebe invazivnega merjenja krvnega tlaka. Pred razkuževanjem operativnega polja se pacienta dodatno zaščiti pred zatekanjem razkužilnega sredstva.

4.3 TEHNIKA VSTAVITE PENILNE PROTEZE

Vsaditev penilne proteze je aseptičen poseg, ki ga kirurg opravi skozi rez v suprapubičnem ali penoskrotalnem predelu, odvisno od tipa penilne proteze. Pacient pred posegom dobi urinski kateter ustrezne velikosti, ki se ga odstrani čez najmanj tri tedne. Urinokultura pacienta, ki se pripravlja na operativni poseg za vsaditev penilne proteze mora biti negativna. S prepariranjem tkiva si prikaže dve kavernozni telesi (corpora cavernosa), ki jih s posebnim merilom izmeri in dodatno z dilatatorji različnih debelin razširi, saj s tem naredi prostor za vsaditev penilne proteze. Na podlagi meritev

kirurg izbere ustrezno dolžino proteze oziroma slednjo s podaljški ustrezno podaljša če je to potrebno. Prostor za penilno protezo se obilno izpere z 0,9% raztopino natrijevega klorida, ki se ji po potrebi lahko doda antibiotik po naročilu operaterja.

Operater si nato zamenja rokavice, saj pri pripravi penilne proteze v tekočino za polnjenje le-te ne sme zaiti kri, ker s tem lahko povzročimo okvaro delovanja proteze. Priprava proteze zajema pripravo dveh cilindrov, balona in črpalke. Pripravljeno penilno protezo umesti v pripravljen prostor in jo med seboj poveže s posebnimi sponkami. Operativna rana se izpere, zašije in sterilno pokrije. Naloge operacijske medicinske sestre med operativnim posegom so zagotavljanje sterilnosti, uporabe pravih tekočin za polnjenje in pravih sponk za spojitev penile proteze.

4.4 MOŽNI ZAPLETI OPERATIVNEGA ZDRAVLJENJA ED

Med samim operativnim posegom so možni zapleti zaradi starosti, poškodb tkiv in endotelija žil zaradi spremljajočih bolezni, spremenjene anatomije. Najbolj pogosti zapleti med operativnim posegom so:

- Perforacija tunice albuginae,
- poškodba žil in živčnega pleteža v področju kavernoznih teles,
- perforacija sečnice,
- obsežna krvavitev *(Natali, 2004)*.

Prvih nekaj ur po operativnem posegu je potreben nadzor vitalnih funkcij pacienta in opazovanje mesta operativne rane (možnost večje krvavitve). Naloga medicinske sestre je opazovanje operativne rane (rdečina, bolečina, izcedek iz rane), opazovanje diureze in barve urina (možnost poškodbe sečnice), splošnega počutja pacienta.

Najbolj pogosti po operativni zapleti so :

- Hematom,
- površinska okužba rane,
- okužba penilne proteze,
- nedelovanje proteze,
- erozija,
- deformacija penisa v obliki črke S,
- sistemska zavrnitev vsadka *(Natali, 2004)*.

Prvo aktiviranje penilne proteze izvede zdravnik urolog štiri do šest tednov po operativnem posegu, nato se pacient ravnanja s protezo nauči sam.

5 ZAKLJUČEK

Spolnost je integralni del človeka in zajema široko področje povezav med naravo, družbo in kulturo. Pojmovanje spolnosti in odnos do spolnosti se razlikujeta v različnih deželah in kulturah, vendar še vedno predstavlja temo o kateri je težko spregovoriti. Motnje erekcije, ED, impotenca so pojmi s katerimi se v svojem življenju sreča vsak peti moški.

Zaradi hitrega tempa življenja, preobremenjenosti na delovnem mestu, spremljajočega stresa, nepravilne prehrane in premalo gibanja se razvijejo bolezni, ki okvarijo žile in živce ter s tem poslabšajo erektilno funkcijo moškega.

Z razvojem medicinske stroke in farmacevtskih podjetij na področju ED lahko danes uspešno zdravimo ED s pomočjo medikamentoznih terapij in vsaditvijo različnih vrst penilnih protez.

Literatura

1. *Erektilna disfunkcija. Dostopno na http://www.uroweb.si/index.php?menu=erektilna_disfunkcija (13.3.2014).*
2. *Erektilna disfunkcija. Dostopno na: http://urologija.si/wp-content/uploads/2013/10/Zdravje0001.pdf (13.3.2014).*
3. *Mulcahy JJ, Austoni D, Barada JH, Ki Choi H, Hellstrom W, Krishnamuti S,et al. The penile implant for erectile Dysfunction. Journal of Sexual Medicine 2004;1(1):98-107.*
4. *Natali A (2004). Management of the complications of penile prothesis implantation. Journal of men`s health. 2004;167:1-6.*
5. *Penile Implants for Erectile Dysfunction. Dostopno na: http://edlogs.blogspot.com/2007/09/penile-implants-for-erectile.html (13.3.2014).*
6. *Štrus B. Motnja erekcije. Kočevski tisk: Krka; 2010.*

ZAKAJ PRIJAVLJAMO NEŽELENE DOGODKE?

Nika ŠKRABL[1], Tatjana TROTOVŠEK[2]

Izvleček

Zdravstveni delavci vsak dan sprejemajo odločitve in presoje pri svojem delu. Organizacijska kultura v delavni organizaciji se kaže v vrednotah in normah, kako naj se ljudje vedejo, med seboj komunicirajo in kakšne delovne odnose naj razvijejo.

Med postopki in posegi lahko nastane za pacienta nenamerna škoda in možnost neželenih dogodkov. Pri tem imajo pacienti kot uporabniki zdravstvenih storitev pravico pričakovati, da bo ves trud zdravstvenih delavcev vložen v zagotovitev njihove varnosti. Odstopanje od želene kakovosti na strani uporabnika je razkorak med pričakovano in dobljeno storitvijo, na strani izvajalca pa razkorak med obljubljeno storitvijo, ki je podana z navodili in opravljeno storitvijo.

Terminologija pojava neželenih dogodkov v slovenski zdravstveni negi še ni dorečena, zato se v klinični praksi srečujemo z različnimi izrazi. Varnostni zaplet pri pacientu je nenameren ali nepričakovan dogodek, ki je ali bi lahko povzročil pacientu škodo ob prejemanju zdravstvene oskrbe in ne nastane zaradi narave pacientove bolezni.

Zaposleni v zdravstveni negi v zadnjih letih pridobivamo znanje o kakovosti in o namenu spremljanja ter obravnave neželenih dogodkov. Koncept reševanja neželenih dogodkov z varnostnim pogovorom, ki je strukturiran po modelu večperspektivnega sodelovalnega pristopa in ga opisujemo v članku, omogoča sistematično reševanje problema in učenje ter iskanje novih možnosti za zmanjševanje tveganj in preprečevanje napak in dogodkov, kot tudi v izboljševanju kakovosti procesov in izdelavo strokovnih standardov.

Analize so smiselne le, če so osnova za intervencije v delovnem procesu in bodo preprečile ponovitev enakega ali podobnega dogodka, zato je cilj poiskati temeljne vzroke, ki so vplivali na nastanek dogodka ter poiskati ustrezne načine za odpravo le teh.

Ključne besede: *neželeni dogodek, varnostni pogovor, kakovosT*

1 Nika ŠKRABL, viš. med. ses., univ. dipl. soc. ped., Univerzitetni klinični center Ljubljana, Kirurška klinika; Zaloška 7, 1000 Ljubljana; nika.skrabl@kclj.si

2 Tatjana TROTOVŠEK, dipl .m. s., spec. manag., Univerzitetni klinični center Ljubljana, Kirurška klinika, Operacijski blok; Zaloška 7, 1000 Ljubljana; tatjana.trotovsek@kclj.si

1 UVOD

Kljub naraščajoči uporabi tehnologije je zdravstvo izrazito delovno intenzivna panoga in temelji na sodelovanju strokovnjakov različnih poklicev. Brez medsebojnega usklajevanja zdravljenje ni mogoče, kar velja tako za odnose med pacienti in zdravstvenimi delavci kot za odnose med zdravstvenimi delavci različnih poklicev (Pahor, 2006).

Ko pride do napake z zdravstveno škodo za pacienta, običajno obtožimo posameznika, ki je bil vpleten pri dogodku, ga ožigosamo, odstranimo iz delovnega procesa, velikokrat kaznujemo in pri tem zmotno mislimo, da smo s tem rešili problem. V resnici ga še poslabšamo, ker ustvarjamo kulturo strahu namesto kulture varnosti in se kasneje čudimo, zakaj ljudje napak ne sporočajo.

0 % napak v zdravstvu je kriv sistem, za približno 10 % pa posameznik. Za neprofesionalno obnašanje, ki pripelje do napake, je potrebna disciplinska odgovornost. Takšni dogodki so redki, se pa zgodijo. Ker osnovnih vzrokov za napake ne odpravljamo, se te, tudi s smrtnim izidom, lahko ponovijo pri naslednjih pacientih (Robida, 2006).

Pri neželenem dogodku je prvi ukrep, da preverimo zdravstveno stanje pacienta. Takoj, ko zaznamo, da se je zdravstveno stanje pri pacientu poslabšalo storimo vse, da bo škoda zanj čim manjša, kar dejansko tudi vedno naredimo. Odklon oziroma neželen dogodek, kakor koli ga že v naši delovni organizaciji imenujemo, sporočimo v sistem varnosti pacientov v zdravstveni ustanovi. Določene napake, ki jih je Ministrstvo za zdravje opredelilo kot Opozorilni nevarni dogodki pa tudi na Ministrstvo za zdravje (Robida, 2006).

Zdravstvena organizacija nato neželen dogodek analizira in išče osnovne vzroke zanj. Izredno pomembno je, da zdravstvena organizacija ščiti sporočevalca napake in vpletene v dogodek. Njihova imena ne smejo priti v javnost, sicer je sistema varnosti konec. Pri neželenih dogodkih izvedemo varnostne pogovore, kjer je potrebno sodelovanje vseh, ki so bili vpleteni v delovni proces. Pomembno je učenje iz izkušenj pridobljenih ob zapletu. Večino neželenih dogodkov je mogoče preprečiti, seveda, če jih prepoznamo in proučimo in nato ravnamo tako, da do njih ne pride več.

Kultura varnosti ne temelji na iskanju krivde, sramotenju in kaznovanju, uveljavi se v okolju, ki temelji na zaupanju in učenju iz neželenih dogodkov. Da varnostna kultura zaživi in postane del vsakdanjika, morajo biti vzpostavljen sistem odgovornosti za delo, ker brez odgovornosti posameznika ni varnosti in kakovosti.

Pri opozorilnih nevarnih dogodkih pa izvede vzročno posledično analizo za to strokovno najbolj usposobljena skupina strokovnjakov, ki analizira dogodek, priporoča tudi izboljšave sistema, ki jih vodstvo nato uvede v dnevno prakso.

Namen prijave in obravnave je iskanje potencialnih sistemskih vzrokov, ki vodijo v napake in s tem povečujemo varnosti pacientov in varnost zaposlenih.

Za pacienta je pomembno, da se takoj njemu in njegovim svojcem opravičimo in razložimo, kaj se je zgodilo. Pomembno je pokazati sočutnost in jim zagotoviti, da je bilo narejeno vse, da bi bila posledica napake za pacienta čim manjša. Pove se jim, da poteka analiza napake in se sporoči ugotovitve analize, seveda brez imen vpletenih. Prva žrtev napake so zagotovo pacient in njegovi bližnji, druga žrtev pa so vpleteni zdravnik, medicinska sestra in drugi sodelujoči v zdravstveni obravnavi pacienta, kjer se je zgodil neželen dogodek.

Za vzpostavitev sistema kakovosti in varnosti je odgovorno vodstvo zdravstvene organizacije, medtem ko so zdravnik, medicinska sestra, farmacevt in drugi zdravstveni strokovnjaki odgovorni za izvajanje, merjenje in izboljševanje lastne zdravstvene prakse.

2 POTEK VARNOSTNEGA POGOVORA

V zdravstvu se je prav neuspešna komunikacija med člani timov izkazala kot vzrok za kar 60 % neljubih dogodkov. Natančnejše analize so pokazale prepreke v komuniciranju, kot so rang, pozicija, starost in spol sodelujočih ter njihove vrednote, prepričanja, sposobnosti izražanja in poslušanja, odločanja in razreševanja konfliktov ter celotna organizacijska kultura (AORN 2006).

Sirota (2007) pravi, da če se medicinske sestre s strani zdravnikov ne počutijo spoštovane in razumljene, se lahko počutijo nemočne in jezne in se bodo izogibale komunikaciji z dotičnimi zdravniki. To pa lahko vodi v nesporazume, napake in stopnjevanje konfliktov med vpletenimi osebami.

Obravnavo neželenega dogodka lahko izvedemo na več načinov. Modele vodenja varnostnih pogovorov lahko teoretsko opredelimo po tem, na čem temeljijo in iz česa izhajajo, na katere osnovne teorije se lahko sklicujemo, na katere ravni lahko intervencije členimo.

Izhodišče za pogovor je lahko na uveljavljeni shemi »anamneza - diagnoza -intervencija - evalvacija«. Ti koraki so predlagani v preizkušenem modelu večperspektivnega sodelovalnega pristopa *(Műller, 1994 cit. po Kobolt, Rapuš - Pavel, 2004:279)*.

3 PRIMER VARNOSTNEGA POGOVORA (OPIS POGOVORA PO OPISANEM MODELU)

3.1 OPIS DOGODKA

Operacijska medicinska sestra je sporočila, da so v operacijskem bloku odklonili pacienta, ker pacient ni imel vse potrebne dokumentacije za operativni poseg. Pacient ni imel podpisane izjave o pojasnilnem postopku na operativni poseg. Na oddelku to niso uredili, ker jim ni uspelo dobiti njegovega operaterja, ker je opravljal urgentno operacijo. Prosijo za ureditev te problematike, ker anesteziolog v operacijskem bloku ne bo iskal operaterja in pojasnjeval pacientu. V operacijskem bloku ugotavljajo, da pogosto pripeljejo na operativni poseg pacienta, ki nima opravljene pojasnilne dolžnosti in podpisa za privolitev v operacijski poseg. Operater ni opravil pojasnilne dolžnosti, kar ima za posledico, da pacient ni podpisal, da je seznanjen z operativnim posegom in da nanj pristaja, kar pa je po zakonu obveznost. Želijo si, da to nalogo prevzame ena oseba na oddelku, najbolje nadzorna medicinska sestra.

3.1.1 PRVI KORAK - OCENA PROBLEMSKE SITUACIJE - ANAMNEZA

Prvi korak je interaktiven, njegov cilj ni poimenovanje in prepoznavanje objektivnih dejstev, bolj pomembno je, kaj je v situaciji mogoče storiti, zato se ne zadovoljimo s poimenovanjem in razvrščanjem simptomov.

Gre za proces razumevanja, v katerem skupaj z uporabniki pojasnjujemo pomene, opredelimo elemente problemske situacije in iščemo rešitve, oblikujemo predstave o tem, kaj lahko uporabnik doseže sam in kje potrebuje pomoč ter kakšna bo videti pomoč tima *(Kobolt, Rapuš - Pavel, 2004:286)*.

Pri obravnavi se vedno usmerimo na naslednja področja:
- Odnos do pacienta,
- medsebojni odnosi na oddelku med zdravstvenim osebjem,
- sodelujoč odnos z osebjem iz operacijskega bloka.

V prvem koraku ugotovimo, da je pacient ogrožen, če ni ustrezne komunikacije med zaposlenimi. Zadrževanje informacij, neodkrito komuniciranje, raznolikost informacij, opuščanje nalog, ki pomembno vplivajo na opravljanje delovnih nalog drugih oseb v timu. Težava, na katero smo pri posnetku stanja naleteli je nesodelovalno vedenje med zdravstvenim osebjem, kar je povzročilo odpoved operativnega posega. V ospredju je neizvajanje predpisanih postopkov.

Pri oceni situacije sem se držala elementov prvega koraka (spoznavanje situacije in vpletenih, ocenitev elementov, ki situacijo določajo in generirajo, vprašanja za

pojasnjevanje dejstev, vpogled v interakcije, doživljanja vpletenih, primerjanje pogledov, ki so s situacijo povezana, refleksija strokovnih pristopov, naravnanosti in sprejemanje nejasnosti).

1. Pacienta se postavlja v položaj subjekta, ker mu nihče ne pove, kaj, kdaj in kdo bo skrbel za njegovo zdravljenje, v tem primeru operativni poseg. Pacient je v bolniški sobi, seznanjen je, da mora na operativni poseg, pregledal ga je že anesteziolog, dobil je premedikacijo, sobe ne sme zapustiti, ostati mora tešč, ne sme piti. Ne ve pa, ali bo prišel operater še do njega in je v skrbeh, kdaj ga bodo odpeljali v operacijski blok.

2. Operater se je zanašal, da bo po jutranjem raportu, kjer so naredili razpored pacientov za programske operativne posege imel še dovolj časa, da bo pacientu razložil potek operativnega posega. Ob jutranji viziti pacient še ni imel pripravljenih vseh dokumentov (pristanek za operativni poseg). Po raportu pa je bil operater poklican na urgentni konziliarni pregled.

3. Nadzorna medicinska sestra (v nadaljevanju NMS) je bila seznanjena, da bo pacient danes na vrsti za operativni poseg na jutranji viziti, tako da še ni pripravila vse potrebno za operativni poseg (vso dokumentacijo, higiensko pripravo, vse izvide…). Ko je urejala dokumentacijo, je videla, da še nima podpisanega pristanka za operativni poseg, je poklicala operaterja, da bi se pogovoril s pacientom, mu razložil poseg in pridobil pisno dovoljenje za izvedbo posega. Ker operater ni mogel zapustiti drugega pacienta je naročil nadzorni medicinski sestri, naj nekdo drug opravi razgovor z pacientom. Nadzorna medicinska sestra ni dobila zdravnika, ki bi bil pripravljen to narediti. Ponovno je klicala operaterja, ki ji je naročil, naj v operacijski blok sporoči, naj počakajo z anestezijo, dokler ne pride do pacienta in mu razloži postopek operativnega posega.

4. Iz operacijskega bloka so pacienta klicali, ko pa so izvedeli, da ni ustrezno pripravljen, anesteziolog ni pristal, da bi čakal operaterja, ker bi se začetek in seveda tudi konec operativnega posega prestavil na kasnejšo uro. S tem bi moral pacienta zapustiti pred koncem operativnega posega, ker se mora pripraviti že za naslednjega pacienta. Ob takem načinu dela se počuti ogrožen in ne more odgovarjati za pacienta in tega ne misli več delati.

Vprašanja s katerimi smo pomagali pridobiti vpogled v problemsko situacijo sodelovanja na oddelku so bila: KDO?, KAJ?, KAKO?, KDAJ?

3.1.2 DRUGI KORAK- POVZEMALNO RAZUMEVANJE IN OBLIKOVANJE KONSENZOV

Na podlagi doslej oblikovanega vpogleda in razumevanja izhodiščne situacije se lotevamo operacionalizacije, oblikovanja povzemalnih sklepov, ki so v bistvo začasna

diagnoza. Pri tem je ključno zavedanje, da obstajajo le problemsko interpretirane situacije in da imajo vpleteni različne interpretacije in pripisovanja. Da se povzemalno razumevanje po oceni izhodiščne situacije ne bi vrtelo v krogu raziskovanja simptomov, predlaga Műller vprašalni krog kot okvir za razmislek in odločanje *(Műller, 1994 cit. po Kobolt, Rapuš- Pavel, 2004:289)*.

3.1.2.1 Kaj je za koga problem?

- Pacient – ne bo operiran, čeprav je bil že pripravljen.
- Operater – odpade mu operativni poseg.
- NMS – toliko dela in intervencij brez rezultata in občutek nemoči pri svojem delu.
- Koordinator Operacijskega bloka - manj izvedenega operacijskega programa in s tem sprememba še za naslednji dan, ko bo odpadel drug pacient
- Anesteziolog – ne more dobro opraviti svojega dela
- Predstojnik – pogovori z vpletenimi, pregled opravljenih nalog, sprejemanje protokola

3.1.2.2 Kakšna so pričakovanja posameznikov/ opcije?

- Pacient - dobra zdravstvena oskrba.
- Operater - uspešen operativni poseg.
- NMS - dobra oskrba pacienta in neovirano opravljanja svojega dela brez dodatnih zapletov in izgube časa.
- Koordinator Operacijskega bloka – delo po programu brez nepotrebnih zapletov, odloga in sprememb v delu.
- Anesteziolog – dobro opravljena anestezija, zapuščanje pacienta .
- Predstojnik – dobra organizacija in opravljanje delovnih nalog zaposlenih brez neželenih dogodkov.

3.1.2.3 Kaj je v situaciji najnujnejše?

- Pacient – pojasnitev in izvedba operativnega posega in pojasnitev odloga.
- Operater- dogovor za razrešitev zapleta.
- NMS - dogovor za razrešitev zapleta.
- Koordinator Operacijskega bloka - dogovor za razrešitev zapleta.
- Anesteziolog - dogovor za razrešitev zapleta.
- Predstojnik - dogovor za razrešitev zapleta.

3.1.2.4 Kdo je za kaj odgovoren/ pristojen?

- Vsi zdravstveni delavci bi se samo držali doslednega opravljanja svojih nalog in do zapleta ne bi prišlo.

- Pacient – pozna svoje pravice.
- Operater – jutranja vizita – pogovor s pacientom.
- NMS - priprava pacienta na operativni poseg, sodelovanje s pacientom o poteku zdravljenja pacienta.
- Koordinator Operacijskega bloka - pravočasno pridobiti informacije o pacientih, ki so tisti dan na programu .
- Predstojnik – na raportu preveriti, če so vsi opravili naloge in kako so razporejene naloge za tisti dan.

3.1.2.5 Kaj bi lahko storil jaz, da do tega dogodka ne bi prišlo?

- Pacient – vprašal ob jutranji viziti, ali bo danes operiran in operaterja prosil, da mu razloži, kakšna bo njegov operativni poseg.
- Operater bi lahko ob viziti zahteval dokumente in jih izpolnil, tako kot veleva protokol, preden je pacient razporejen na operativni poseg. Lahko pa bi odložil konziliarni pregled in najprej opravil razgovor s pacientom. Povedal bi predstojniku, da ne bo mogel opraviti urgentnega pregleda, ker je razpisan za izvedbo operacije pri pacientu in mora še pripraviti pacient za operativni poseg. Sam bi lahko poklical kolega, mu povedal o pacientu in ga prosil za obisk pri pacientu.
- NMS bi morala, ko je izvedela, da bo pacient operiran operaterju prinesti vso potrebno dokumentacijo, da jo operater ob pacientu izpolni. Pacientu bi morala razložiti postopek priprave na operativni poseg. Ob nastali situaciji, bi sporočila predstojniku o zapletu z odpovedjo operativnega posega pri pacientu ter zapletom z operaterjem in sodelavci kirurgi na oddelku, ker je še vedno tako, da zdravniki med seboj drugače sodelujejo in si pomagajo.
- Koordinator iz Operacijskega bloka, ki skrbi, da se ne izgublja čas s čakanjem na pacienta in odpovedjo operativnega posega, bi moral pravočasno prerazporediti operativni program, da bi pacient bil operiran tisti dan, ko je bil na razporedu.
- Predstojnik bi moral poskrbeti, da bi se vsi zaposleni držali napisanih pravil, ki so potrebna za nemoteno izvajanje zdravljenja pacientov, pri organizacije pa pogledati, da ob istem času ena oseba ni razporejena na dva delovišča, oziroma opravlja v istem času več nalog. Na konziliarni pregled bi moral poslati zdravnika, ki tisti dan ni razporejen za operativne posege.
- V primeru emocionalnih obremenitev, velike čustvene vzburjenosti ali krizne situacije, je spremenjena posameznikova percepcija, njegovi miselni in integrativni procesi so močno vplivani z njegovim emocionalnim stanjem kar privede do selektivnosti in preoblikovanja »objektivnih informacij«. Takšne spremenjene in preoblikovane generalizacije vplivajo na posameznikovo ravnanje, povzročajo miselne in čustvene disfunkcionalnosti, ki se zrcalijo v posameznikovem prihodnjem ravnanju (Kobolt,1997b:11).

3.1.3 TRETJI KORAK - UKREPANJE (POSEGI IN INTERVENCIJE)

»Ukrepanje je korak razreševanja problemske situacije. Z oblikovanjem primernega intervencijskega »settinga« in strokovnostjo lahko prispevajo k ugodnemu razpletu (Kobolt, 1997a). Pri tem upoštevamo etiko udeleženosti, kjer nihče nima zadnje besede in je tudi ne potrebuje, temveč gre za pogovor, ki se lahko nadaljuje. Gre za vzajemne dialog o različnih zgodbah. Etika udeleženosti nas vodi k dialogu, sodelovanju, soustvarjanju rešitev. Poleg tega nas zdravstvene delavce zavezujejo etični kodeksi za zdravnike in medicinske sestre.

Medicinske sestre imajo svoj pogled na pacienta in na svet, a ga pogosto ne izrazijo. Makary s sodelavci (2005) trdi, da medicinske sestre pogosto ne spregovorijo o svojih dvomih v zvezi z varnostjo pacientov. Navaja vzroke kot hierarhijo, nesamozavest zaradi pomanjkanja izkušenj in socialne bariere (spol, rasa in socio - ekonomski status). To vpliva na varnost pacientov, nezadovoljstvo pri delu in fluktuacijo.

Že pri pogovoru, ki je zapisan v prejšnjem koraku: »Kaj bi lahko storil jaz, da do tega dogodka ne bi prišlo?« so nakazani potrebni posegi in intervencije, ki bi jih lahko osebe, ki bile postavljene v enako situacijo naslednjič uporabile kot možen izbor ukrepov, da do zapleta ne bi prišlo.

Pacient – vprašal o sebi in svojem zdravljenju (operativnem posegu) zdravnika ob jutranji viziti in NMS ob pripravi na operativni poseg za več informacij.

Operater lahko ob podobni situaciji:
- Ob viziti prosi, da mu NMS prinese dokumente in jih izpolnil, tako kot veleva protokol, preden je pacient razporejen na operativni poseg;
- Lahko pa bi odložil konziliarni pregled in najprej opravil razgovor s pacientom;
- Povedal predstojniku, da ne bo mogel opraviti urgentnega pregleda, ker je razpisan za izvedbo operativnega posega pri pacientu in mora še pripraviti pacienta za operativni poseg;
- Sam poklical kolega, mu povedal o pacientu in ga prosil za pojasnilni postopek pri pacientu.

NMS bi lahko:
- Ko je izvedela, da bo pacient operiran operaterju prinesla vso potrebno dokumentacijo, da jo operater ob pacientu izpolni;
- Pacientu razložila postopek priprave na operativni poseg in katere informacije so zanj pomembne, da jih pridobi od zdravnika;
- Ob podobni situaciji je zaradi pacienta in organizacije dela potrebno obvestiti predstojnika.

Koordinator iz Operacijskega bloka:
- Moral pravočasno prerazporediti operativni program, da je pacient operiran tisti dan, kot je bil na razporedu.

Predstojnik bi moral skrbeti:
- Pri organizaciji dela preveriti, kako so narejeni razporedi in zaposlenim povedati, da morajo zamenjave biti odobrene in z vednostjo predstojnika;
- Izogniti se je potrebno možnosti, da je ob istem času ena oseba razporejena na dveh deloviščih, oziroma opravlja v istem času več nalog

Dogodek smo obravnavali na varnosti viziti in se dogovorili za dosledno izvajanje nalog ter pripravo protokola, kjer je točno opisan postopek pojasnitve in informativnega pristanka ter postopek priprave in izvedbe operativnega postopka.

Na podlagi razgovora z vsemi vpletenimi (zdravniki, NMS, ZT, koordinatorjem Operacijskega bloka, anesteziologom) smo se dogovorili, kako naj poteka postopek, da ne bo prišlo ponovno do istega dogodka.

Preverili smo uporabo protokolov, ukrepanje v nujnih primerih. Razmišljamo o delavnicah o timskem delu. Za boljši pretok informacij o zdravljenju pacienta predvidevamo vpeljavo skupnih sestankov v jutranjih urah - raportih. V timu, kjer sodeluje zdravnik in NMS pa želimo vzpostaviti odkrito in neovirano komunikacijo pri dogovarjanje za potek zdravstvene obravnave od sprejema do odpusta pacienta.

Pri timskem ukrepanju je ključno medsebojno spoštovanje strokovnih prispevkov različnih profesij in iskanje konsenza ter usklajenega delovanja« *(Kobolt, Rapuš - Pavel, 2008)*.

3.1.4 ČETRTI KORAK - EVALVACIJA VREDNOTENJA - ANALIZA POTEKA

Pri evalvaciji dosedanjega dela smo preverjali usklajenost med pričakovanji in potekom intervencij. Evalvacija je del vsakega koraka, saj je vpletena v odločanje in preverjanje ustreznosti mnenj, zaključkov in ukrepanja. Pomeni tudi četrti in ponovno prvi korak v ocenjevanju pogovora.

Evalvacija, vrednotenje in analiza potekov intervencij omogoča spoznavanje in vpliv negativnih dejavnikov ali oblik vedenja, ki so pripeljale do sedanjega stanja.

V predstavljenem modelu je prikazana usmeritev za sodelovanje različnih subjektov v iskanju rešitev s katerimi bi presegli problemsko situacijo. Vse naštete perspektive je potrebno med seboj povezati, jih smiselno organizirati ter konceptualno usmerjati, kar lahko dosežemo le z interdisciplinarnim pristopom.

Če pogledamo na primeru, pomeni da se moramo soočiti z medsebojno komunikacijo in medsebojnim spoštovanjem in zaupanjem ter spoštovanjem oziroma doslednem izvajanju pravil, protokolov in standardov, ki so pomembne za potek zdravstvene obravnave in oskrbe pacienta.

4 ZAKLJUČEK

Opisan je primer intervencije, kjer so uporabljeni preizkušeni koraki modela večperspektivnega sodelovalnega pristopa.

Predstava o zdravniku in medicinski sestri kot osebami, ki so stalno pripravljeni pomagati, ki so izkušeni strokovnjaki na področju medicine in prevzemajo nedeljeno odgovornost za pacienta, v katere ima pacient neomejeno zaupanje izginja, kajti zdravstveni delavci niso nenehno na voljo pacientom. So pogosto omejeni v svojih zmožnostih posredovanja pomoči, posebno pri visoko specializiranih področjih medicine, kjer je organizacija zdravstvene obravnave zreducirala stike s pacientom na minimum (Ule, 2003). To se kaže tudi v opisanem primeru, kjer gre predvsem za pomanjkanje medsebojne komunikacije, spoštovanja in zaupanja.

Baggs in Schmitt (Baggs, 1994) definirata štiri elemente sodelovanja: skupna odgovornost, skupno odločanje, odprta komunikacija in koordinacija. Kot formalna ovira k skupni odgovornosti vseh vpletenih zdravstvenih delavcev se v slovenskem prostoru kaže zakonodaja (Zakon o zdravniški službi, 2006), ki pravi da je za zdravstveno oskrbo odgovoren zdravnik.

Razmere v zdravstvu se spreminjajo, prav tako tudi v družbi. Hayeva (Hay, 1995 cit. po Žorga, 1997:11) meni, da bodo zato delovne organizacije v prihodnje morale postati skupnosti, v katerih bodo ljudje lahko koristno uporabili vse svoje možnosti. S tem bo postalo stalno strokovno izpopolnjevanje in opolnomočenje strokovnih delavcev ne le želena, temveč nujna strategija vsake sodobne organizacije.

Literatura

1. Baggs JG. Development of an instrument to measure collaboration and satisfaction about care decision. Journal of advanced nursing 1994; 20(1):176-8.
2. Kobolt A. Teoretične osnove socialno pedagoških intervencij. Socialna pedagogika 1997a;1(1):7-26.
3. Kobolt A. Teoretične osnove socialno pedagoških intervencij II. Socialna pedagogika 1997b;1(2):5-23.
4. Kobolt, A., Rapuš- Pavel, J. (2004). Večplastni diagnostični model. Socialna pedagogika, 8 (3), 275-294.
5. Kobolt A, Rapuš - Pavel J.Sodelovalno ocenjevanje in interpretiranje. Dostopno na: http:www.socped.org/uploads/files/Sodelovalno_ocenjevanje_in_interveniranje.doc (18.3.2014).
6. Makary MA, Sexton B, Freeischlag J, Holzmueller CG, Millman A, Rowen L, Pronovost P. Operating room teamwork among physicians and nurses: teamwork in the eye of the beholder, Journal of the American College of Surgeons 2005;202(5):746-52.
7. Műller B. Sozialpädagogisches Können – Ein Lehrbuch zur multiperspektivischen Fallarbeit. Freiburg im Breisgau: Lambertus; 1994.
8. Pahor M. Sodelovanje v zdravstvu kot predmet premišljevanja, pojasnjevanja in ukrepanja. Sodelovanje med medicinskimi sestrami in zdravniki v zdravstvenem timu: priložnost za izboljšanje kakovosti. Zbornik z recenzijo. Ljubljana: Društvo medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov; 2006:112-22.
9. Robida A. Nacionalne usmeritve za razvoj kakovosti v zdravstvu. Ljubljana: Ministrstvo za zdravje; 2006.
10. Sirota T. Nurse/physician relationships improving or not?, Nursing 2007;37(1):52-6.
11. Ule M. Spregledana razmerja o družbenih vidikih sodobne medicine. Maribor: Aristej; 2003
12. Žorga S. Vloga supervizije pri poklicnem in osebnem razvoju strokovnih delavcev. Socialna pedagogika 1997;1(3):9-26.

NOVA PARADIGMA V ORGANIZACIJI OPERACIJSKE ZDRAVSTVENE NEGE UPOŠTEVAJOČ ZAPOSLENE 55+

Tanja ŽMAUC[1]

Izvleček

Zaradi demografskih trendov se bomo v naslednjem desetletju soočili s problemom starejših delavcev, saj je nova pokojninska reforma izenačila upokojevanje za oba spola pri 65 letih starosti. Problem bi lahko nastal v tistih poklicnih skupinah, katere zahtevajo visoko profesionalen kader na najzahtevnejših področjih dela. Ena takšnih poklicnih skupin je tudi skupina operacijskih medicinskih sester, ki za svoje delo potrebujejo veliko strokovnega znanja in izkušenj, hkrati pa specifičnost delovnega mesta zahteva velike psihofizične napore.

CILJ. *Cilj raziskave je bil ugotoviti v kolikšni meri se operacijske medicinske sestre strinjajo s starostnimi stereotipi, ki bi lahko veljali tudi za njihovo poklicno skupino, kakšno je trenutno stanje na področju organiziranja operacijske zdravstvene nege vključujoč zaposlene operacijske medicinske sestre po 55 letu in kakšne rešitve managementa aktivnega staranje vidijo v prihodnosti.*

METODE. *Kvantitativno raziskavo smo izvedli s pomočjo strukturiranega vprašalnika, ki smo ga razdelili med operacijske medicinske sestre različnih zdravstvenih ustanov, ki so bile udeleženke strokovnega srečanja Sekcije medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v operativni dejavnosti Slovenije. Anketiranje je potekalo anonimno. Vrnjenih smo dobili 30 anketnih listov. Rezultate smo obdelali v SPSS, verzija 21.0 in jih grafično prikazali s pomočjo Microsoft Excela-a.*

REZULTATI. *Rezultati raziskave so pokazali, da se premalo zavedamo problematike starejših delavcev, saj se je s to trditvijo popolnoma strinjalo 30 % anketirank, strinjalo pa 53,3 % anketirank, povprečna ocena trditve je bila 4,07. Velik odstotek anketirank (40 %), se sploh ni strinjalo s trditvijo, da je kadrovska politika v delovni organizaciji usmerjena k ravnanju s starejšimi zaposlenimi. Še slabše je bila ocenjena trditev, da imajo delovne enote opremo, prostore in način dela prilagojen starejšim delavcem, saj se jih 43,3 % sploh ni strinjalo s trditvijo*

ZAKLJUČEK. *Zdravstvene organizacije še ne izvajajo »managementa aktivnega staranja«. Rešitve morajo biti hitre in sistemske.*

Ključne besede: *Starejši delavec, operacijska medicinska sestra, stereotipi, management aktivnega staranja.*

---

1 Tanja ŽMAUC, dipl. m. s., mag. zdr - soc. manag., Splošna bolnišnica Murska Sobota, Operacijski blok; Ulica Dr. Vrbnjaka 6, 9000 Murska Sobota; tanja.zmauc@gmail.com

1 UVOD

Prebivalstvo v Evropi se stara. Zaradi ekonomske, zdravstvene in socialne politike živimo dlje. Rodnost se zmanjšuje in je v Sloveniji ena najnižjih v Evropi. Mladi se izobražujejo in vstopajo na trg dela pozneje. Najštevilčnejša povojna generacija »baby boom« se bo v obdobju desetih let začela upokojevati. Z novo pokojninsko reformo politika skuša zmanjšati posledice teh vplivov v prihodnosti. Zaposleni bomo delali dlje. S starostjo se dolgoročne zdravstvene težave povečajo, kronične bolezni pa so pogostejše. Zaradi zdravstvenih težav približno 30 % moških in žensk v starostni skupini 50 - 64 let potrebuje nujne prilagoditve na delovnem mestu za preprečevanje tveganj predčasne upokojitve in delovne nezmožnosti. Najpogostejše zdravstvene težave so kostno - mišična obolenja in duševne motnje. Tudi depresija je dandanes eden najpogostejših razlogov za delovno nezmožnost in predčasno upokojitev. Čeprav se s staranjem slabšata zdravstveno stanje in telesna zmožnost, pa se nekatere druge funkcije z leti izboljšujejo (Ilmarinen, 2012). Avtor v nadaljevanju navaja, da se s staranjem na primer izboljšujejo strateško razmišljanje, bistroumnost, obzirnost, razumnost, sposobnost presoje, sposobnost razumskega mišljenja, nadzor nad življenjem, celovito dojemanje in jezikovne spretnosti. Starejši delavci so predani delu in vključeni vanj, zvesti delodajalcu in v primerjavi z drugimi starostnimi skupinami je pri njih pogosto manj izostajanja od dela. S starostjo se bogatijo tudi delovne izkušnje in upravljanje življenja. Študije kažejo, da pri primerjavi delovne uspešnosti na delovnem mestu, delovne izkušnje nadoknadijo slabitev nekaterih temeljnih kognitivnih procesov, kot so spominske funkcije in psihomotorične spretnosti.

Trenutno ni možnosti, da se starejši zaposleni v zdravstvu rutinsko umaknejo na drugo, njihovim psihofizičnim sposobnostim prilagojeno delovno mesto, ob upoštevanju njihovega znanja in izkušenj. V delovnih organizacijah se še ne srečujejo zelo pogosto s problemom starejših delavcev, se bodo pa v naslednjem desetletju, saj bo v tem obdobju najševilčnejša generacija »baby boom« prešla v to starostno obdobje. In tako bodo v delovnih organizacijah soočeni s pravim »bumom« starejših delavcev. Generacija, ki jim sledi je številčno manjša in ne bo mogla zapolniti potreb po kadrih, sploh pa ne po strokovnjakih določenega poklica. Tako se bodo delovne organizacije naenkrat srečale z dvema pomembnima problemoma. Na eni strani bo problem starejših zaposlenih, ki potrebujejo spremenjene pogoje za delo in na drugi strani potrebo po zadrževanju le-teh. Določene ukrepe managementa starostnikov sicer že zasledimo med večjimi slovenskimi podjetji. To ne preseneča, saj si večja podjetja tako po organizacijski plati, kot tudi po finančni plati lažje privoščijo razvoj in udejanjenje ukrepov managementa starostnikov. Opaziti je, da pri ravnanju s starejšimi ljudmi pri delu prednjačijo podjetja, ki so v tuji lastnini (ali s tujo solastnino), kar je verjetno rezultat dejstva, da so v tujini na področju managementa starostnikov precej bolj razviti kot mi (Dimovski, 2008).

2 OPERACIJSKA MEDICINSKA SESTRA 55+

V zdravstvenih organizacijah deluje majhna poklicna skupina medicinskih sester, operacijskih medicinskih sester (OP MS). Področje dela je operacijska soba in se posredno in neposredno vključujejo v tim, ki izvaja operativni poseg. Delujejo znotraj delovne enote in so praktično nevidne. Zato se poklicna skupina OP MS sooča s problemom majhnosti in nevidnosti tako navzven, v odnosu do pacientov in tudi v sami delovni organizaciji vodstvo običajno ne pozna dobro njihovega delokroga. Trenutno se v Sloveniji ni možno formalno izobraziti za ta poklic. Zato OP MS pridobiva znanje in izkušnje na osnovi prenosa znanja od izkušenih sodelavcev in praktičnega dela. Proces učenja je zato daljši. Z nastopom delovnega razmerja se šele sproži proces izobraževanja, ki se ga v različnih ustanovah lotevamo po svojih najboljših močeh. Do dobre OP MS je dolga pot, zato je pomembno, da se jih obdrži in ceni kot človeški kapital, ki ga ustanova z njihovo uspešno integracijo pridobi (Žmauc, 2012). Glede na zgoraj napisano lahko predvidimo že v bližnji prihodnosti težave pri organiziranju delovnega procesa na najzahtevnejših področjih zdravstva. Zahteve za takšna delovna mesta so velike, vključujoč strokovno in specifično znanje, ki se ga nenehno posodablja in dopolnjuje ter psihofizične sposobnosti, ki kot vemo z leti pojemajo. Tako se srečamo na eni strani z visoko usposobljenim strokovnjakom, ki na drugi strani mogoče ne zmore tempa in obremenitev poklica, ki ga opravlja. Pestijo ga tudi zdravstvene težave, ki so mnogokrat posledica opravljanja poklica.

3 RAZISKAVA

3.1 NAMEN IN CILJI RAZISKAVE

Z raziskavo smo želeli ugotoviti ali držijo stereotipi o OP MS, ki so stare več kot 55 let, kakšno je trenutno stanje na področju organiziranja operacijske zdravstvene nege (OPZN) vključujoč zaposlene OP MS po 55 letu in kakšne rešitve managementa aktivnega staranje vidijo v prihodnosti.

3.2 METODOLOGIJA

Opravili smo kvantitativno raziskavo s pomočjo strukturiranega anketnega vprašalnika, ki zajema tri sklope.

Prvih pet vprašanj je bilo splošnih in so zajemala spol, starost, izobrazbo, delovno organizacijo in področje dela. V prvem sklopu trditev z naslovom »Splošno, stereotipno razmišljanje o OP MS 55+« smo navedli deset stereotipov, ki bi lahko vplivali na organizacijo dela v operacijskem bloku. Trditve so anketiranci ocenjevali po pet stopenjski Likertovi lestvici. Pri čemer pomeni ocena 1- sploh se ne strinjam, 2- se ne strinjam, 3 – niti da, niti ne, 4 – se strinjam, 5 – popolnoma se strinjam.

V sklopu vprašanj z naslovom »Trenutna situacija v našem delovnem okolju«, s katerimi smo želeli izvedeti kakšno je trenutno stanje ravnanja s starejšimi zaposlenimi OP MS v operacijskih sobah po Sloveniji. Navedenih je bilo pet trditev, ki so jih anketiranci ocenjevali po pet stopenjski Likertovi lestvici. Pri čemer pomeni ocena 1- sploh se ne strinjam, 2- se ne strinjam, 3 – niti da, niti ne, 4 – se strinjam, 5 – popolnoma se strinjam.

V sklopu vprašanj z naslovom »Kje so rešitve?«, pa smo želeli izvedeti ali se strinjajo z navedenimi rešitvami, ki so bile navedene na osnovi pregleda literature in priporočil različnih strokovnjakov, ki raziskujejo problematiko starejših delavcev. Navedli smo deset trditev (rešitev), ki so jih anketirani ocenjevali po pet stopenjski Likertovi lestvici. Pri čemer pomeni ocena 1- sploh se ne strinjam, 2- se ne strinjam, 3 – niti da, niti ne, 4 – se strinjam, 5 – popolnoma se strinjam.

Anketiranje je potekalo anonimno. Razdelili smo 36 vprašalnikov. Vrnjenih smo dobili 30. Podatke smo statistično obdelali z SPSS, verzija 21.0 in jih grafično prikazali v Microsoft Excel-u.

3.3 RAZISKOVALNI VZOREC

Raziskavo smo izvedli na strokovnem srečanju Sekcije medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v operativni dejavnosti Slovenije, 22. novembra 2013, kjer smo dobili ciljno skupino iz različnih ustanov in področij dela v Sloveniji, na enem mestu. Za odobritev izvedbe raziskave smo predhodno zaprosili predsedstvo Sekcije medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v operativni dejavnosti Slovenije.

3.4 REZULTATI IN INTERPRETACIJA

Rezultati ankete so pokazali, da poklic OP MS še vedno v največji meri opravljajo ženske. Gre za feminiziran poklic. Vse anketiranke so bile ženskega spola.

Po starosti je največ anketirank (64 %) spadalo v starostno skupino od 33 - 48 let (X - generacija), v starostno skupino 49 in več let (»baby boom« generacija) spada 23 %, najmanj anketirank je spadalo v kategorijo od 18 - 32 let (Y - generacija), in sicer 13 %. Po izobrazbi je bila večina (80 %) anketirank z višje ali visokošolsko izobrazbo, 10 % s srednješolsko izobrazbo, 3 % s podiplomskim specialističnim študijem in v kategoriji magisterij ali več 10 % anketirank. Polovica 50 % anketirank je bilo iz delovne organizacije UKC (Ljubljana in Maribor), drugih 50 % pa so zastopale splošne bolnišnice.

Za večino (90 %) je področje dela operacijska soba. 7% jih je delalo v ambulantni operativni dejavnosti, 3 % pa v specialistični ambulanti.

V sklopu trditev z naslovom **»Splošno, stereotipno razmišljanje o OPMS 55+«**, smo navedli deset trditev (stereotipov), ki bi jih lahko pripisali OPMS starejši od 55 let. Zanimalo nas je mnenje anketiranih.

Tabela 1. *Stereotipi o OPMS 55+.*

Stereotipi o OPMS 55+	**N**	**Min**	**Max**	**Mean**
OPMS po 55 letu ne more vzdržati psihofizičnih naporov, ki jih zahteva proces dela	30	1	5	3,97
OPMS po 55 letu težko sledi hitremu napredku in novim tehnologijam	30	2	5	4,13
OPMS po 55 letu je manj učinkovita in potrebuje pomoč	30	3	5	4,13
OPMS po 55 letu ima težave s koncentracijo, motivacijo in inovativnostjo	30	3	5	4,47
OPMS po 55 letu se težje znajde v medgeneracijski različnosti tima (mlajši-starejši)	30	1	5	3,70
OPMS po 55 letu potrebuje prilagojen delovni ritem (delovni čas, odmor,…)	30	2	5	4,13
OPMS po 55 letu potrebuje delo. okolje prilagojeno njenim zmožnostim,ki ji omogoči funkcionalno učinkovitost	30	2	5	4,30
OPMS po 55 letu ima že zdravstvene težave in omejitve, tudi pogojene s poklicem	30	3	5	4,33
OPMS po 55 letu je pogosto odsotna iz delovnega mesta (večji absentizem)	30	3	5	4,30
OPMS po 55 letu je neprecenljiv vir znanja in izkušenj	30	3	5	4,27

Iz Tabele 1 je med drugim razvidno, da se večina anketirank strinja z navedenimi lastnostmi OP MS po 55 letu starosti. Nekoliko nižjo povprečno oceno je dobila trditev, da se OP MS po 55 letu težje znajde v medgeneracijski različnosti tima. Povprečna ocena je 3,7. Anketiranke so slabše ocenile tudi stereotip, da OP MS po 55 letu ne more vzdržati psihofizičnih naporov, ki jih zahteva proces dela. Mogoče je ta rezultat tudi posledica dejstva, da je bila večina anketirank v starostni skupini od 33 do 48 let in se še ne sooča toliko s problemom zmanjšanja psihofizičnih zmožnosti. Na splošno pa se anketirane OP MS očitno zavedajo kaj jih čaka na delovnem mestu v obdobju od 55 leta starosti do upokojitve. Tega dejstva se morajo čim prej zavedati tudi zdravstvene organizacije in pripraviti razmere prilagojene starejšim zaposlenim. Seveda je problem, ker zakonodaja tega področja posebej ne pokriva in ne nalaga delovnim organizacijam, da prilagodijo delovna mesta starejšim zaposlenim. Vendar bo problem nastal in delovne organizacije

se bodo morale same soočati z absentizmom, poškodbami, kroničnimi boleznimi in nositi posledice le-teh.

Rezultati sklopa trditev, ki so se nanašali na **»Trenutno situacijo v slovenskih zdravstvenih ustanovah«** in so prikazani v grafu 1, so pričakovani.

Graf 1. *Trenutna situacija v našem delovnem okolju v odstotkih.*

S sklopom vprašanj, ki so se nanašali na trenutno situacijo v posamezni delovni organizaciji, smo lahko ugotovili, da je trenutno v zdravstvenih ustanovah v Sloveniji enaka situacija kot v podjetjih. Da se premalo se zavedamo problematike starejših delavcev se je popolnoma strinjalo 30 % anketirank, strinjalo pa 53,3 % anketirank, povprečna ocena trditve je bila 4,07. Velik odstotek anketirank 40 %, se sploh ni strinjalo s trditvijo, da je kadrovska politika v delovni organizaciji usmerjena k ravnanju s starejšimi zaposlenimi. Povprečna ocena trditve je 2,0. Še slabše je bila ocenjena trditev, da imajo delovne enote opremo, prostore in način dela prilagojen starejšim delavcem, saj se jih 43,3 % sploh ni strinjalo s trditvijo, se ni strinjalo pa 33,3 %, povprečna ocena je le 1,80. Anketiranke se sploh niso strinjale v 33,3 %, da njihova organizacija dela v delovni enoti upošteva omejitve starejših, 40 % pa se s to trditvijo ni strinjalo. Povprečna ocena trditve je bila 2,0. Z višjo povprečno oceno 3,67 je bila ocenjena trditev, da se znanje in izkušnje starejših sodelavcev s pridom izkoriščajo za mentorstvo. S to trditvijo se je strinjalo 40 % anketirank,

23,3 % pa popolnoma strinjalo. To dejstvo je pomembno tudi za prihodnost, saj so starejše OP MS tekom kariere pridobile neprecenljive izkušnje in znanje. Tudi v prihodnosti se vidi vloga starejših zaposlenih OP MS kot mentorje ali tutorje mlajšim kolegom. Ne smemo pa mimo dejstva, da je na področju OPZN v Sloveniji situacija, da se znanje in izkušnje še vedno v največji meri prenašajo od izkušenih sodelavcev do neizkušenih, saj ni izobraževalnega programa za profil OP MS. V Sloveniji se OP MS trenutno še vedno uvaja v 98,3 % s prenosom znanj in izkušenj starejših sodelavcev (Žmauc, 2012). Našo raziskavo lahko primerjamo z raziskavo med slovenskimi podjetji, ki sta jo opravila Dimovski in Žnidaršič (2008) in je pokazala, »da se podjetja v Sloveniji na splošno zavedajo problemov, ki jih prinaša proces staranja prebivalstva v slovensko družbo, slovenska podjetja in najbolj v njihovo lastno podjetje, kljub temu pa le redke organizacije v praksi udejanjajo ukrepe v smeri ravnanja s starejšimi ljudmi pri delu – kot odgovor na demografske trende«. Dimovski in Žnidaršič (2008) sta v isti raziskavi ugotovila »da ima manj kot polovica podjetij izdelan kadrovski načrt upokojevanja svojih zaposlenih, prav tako velika večina ne izvaja posebnih ukrepov za zadrževanje starejših zaposlenih, kar pomeni, da ne izvajajo nobenih ukrepov za ta namen na področjih, kot so prilagoditve delovnih mest, organizacija dela, zdravstvena preventiva in podobno«.

S sklopom vprašanj »Kje so rešitve?« smo želeli izvedeti v kolikšni meri se anketiranke strinjajo s podanimi rešitvami za problematiko starejših OP MS. Da se strinjajo z rešitvami so potrdili rezultati, le v dveh primerih je povprečna ocena nižja in sicer pri trditvi, da je rešitev v usmerjenosti organizacijske kulture in kadrovske politike v »management aktivnega staranja« OP MS 55+ je rezultat povprečna ocena 3,97. Prav tako se OP MS ne zdi v toliki meri potrebno ustrezno usposabljanje vodij za delo s starejšimi zaposlenimi, saj so trditev usposabljanje vodilnih za vodenje starejših sodelavcev ocenili najnižje s povprečno oceno 3,70.

Tabela 2. *Kje so rešitve?*

Kje so rešitve?	N	Min	Max	Mean
Usmerjenost organizacijske kulture in kadrovske politike v »management aktivnega staranja« OPMS 55+	30	1	5	3,97
Spreminjanje ali ustvarjanje novih delovišč, ki ustrezajo OPMS 55+, vključujoč omejitve in prednosti (izkušnje in znanje)	30	2	5	4,13
Kritičen pregled in posodobitev obstoječih sistemizacij delovnih mest za OPMS	30	3	5	4,13
Izkoriščenost strokovnega potenciala OPMS po 55 letu (mentorstvo, svetovalne vloge)	30	3	5	4,47
Usposabljanje vodilnih za vodenje starejših sodelavcev	30	1	5	3,70
Spodbujanje permanentnega usposabljanja, vključujoč medgeneracijsko sodelovanje	30	2	5	4,13
Skrb za zdravo in varno delovno okolje (preventivno delovanje)	30	2	5	4,30
Odsotnost starostne diskriminacije (pravočasna zaznava in ustrezno ukrepanje)	30	3	5	4,33
Spremembe v organizaciji dela, upoštevaje posebnosti kadrovskih virov	30	3	5	4,30
Vključenost OPMS 55+ v načrtovanje politike »managementa aktivnega staranja«	30	3	5	4,27

4 ZAKLJUČEK

Staranje je preveč resen problem, da bi se kar zgodil z vsemi njegovimi posledicami, zato je potrebno pravočasno pristopiti k pripravi na staranje z vidika posameznika z optimalnimi osebnimi odločitvami in pripravi na starost z vidika podjetij z uvajanjem managementa seniorjev in z vidika družbe s pripravo in izvajanjem ustrezne strategije (aktivnega) staranja (Pavliha, 2009). Rešitve v zdravstvenih ustanovah so vsekakor v spremenjeni kadrovski politiki, ki je usmerjena k aktivnemu staranju svojih zaposlenih, zdravstveni preventivi, prilagoditvi delovnih mest in organiziranosti delovnega procesa, v ustvarjanju novih delovnih mest, novih sistemizacijah, preprečevanju diskriminacije, izobraževanju vodij… Podobne aktivnosti povezane s spreminjajočimi se demografskimi trendi in posledično s staranjem zaposlenih definirata Dimovski in Žnidaršič (2008): menedžment starostne (ne)diskriminacije, oblikovanje delovnih mest po meri zaposlenih (ergonomija), organizacija delovnega časa po meri starejših, promocija zdravja in zdravstvena preventiva, načrtovanje sekundarnih karier, menedžment znanja (zlasti prenosa znanj s starejših, ki odhajajo na mlajše, ki prihajajo), menedžment (ponovne)

vključitve (rehabilitacijski programi, prerazporeditev na drugo delovno mesto, fleksibilne oblike dela itd.) ter menedžment starostne raznolikosti zaposlenih. Rešitve morajo biti hitre in predvsem sistemske, torej podprte tudi z ustrezno zakonodajo.

Ali smo v delovnih organizacijah pripravljeni na nov trend zaposlovalne politike, načrtovanja kadrovskih virov in programov dela? Kako organizirati kadre, ki so po znanju in izkušnjah neprecenljiv vir, hkrati pa upada njihova psihofizična sposobnost delovanja in funkcioniranja? Kako prilagoditi delovno okolje starejšim zaposlenim, da bodo le-to ergonomsko in varno? Kako se lotiti vodenja različnih generacij zaposlenih? Ali so vsa delovna mesta primerna za starejše zaposlene? Ali imamo dovolj znanja za razumevanje za organizacijo aktivnega staranja zaposlenih? Poznamo dovolj dobro značilnosti starejših delavce, da nas ne zavedejo stereotipi? Ali imamo dovolj strokovnjakov za pomoč in izobraževanje ob uvajanju nove organizacije dela, prilagojene starejšim zaposlenim? Ali smo sploh pripravljeni na novo paradigmo organiziranja delovnega procesa, upoštevajoč zaposlene po 55 letu starosti? To so vprašanja na katera mora management delovnih organizacij odgovoriti hitro in vključiti management starejših zaposlenih v strateške cilje delovne organizacije.

Literatura

1. *Dimovski V. Staranje zaposlenih - nov izziv za slovenske managerje. Dostopno na: www.razgledi.net/.../staranje-zaposlenih-–-nov-izziv-z.. (23. 11 2013).*
2. *Dimovski V, Žnidaršič J. »Menedžment starosti« - nova paradigma ravnanja z ljudmi pri delu. Prevzeto 23. 11 2013 iz www.delavska-participacija.com/priloge/ID080608.doc; 2008.*
3. *Dimovski, V., & Žnidaršič, J. Staranje delovne sile: nov izziv za slovenska podjetja. Dostopno na: www.kapitalska-druzba.si (23.11.2013).*
4. *Ilmarinen J. Spodbujanje aktivnega staranja na delovnem mestu - European Year for Active Ageing and Solidarity between Generations 2012. Dostopno na: https://osha.europa.eu/.../promoting-active-ageing-in-t... (25.11.2013).*
5. *Pavliha M. (Ne) podpiranje aktivnega staranja v Sloveniji. 9. festival za tretje življenjsko obdobje, Zbornik Vloga starejših v sodobni slovenski družbi. Ljubljana; 2009: 18-24.*
6. *Vidmar Svetlik, J. Razvoj in vključevanje zaposlenih - pomembni aktivnosti managementa človeških virov v starajoči se evropski družbi (magistrsko delo) Ljubljana:. Univerza v Ljubljani, Ekonomska fakulteta; 2008.*
7. *Žmauc T. Ali dodiplomski študij zadovoljuje potrebe po znanju operacijskim medicinskim sestram? (magistrsko delo) Maribor: Univeza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede; 2012.*

OBREMENJENOST OPERACIJSKIH MEDICINSKIH SESTER

***Zdenka RAZGORŠEK*[1]**

Izvleček

Vsak pacient ima pravico do najkvalitetnejše operacijske zdravstvene nege. Obremenjenost - čustvena, ustvarjalna ali telesna pa spodkopava učinkovitost, zdravje in dobro počutje operacijskih medicinskih sester in posledica tega je, da je nudenje optimalne operacijske zdravstvene nege okrnjeno.

Ključne besede: *operacijska medicinska sestra, obremenjenost, zdravstvena nega*

1 UVOD

Obremenjenost - čustvena, ustvarjalna ali telesna - spodkopava učinkovitost, zdravje in dobro počutje. Kadar se z medicinskimi sestrami pogovarjamo o problemih in obremenjenosti, ugotavljamo, da so nedvomno zelo prizadete zaradi nezmožnosti, da bi dosegle tisto, kar jim resnično nekaj pomeni. Veliko energije porabijo samo za to, da se prebijejo skozi dan. Občutno več je potrebujejo, da delajo ustvarjalno in zbrano, da rešujejo zapletene probleme in podrobno obveščajo druge o tem, kaj so prispevale k skupnim projektom. Veliko energije morajo vložiti, da se s pristno pozornostjo in s spoštovanjem osredotočijo na druge; izčrpanost in problemi namreč spodkopavajo zmožnost za delo z občutkom. Razpad povezanosti z delom povečuje te zahteve, kajti posamezniki posvečajo veliko več pozornosti svojemu položaju v zvezi z zaposlitvijo, ne le svojemu delu. Ker ne morejo ničesar več jemati kot samoumevno, morajo več dragocene energije nameniti predvidevanju organizacijskih problemov. Nenehna skrb za svojo vlogo v organizacijskem zmanjševanju in preoblikovanju delovnih mest je izčrpavajoča.

2 RAZPRAVA

Vsak pacient ima pravico do najkvalitetnejše operacijske zdravstvene nege. Pri izvajanju le-te se operacijske medicinske sestre (OP MS) pogosto srečujemo s problemi,

1 Zdenka RAZGORŠEK, dipl. m. s., Splošna bolnišnica dr. Jože Potrč Ptuj, Centralni operacijski blok; Potrčeva cesta 23, 2250 Ptuj; koka.mimi@gmail.com

ki so večinoma organizacijske narave - nenadne spremembe operacijskih programov, pomanjkanje materialov, težave z aparaturami, nezadostna informiranost, pomanjkljiva komunikacija, stalen občutek priganjanja …, vse to povzroča nezadovoljstvo OP MS.

OP MS, ki trpijo zaradi problemov na delovnem mestu, omenjajo kronične težave z zdravjem: nespečnost, napetost, glavobole, povišan krvni tlak, težave z želodcem in večjo dovzetnost za infekcije. Nemogoče se je počutiti povsem sproščeno in lagodno, ne na delovnem mestu in tudi ne izven njega. Težave z zdravjem so lahko vir trajne izčrpanosti, če navkljub obupnemu počutju delamo dalje. Čeprav nas problemi na delovnem mestu izčrpavajo in obremenjujejo, si ne moremo privoščiti, da bi bile odsotne, ker čutimo dolžnost in obveznost do sodelavcev in pacientov, ali pa zato, ker se bojimo, da nas nadomesti nekdo drug ali da celo ostanemo brez službe.

Delo OP MS je zaradi narave dela specifično, dinamično in hkrati fizično in psihično naporno. Vso delo poteka v zaprtih, izoliranih, klimatiziranih prostorih z umetno svetlobo. Pri delu v operacijskih dvoranah smo izpostavljene različnim temperaturam, anestezijskim plinom, kemičnim spojinam, ionizirajočim žarkom, različnih vrst kužnin, ostrim predmetom, kar neprestano negativno vpliva na zdravje in predstavlja vir možnih okužb.

Operativni posegi trajajo več ur. Pri tem je potrebna največja zbranost, vestnost in natančnost. Med operativnimi posegi smo zaradi operativnega položaja pacienta in razporeditve kirurške ekipe velikokrat v prisiljeni drži, kar neugodno vpliva na počutje. Če so operativni posegi dolgotrajni in trajajo več ur, se včasih zaradi zahtevnosti operativnega posega ne moremo in ne smemo odstraniti ali zamenjati s sodelavko.

OP MS je članica multidisciplinarnega tima. Sodelujemo z različnimi ljudmi; vsak ima svoje osebnostne lastnosti, kulturo, zahteve. Temu se moramo prilagajati, ne samo zaradi delovnih nalog, kjer nismo odvisne le od sebe, temveč tudi od svojih sodelavcev, marveč tudi zaradi medsebojnih odnosov, ki ustvarjajo delovno klimo, saj skupaj z njimi preživimo veliko časa, v različnih trenutkih in situacijah, ki jih narekuje delo z pacientom. To so trenutki največje zbranosti, napetosti, žalosti, razočaranj ali veselja in velikokrat utrujenosti.

Ob vsem tem imamo OP MS prav tako lastne potrebe in želje, katerih zaradi narave dela marsikdaj ne moremo zadovoljiti.

Vedno bolj opažamo določene nepravilnosti v kadrovanju, oziroma organizaciji dela - neustrezna razporeditev zaposlenih glede na njihovo usposobljenost, pomanjkanje kadra, preobremenjenost z deli, ki bi jih lahko opravili drugi, neustreznih odnosih in posledično temu slabi delovni klimi tako znotraj kolektiva OP MS, kot tudi širše.

Operacijska soba je prostor, kjer ožji zdravstveni tim deluje v interakciji drug z drugim in z vso potrebno tehnologijo. Tim ne more delovati v izolaciji. Na njihovo dejavnost vpliva

mnogo dejavnikov, ki vključujejo osebne karakteristike, odnose, kvalifikacije, sestava tima, organizacijsko kulturo in klimo, fizične vire ter zdravstveno stanje pacienta. Vse to vpliva na proces med operativnim posegom, ki ne vključuje le tehničnega dela, temveč obsega tudi medosebne procese, kot so sprejemanje odločitev, dajanje prioritet in reševanje konfliktov. Vse to vpliva na varnost, učinkovitost in zadovoljstvo z delom.

Nekatere OP MS so mnenja, da se lahko stresnim situacijam izognejo tako, da ne sodelujejo v njih in se jim izmikajo. Osebje v delovnem okolju to opazi, kar privede do medosebnih konfliktov v zdravstvenem in negovalnem timu. OP MS, ki menijo, da so zadostno pripravljene ali da imajo višjo stopnjo kontrole, delujejo bolj učinkovito.

Kljub temu pa se večina OP MS ne more izogniti problemom na delovnem mestu. Tako lahko preobremenjenost v večini primerov privede do sindroma izgorevanja:

- Telesna izčrpanost, kronična utrujenost, slaba odpornost, napetost mišičja, pogosti glavoboli, bolečine v hrbtenici;
- Čustvena izčrpanost, ki se kaže v potrtosti, nemoči, obupom, naraščajočimi konflikti, napetostjo, jezo;
- Duševna izčrpanost z negativno naravnanostjo do sebe, do dela in do sodelavcev.

Predpostavljam, da je delovno mesto OP MS obremenjujoče tako fizično kot psihično, izdelanega kadra za operacijske enote je premalo, oziroma ga ni; s tem je otežena pravilna organizacija dela v operacijskih sobah. Dosledno izvajanje procesa operacijske zdravstvene nege pa je povsod po Sloveniji šele oz. še vedno na začetku.

Zaradi specifičnosti dela OP MS, zahteva to delo od njih dobro prilagodljivost, stabilnost, visoko stopnjo etičnosti in morale, predvsem pa mora biti OP MS integrirana osebnost, ki je zmožna obvladati vsakodnevne stresne situacije, hkrati pa profesionalno opravljati svoje delo v skladu s strokovnimi smernicami in normami.

Ker je delo v operacijskih sobah timsko, zahteva stalno prilagajanje, podrejanje, sprejemanje kompromisov in popuščanje. Delo v skupini zahteva od ljudi, da so strpni, znajo prisluhniti in upoštevati mnenja drugih. Zato morajo imeti OP MS večjo stopnjo stabilnosti, boljšo stopnjo integriranosti. Ker lahko pride v skupini do pogostejših konfliktov in nesporazumov, je potrebna velika stopnja tolerance in zmožnost, kako pojasniti svoje mnenje brez povečanja napetosti med člani tima. Prihaja do medsebojnih vplivov različnih razpoloženj posameznih članov tima, ki pa jih moramo v delovnem okolju znati razporediti in rešiti v korist nas samih in predvsem v korist in blagostanje pacienta.

Operacijska zavest je kombinacija integritete, iskrenosti in samozavesti, ki dopušča zmotljivost, kot človeško lastnost, ter budnost nad napakami, ki jih je potrebno nemudoma odpraviti, preden prizadenejo nepopravljivo škodo pacientu. Ko se med člani operacijske ekipe ustvari odnos, ki temelji na medsebojnem spoštovanju, znanju in izkušnjah,

postanejo poprave napak, preverjanje prakse in strokovni nadzor, ne destruktivna, ampak konstruktivna dejanja. Komunikacija pa je osnova sodelovanja med ljudmi. V službi zdravstvene nege je strokovno komuniciranje ravno tako pomembno, kot znanje iz poklicnega področja, da lahko nudimo kakovostno zdravstveno nego. V zdravstvu je pač potrebno medsebojno sodelovanje na vseh ravneh, saj drug brez drugega ne moremo funkcionirati.

Zdravstvo nasploh in pa predvsem negovalni kader je nenehno prizadet s strani proračuna, običajno in najbolj neposredno pa s pomanjkanjem osebja. V nacionalnih zdravstvenih ustanovah primanjkuje perila, obvezilnega materiala in ostalega potrošnega materiala; vzdušje v zdravstvu preveva varčevanje in vsestransko krčenje materialnih in kadrovskih resursov….Če se to dogaja nekaj časa, osebje prebrodi krizno situacijo dvignjenih glav in v upanju na izboljšanje. Ko pa postane situacija kronična in celo brezupna, osebje izgubi zanimanje in morala pade. Razočarana medicinska sestra se ne more ravno razveseliti pacienta; vedno težje je biti sočuten, zaupljiv in vesten, če se povsod nižajo standardi. Odzivanje na takšne situacije pri medicinskih sestrah ni le čustveno, na njih vpliva etični vidik.

Če analiziramo dela in naloge OP MS v operacijskem bloku, je razvidno, da se pojavljajo naslednji problemi, obremenjenosti in tveganja:

- Delo poteka v zaprtih prostorih pod umetno svetlobo,
- delo poteka za neprimerno operacijsko mizo, brez možnosti opore za okončine,
- stopnja svetlobe prehaja od premočne do skoraj popolne teme; oči močno trpijo,
- pri delu smo izpostavljeni kemičnim snovem, eksplozivom, biološkim agensom, ionizirajočim žarkom, alergenom …,
- osebna zaščitna sredstva uporabnikom predstavljajo dodatno breme,
- dežurstva in stanja pripravljenosti večkrat na mesec,
- ni organiziranih delovnih odmorov,
- odgovornost za škodo povzročeno ljudem je velika,
- nesreče pri delu so pogoste,
- bolezni in okvare lokomotornega aparata so pogoste in prehajajo v kronične.

Kot je razvidno iz naštetega imamo OP MS mnogo težav s katerimi se moramo vsakodnevno spopadati. Medicina dela je mnogo bolj razvita za vsa področja dela, kot pa za delavce v zdravstvu. Tudi zato so medicinske sestre v isti skupini zaposlenih, ki imajo mnogo tipičnih poklicnih težav, katere jih spremljajo tudi izven delovne skupine in se prenašajo na družino in širšo skupnost.

Ljudje moramo najti smisel v življenju. Lahko rečemo, da mora tudi zdravstvena nega vedno znova iskati svoj smisel. Vrednote družbe se spreminjajo. Z njimi se spreminjajo tudi vrednote zdravstvene nege in vsaka generacija medicinskih sester mora zase odkriti sebi lastne vrednote. Ena od moči zdravstvene nege je, da te spremembe občuti.

V kodeksu medicinskih sester ICN (2000) je v drugem poglavju, ki se nanaša na medicinske sestre in prakso je zapisano:

» Medicinska sestra je osebno odgovorna za zdravstveno nego v praksi. Z neprekinjenim izobraževanjem skrbi za vzdrževanje svoje usposobljenosti. Medicinska sestra vzdržuje standard osebnega zdravja, tako da ni ogrožena njena sposobnost za izvajanje zdravstvene nege. Medicinska sestra presoja pristojnost posameznika, kadar sprejema odgovornost, ali pooblašča koga drugega. Pri svojem poklicnem delu medicinska sestra vedno upošteva pravila osebnega vedenja, da tako utrjuje ugled poklica in zaupanje javnosti. Medicinska sestra pri izvajanju zdravstvene nege zagotavlja, da so uporaba tehnologije in znanstvenih dosežkov v skladu z varnostjo, dostojanstvom in pravicami ljudi.«

Ta odlomek navaja, kako naj bi medicinska sestra delovala v praksi. Vendar nenehne obremenitve, nerazumevanje in kopičenje problemov, privede medicinske sestre v nezavidljiv položaj. Dejstvo, da je prva skrb medicinskih sester zdravstvena nega pacienta je marsikdaj velika obveznost, predvsem zaradi težav, pa naj bodo psihične, fizične ali kakšne druge, s katerimi se medicinske sestre srečujejo vsakodnevno. Njihov napor, da zmorejo opraviti delo, ki se od njih pričakuje, je včasih prevelik. In kmalu medicinska sestra ne more več funkcionirati tako, kot bi želela, oziroma se od nje pričakuje. Takrat potrebujemo pomoč ...

Za zagotovitev optimalnega širšega delovnega okolja je potrebno:

- Izvajati dolgoročno kadrovsko politiko, ki mora temeljiti na analizi realnega stanja in se s tem izogniti pomanjkanju kadra, preobremenjenosti zaposlenega kadra in neustrezni izobrazbeni strukturi,
- razviti zdrave mentalne odnose, ki zavarujejo poklicno identiteto,
- jasno opredeliti delovne zadolžitve,
- počasi vpeljevati nove sodelavce, saj se le na tak način nadaljuje že utečen postopek dela in zagotavlja kakovost dela,
- določiti kriterije za mentorstvo in jih tudi dosledno upoštevati,
- ozaveščati javnost o pomembnosti O PMS v procesu operacijske zdravstvene nege,
- izobraziti vodilni kader na področju humanističnih ved, saj lahko le tako celostno gledajo na potrebe OP MS,
- pravočasno reševati probleme in analizirati vzroke za nastanek le-teh,
- omogočiti in vzpodbujati permanentno izobraževanje zaposlenih,
- izvajati interni strokovni nadzor, ter se tako izogniti neupoštevanju strategije poklica, nepravičnemu nagrajevanju za delovno uspešnost in neprimernemu mentorstvu,
- pravočasno in pravilno informirati zaposlene o spremembah v delovnem procesu,
- omogočiti krajše delovne odmore po daljšem ali zahtevnem operativnem posegu,
- izobraziti vse zaposlene, predvsem pa vodilne delavce, za zgodnje odkrivanje in prepoznavanje simptomov stres, saj lahko tako razvijemo tehnike za preprečevanje in obvladovanje stresa.

Veliko lahko sami naredimo za izboljšanje delovnih pogojev z ustrezno medsebojno komunikacijo, izmenjavo izkušenj, izobraževanjem in nenazadnje s kritično samopresojo, kdaj problemi presežejo tisto točko, ko rabiš nekoga, da ti pomaga…

A vse to ni dovolj; delovna zahtevnost in nenehno prilagajanje, učenje in ostali agensi od nas zahtevajo veliko več. Tako so tu potrebni konkretni plani izobraževanja dela v operacijskih prostorih, dodelana politika zaposlovanja novega usposobljenega kadra po izdelani sistematizaciji, uvajanje programov pomoči, ki bi omilil probleme na delovnem mestu….

Zavedamo se, da se marsičesa v operacijskih prostorih ne da izogniti in se s tem tudi soočamo pri svojih najboljših močeh; vendar bi k pravemu vrednotenju našega dela veliko prispevala pravilna analiza delovnega mesta.

3 ZAKLJUČEK

Medicinske sestre smo del postmoderne družbe, za katero je značilna razdvojenost med različnimi življenjskimi in poklicnimi alternativami. Smo del močno hierarhičnega, težko spremenljivega sistema zdravstvenega varstva in hkrati del globalne družbe, za katero so značilne hitre spremembe, ki zahtevajo od posameznika veliko sposobnost prilagajanja in sprejemanja drugačnosti. To je po eni strani lahko vir nezadovoljstva in apatije, ter po drugi strani izredna priložnost za uveljavljanje poklicne skupine in njenih predstavnikov. S skupnim in sinhronim delom bo naše delo priznano, cenjeno in videno. Zadovoljstvo pacientov bo večje, pa tudi naše delo bo lažje in usmerjeno v prihodnost kakovostne zdravstvene nege.

Literatura

1. Filej B. Profesionalna načela v zdravstveni negi. Obzor Zdr N. 2001;35:71-4.
2. Grbec V. Sistemi delitve dela v zdravstveni negi. Obzor Zdr N. 1988;22:3-9.
3. Kladivec S. Organizacijski vidik sistema izboljšanja kakovosti v zdravstveni negi. 4.kongres. Združenje MS in ZT Slovenije, 2003.
4. Kramer M. Iskanje rešitev čustvenih stisk medicinskih sester. Obzr Zdr N. 1988;22(3/4): 185-92.
5. Kocuvan V. Uvajanje sodobne procesne metode dela zdravstvene nege v operacijsko enoto (diplomska naloga). Maribor: Univerza v Mariboru, Visoka zdravstvena šola; 2000.
6. Krošelj Naumov S. Učinkovitost komunikacije med člani negovalnega tima v bolnišnici. Obzor Zdr N. 1996;30(3/4):109-17.
7. Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza duštev medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov Slovenije. Kodeks medicinskih sester. ICN,2000. Dostopno na: http://www.dmszt-nm.si/media/pdf/kodeks_etike.pdf (17.3.2014).
8. Plaznik M. Obremenjenost operacijske medicinske sestre (diplomska naloga). Maribor: Univerza v Mariboru, Visoka zdravstvena šola; 2001.
9. Požarnik T. Prisotnost sindroma „Burn-out" med operacijskimi medicinskimi sestrami. In: Rebernik Milić M. Zbornik XIII - Kakovost medoperacijske zdravstvene nege danes in jutri, Portorož, 22. – 25. maj 2002. Ljubljana: Sekcija operacijskih medicinskih sester Slovenije; 2002: 12-8.
10. Pahor M. Moč za pomoč - Viri etičnega odločanja pri delu medicinskih sester. Ljubljana: Teorija in praksa 2003;6:1127-42.
11. Razgoršek Z. Problemi s katerimi se srečujejo operacijske medicinske sestre (diplomska naloga). Maribor: Univerza v Mariboru, Visoka zdravstvena šola; 2006.

SEZNAM AVTORJEV PO STRANEH

Sanja ARNAUTOVIĆ 59
Andreja GRADIŠAR 46
Magdalena HROVAT 83
Vesna JURKOŠEK 43
Rudi KOČEVAR 28
Miljana KRAŠEVEC 22
Nataša KRAVCAR 59
Andreja KUŠTER 93
Leonardo LOVRIČ 49
Maja MAROLT 22
Nina MIHOLIČ ILC 104
Valerija MILČIĆ 34
Sandi MRVAR 66
Peter MULEC 60
Matej PREVORČIČ 43
Milena PROSEN 38
Mateja PUŠNIK 83
Zdenka RAZGORŠEK 129
Mateja STARE 77
Jože ŠIMENKO 28
Nika ŠKRABL 109
Blaž TROTOVŠEK 13, 109
Tatjana TROTOVŠEK 66
Alenka UMEK 60
Tanja ŽMAUC 120

Večja varnost za vsakega pacienta

ProcedurePak® seti določajo standard porabljenega materiala
na operativni poseg in se hitro prilagajajo spremembam.

ProcedurePak®

MÖLNLYCKE
HEALTH CARE

SimpsiS® medicinski pripomočki

TachoSil®

humani fibrinogen, humani trombin

Omogoča hitro in zadostno hemostazo pri krvavitvah.[1]

Učinkovit hemostatik in tesnilo pred puščanjem zraka, ki se prilepi in prilagodi površini rane ter ostane na mestu aplikacije tudi na premikajočih organih.[1, 2, 3, 4]

Prilagaja se vašim potrebam!

Zaustavi krvavitev tudi pri koagulopatijah.[4]

Učinkovit hemostatik pri zahtevnih ginekoloških krvavitvah.[5, 6, 7]

Reference:

1. Tachosil SmPC 11/2013
2. Anegg U et al. 2007
3. Lang G et al. 2004
4. Maisano F et al. 2009
5. Santulli P et al. 2011
6. Tinelli A et al. 2011
7. Buda A et al. 2012

Pred uporabo, prosim, preberite celoten povzetek glavnih značilnosti zdravila!
Ime zdravila TachoSil zdravilna gobica **Kakovostna in količinska sestava** TachoSil na cm² vsebuje: humani fibrinogen 5,5 mg in humani trombin 2,0 i.e. **Farmacevtska oblika** TachoSil je sivo bela gobica. Učinkovita stran gobice, ki je obložena s fibrinogenom in trombinom, je označena z rumeno barvo. **Terapevtska indikacija** TachoSil je namenjen odraslim za podporno zdravljenje v kirurgiji za izboljšanje hemostaze - pospešuje zatesnitev tkiv, in za podporo *Sivanja v žilni* kirurgiji, kjer ne zadoščajo standardne kirurške tehnike. **Odmerjanje in način uporabe** Uporaba TachoSila je omejena na izkušene kirurge. Zaradi nezadostnih podatkov o varnosti in učinkovitosti uporaba TachoSila pri otrocih pod 18 let ni priporočljiva. Pri določanju števila gobic TachoSila za uporabo se je potrebno ravnati po osnovni klinični potrebi bolnika. Število gobic TachoSila, ki jih uporabite, je odvisno od velikosti poškodovane površine. Lečeči kirurg mora prilagoditi uporabo TachoSila pri posamezniku. Pri kliničnih preskušanjih so običajno uporabili 1-3 gobice (9,5 cm x 4,8 cm); poročali so o uporabi do 7 gobic. Za manjše rane, npr. pri minimalno invazivnem kirurškem posegu, priporočamo manjšo velikost gobic (4,8 cm x 4,8 cm ali 3,0 cm x 2,5 cm). **Kontraindikacije** Zdravilo se ne sme uporabljati intravaskularno. Preobčutljivost za zdravilne učinkovini ali katerokoli pomožno snov. **Posebna opozorila in previdnostni ukrepi** Samo za lokalno uporabo. Če se zdravilo pomotoma uporabi intravaskularno, se lahko pojavijo življenjsko ogrožajoči trombembolični zapleti. Za uporabo tega zdravila v nevrokirurgiji ali gastrointestinalni anastomozni kirurgiji ni bilo pridobljenih specifičnih podatkov. Kot pri vsakem proteinskem izdelku, so možne alergijske preobčutljivostne reakcije. Znaki preobčutljivostnih reakcij vključujejo koprivnico, generalizirano urtikarijo, občutek tesnobe v prsih, sopihanje, hipotenzijo in anafilaksijo. Če se ti simptomi pojavijo, je treba takoj prenehati z uporabo. V primeru šoka upoštevajte veljavne medicinske standarde za zdravljenje šoka. Pri uporabi zdravil, pripravljenih iz humane krvi ali plazme, ni mogoče povsem izključiti možnosti prenosa povzročiteljev okužb. To velja tudi za neznane ali nove viruse in druge patogene organizme. Zelo priporočljivo je, da se pri vsaki uporabi TachoSila pri bolniku zabeležita ime in serijska številka zdravila, za ohranitev povezave med bolnikom in serijo zdravila. **Medsebojno delovanje z drugimi zdravili in druge oblike interakcij** Formalne študije o medsebojnem delovanju niso bile opravljene. Podobno kot primerljiva zdravila ali raztopine trombina se lahko to sredstvo za zapiranje ran po izpostavitvi raztopinam, ki vsebujejo alkohol, jod ali težke kovine (npr. antiseptične raztopine), denaturira. Takšne snovi moramo v največji možni meri odstraniti pred namestitvijo sredstva za zapiranje ran. **Nosečnost in dojenje** Varnost uporabe TachoSila med nosečnostjo ali dojenjem pri ljudeh ni bila ugotovljena v kontroliranih kliničnih preskušanjih. Poskusne študije na živalih ne zadoščajo za oceno varnosti glede razmnoževanja, razvoja zarodka ali ploda, poteka nosečnosti ter peri- in postnatalnega razvoja. Zato smejo noseče in doječe ženske zdravilo TachoSil uporabljati samo, če je nujno potrebno. **Neželeni učinki** Preobčutljivostne ali alergijske reakcije (ki lahko vključujejo angioedem, pekoč občutek in zbadanje na mestu aplikacije, bronhospazem, mrzlico, rdečico, generalizirano urtikarijo, glavobol, koprivnico, hipotenzijo, letargijo, slabost, nemir, tahikardijo, tiščanje v prsih, mravljinčanje, bruhanje, piskajoče dihanje) se lahko v redkih primerih pojavijo pri bolnikih, ki jih zdravimo s fibrinskimi/hemostatičnimi sredstvi za zapiranje ran. V posameznih primerih se lahko te reakcije stopnjujejo do hude anafilaksije. Takšne reakcije lahko vidimo zlasti, če se zdravilo nameša večkrat ali bolnikom, za katere je znano, da so preobčutljivi za sestavine zdravila. Redko se lahko pojavijo protitelesa proti sestavinam fibrinskih/hemostatičnih zdravil za zapiranje ran. Če se zdravilo pomotoma uporabi intravaskularno, se lahko pojavijo trombembolični zapleti. Za razvrščanje neželenih učinkov po pogostosti pojavljanja se uporabljajo naslednje kategorije: zelo pogosto (≥1/10); pogosto (≥1/100 do <1/10); redko (≥1/10.000 do <1/1000); in zelo redko (<1/10.000), neznana (ni mogoče oceniti iz razpoložljivih podatkov) – pogosti: pireksija, občasni: preobčutljivost, zelo redki: tromboembolizem (pri intravaskularni uporabi). **Seznam pomožnih snovi** Konjski kolagen, humani albumin, riboflavin (E101), natrijev klorid, natrijev citrate (E331), L-argininijev klorid **Velikost pakiranj** Pakiranje z 1 gobico velikosti 9,5 cm x 4,8 cm, pakiranje z 1 gobico velikosti 3,0 cm x 2,5 cm. **Rok uporabnosti** 3 leta. Tachosil je treba uporabiti takoj po odprtju folijske vrečke. **Posebna navodila za shranjevanje** Shranjujte pri temperaturi do 25 °C. **Imetnik dovoljenja za promet** Takeda GmbH, St. Peter Strasse 25, A-4020 Linz Avstrija **Številka dovoljenja za promet** EU/1/04/277/001-004. **R-** Predpisovanje in izdaja zdravila le na recept. **Datum zadnje revizije besedila** November 2013

TAK/TACHOSIL/2014/002, marec 2014

Takeda

Samo za strokovno javnost.