

# PROCES ZDRAVSTVENE NEGE PRI ANESTEZIJI

Vera Spindler

UDK/UDC 617-089.5.168.1

THE PROCESS OF NURSING CARE IN ANAESTHESIA

DESKRIPTORJI: anestezija; zdravstvena nega

DESCRIPTORS: anesthesia; nursing care

**IZVLEČEK** – Članek govori o pomenu dela medicinske sestre po procesu zdravstvene nege pri anesteziji. Opisuje delitev dela med posameznimi profili znotraj anesteziološkega tima in osnovne značilnosti njegovega delovanja. Navaja standarde zdravstvene nege pri anesteziji in v pooperativnem nadzoru. Predstavlja tudi obrazec zdravstvene nege na tem področju dela, računalniško obdelavo podatkov in njihovo uporabo v praksi.

**ABSTRACT** – The article describes the significance of the work of nurses according to the principles of nursing care in anaesthesia. Further, it describes the sharing of work tasks among different profiles inside the anaesthesia team and basic characteristics of its work. The standards of nursing care during anaesthesia and pooperative period are stated. Also presented is the form for nursing care in this field of work, computer processing of data and their use in practice.

## Uvod

Razlogi za uvedbo procesa zdravstvene nege pri anesteziji so naslednji: skrb za kontinuiteto zdravstvene nege, se pravi povezava zdravstvene nege na oddelku in zdravstvene nege med anestezijo in po njej; celostno pojmovanje bolnika. Na ta način pomagamo ohranjati bolnikovo integriteto, pojmujejo ga kot osebnost, ne le kot oboleli organ. Tako skušamo tudi preseči pojmovanje anestezije kot servisne dejavnosti in jo vgraditi v proces zdravljenja.

## Definicija zdravstvene nege pri anesteziji

Izhajamo iz predpostavke, da je zdravstvena nega osnovna sestavina zdravstvene nega varstva, ki se ukvarja s posameznikom, družino in družbeno skupnostjo v vseh njihovih razvejanih funkcijah v času zdravja in bolezni.

Zdravstvena nega pri anesteziji pomeni sklop vseh nalog in opravil, ki so potrebna za čim boljši in nemoten potek anestezije v vseh fazah, za čim boljše bolnikovo psihofizično počutje, za njegovo varnost med uvajanjem v anestezijo (indukcijo), anestezijo samo in v tem pooperativnem nadzoru.

Nujno je, da se s takšno definicijo zdravstvene nege spoznajo – in jo v praksi izvajajo – tako nosilci dejavnosti, se pravi medicinske sestre, kot tudi zdravniki, ker s tem preprečimo njeno napačno interpretacijo.

Zdravstveno nego marsikdo še vedno pojmuje kot laično dejavnost, še vedno je prisotna negativna oznaka nege in ni še osvojena nova strategije zdravstvene nege. Z natančno določeno vsebino zdravstvene nege, s procesom zdravstvene nege je sestrinstvo doživelo pravi prerod.

Medicinske sestre so se lahko ponovno vrstile na svoje delovno področje, za katerega so se izobraževale, za katerega so usposobljene. Dobile so možnost, da ustvarijo svoje avtonomno področje dela, za katerega pa prevzamejo tudi vso moralno, profesionalno in pravno odgovornost.

## Najpomembnejše naloge pri uvajanju procesa zdravstvene nege pri anesteziji

Omenili smo že, da je treba osvojiti novo definicijo zdravstvene nege, prek katere postane medicinska sestra kreativen in soodgovoren član anesteziološkega tima. Zaradi narave dela (urgentna stanja), povsem natančna razdelitev opravil med zdravnikom anesteziologom in medicinsko sestro ni mogoča. Nedvomno pa zdravnik anesteziolog

- določi vrsto anestezije,
- vodi anestezijo,
- nadzoruje pooperativno okrevanje,
- določi (ordinira) različne medicinsko tehnične posege,
- izvede zahtevnejše medicinsko tehnične posege,
- sodeluje pri določitvi zdravstvene nege po standardih.

Delo medicinske sestre pri anesteziji (in medicinske sestre v pooperativnem nadzoru) je:

- izvedba zdravstvene nege po določenem standardu,
- sodelovanje pri izvedbi anestezije v vseh fazah,
- sodelovanje pri vseh medicinsko tehničnih posegih,
- izvedba nekaterih medicinsko tehničnih posegov.

Zaradi teh nalog mora medicinska sestra pri anesteziji poznati vse vrste anestezije, vse faze pri posameznih vrstah anestezije, vse možne zaplete in znati mora smiselno ukrepati, če pride do zapletov.

Poznati mora farmakologijo (vse medikamente, ki jih uporabljamo pri anesteziji in reanimatologiji, njihovo delovanje, uporabo, doze, čas delovanja, interakcije med zdravili, sopojava raznih snovi itn.), poznati mora fiziologijo in patofiziologijo. Anesteziološka dejavnost je timska: zdravnik anesteziolog, medicinska sestra pri anesteziji in medicinska sestra v pooperativnem nadzoru sodelujejo, zato je treba poznati delovanje tima. Za tim je značilno naslednje:

- napake se lahko prekrijejo (kadar ni medsebojne kontrole),
- napake se lahko akumulirajo (kadar se prekrite napake kopičijo),
- napake se lahko preprečijo (z medsebojno kontrolo).

*Tim lahko odgovarja za napake:*

- kadar so natančno določene delovne naloge,
- kadar z gotovostjo vemo, kje je napaka nastala.

Živimo v času velikih sprememb. Priča smo prevrednotenju vrednot. Iz pozabe se prebujajo nekatere vrednote, nastajajo nove pravne formulacije s področja človekovih pravic. Velik poudarek dobiva etika. Pojavljajo se zahteve po pravni formulaciji odgovornosti. Vse to se bo neizbežno odražalo tudi v medicini kot občutljivem družbenem telesu, zato moramo nujno določiti odgovornost znotraj tima, ki jo pogojuje delitev dela med udeleženci delovnega procesa.

Poudariti moramo, da medicinska sestra odgovarja tudi v primeru preseženih kompetenc (kar je predvsem pomembno, kadar gre za vprašanje zaupanja – zdravnik recimo medicinski sestri zaupa odgovornejše naloge, kot jih določa njeno področje dela. Če nastopijo karšnekoli napake, težave, je odgovorna tudi medicinska sestra, ker je presegla svoje pristojnosti).

## Standardi zdravstvene nege pri anesteziji in v pooperativnem nadzoru

### *Kaj je standard*

Standard zdravstvene nege pomeni doktrino dela, normo, vselej enak način ravnanja. Standardi so pripomoček, osnova za izvajanje zdravstvene nege; so tudi opomnik, s katerim opozorimo na predvidene probleme in težave, ki jih ima bolnik.

Pri nas smo zdravstveno nego pri anesteziji in v pooperativnem nadzoru razvrstili v pet negovalnih standardov. Pri tem je prvi osnovni standard, vsi drugi predstavljajo nadgradnjo. Vsak dodatek k višjemu standardu zdravstvene nege vsebuje izvedbo zahtevnejših delovnih postopkov in uporabo vse bolj zapletenih aparatov.

Na enak način so sestavljeni standardi zdravstvene nege v pooperativnem nadzoru.

Standardi zdravstvene nege so odvisni od stopnje opremljenosti in delovnih metod, doktrine dela, zato jih ne moremo avtomatično prenašati v druga okolja in v druge pogoje. Nujno pa je, da si prizadevamo za čim popolnejše standarde. Prav tako tudi niso stalnica, ker tudi sama zdravstvena nega ni stalnica (gre za *proces* zdravstvene nege, nekateri govorijo celo o kibernetiki zdravstvene nege).

Za določitev standardov je potrebno timsko delo: zdravnik anesteziolog in kirurg, anestezijska medicinska sestra ter medicinske sestre v pooperativnem nadzoru. Vsa odstopanja od standardov posebej zabeležimo.

### *Stopnje v izvajanju procesa zdravstvene nege pri anesteziji*

1. Ugotavljanje potreb po zdravstveni negi je podlaga načrta zdravstvene nege, ki vsebuje:

- pogovor z zdravnikom anesteziologom (vrsta anestezije, medicinsko tehnični postopki, monitoring),
- »sestrska« vizita – obisk medicinske sestre pri bolniku (pri čemer bolnika jemljemo kot celoto – psihofizično in socialno bitje),
- pogovor z bolnikovimi svojci (zlasti pri otrocih, ostarelih, mentalno retardiranih osebah),
- pogovor z medicinskimi sestrami z bolnikovega oddelka,
- pregled bolnikove zdravstvene dokumentacije.

2. Izvedba zdravstvene nege po standardu (medicinska sestra oceni glede na zbrane podatke, kakšno stopnjo zdravstvene nege bolnik potrebuje. Takšna nega je varna, improvizirana, neprogramirana zdravstvena nega pa je nevarna. S programirano zdravstveno nego lahko predvidimo zaplete in zmanjšamo tveganje v negovalnih postopkih).

3. Predaja bolnika v pooperativni nadzor oziroma na bolniški oddelek poteka enostavno, brez posebnih razlag, možnost, da bi kaj pomembnega pozabili, je zmanjšana, ker so vsi postopki zajeti v standardih zdravstvene nege, odstopanja pa so posebej označena (s tem preprečimo šablonsko, rutinsko izvajanje zdravstvene nege, hkrati pa omogoča individualen pristop k vsakemu bolniku posebej).

4. Dokumentiranje zdravstvene nege pri anesteziji in v pooperativnem nadzoru.

## OBRAZEC ZDRAVSTVENE NEGE

UNIVERZITETNI KLINIČNI CENTER LJUBLJANA  
INŠTITUT ZA ANESTEZIOLOGIJO

»BREZ NEGE NI BODOČNOSTI«

ANESTEZIJA	POOPERATIVNI NADZOR
Delovišče: /_/_/_/	Op. poseg: _____
Datum: /_/_/_/_/	_____
Bolnik: _____	ZNp: /_/_/_/_/_/
_____	Opombe: _____
Starost: /_/_/_/	_____
ZNa: /_/_/_/_/_/	_____
Čas (trajanje)	
Opombe: _____	
_____	
Sestrsk vizita    DA    NE	
Šifra MS/T: /_/_/_/_/_/	Šifra MS/T: /_/_/_/_/_/

V poskusnem obdobju uvajanja procesa zdravstvene nege pri anesteziji smo imeli obširno in zapleteno dokumentacijo, ki je obremenjevala medicinske sestre pri njihovem delu in tako negativno vplivala na uvajanje procesa zdravstvene nege kot metode dela.

Naš novi obrazec izpolnimo pri vseh bolnikih, podatke pa sproti vnašamo v računalnik in tako odpade tudi sleherno kopičenje papirne dokumentacije.

#### 5. Uporaba podatkov

Prek naše dokumentacije lahko prikažemo:

- koliko zdravstvene nege po določenem standardu je bilo opravljene na določenem delovišču,
- koliko zdravstvene nege je bilo opravljene v časovni enoti (dan, teden, mesec, leto),
- kateri standardi zdravstvene nege so najpogostejši,
- kateri standardi zdravstvene nege so najpogostejši na določenem delovišču,
- kakšno zdravstveno nego so opravile posamezne medicinske sestre (na časovno enoto),
- koliko je bilo odstopanj od zdravstvene nege po določenem standardu,
- katera odstopanja so bila najpogostejša,
- koliko sestrskih vizit je opravila posamezna medicinska sestra itn.

*Pomen in namen procesa zdravstvene nege pri anesteziji je v tem, da s takšnim načinom dela dosežemo naslednje:*

- bolnika obravnavamo kot celoto,
- skrajšamo čas, ki je potreben za uvajanje v anestezijo,
- s programiramo zdravstveno nego zmanjšamo tveganje v negovalnih in terapevtskih postopkih,

- medicinskim sestram daje možnost, da razvijejo svoje potencialne sposobnosti, da postanejo iniciativne, da dosežejo samoaktualizacijo (A. Maslow),
- prikaz učinkovitega dela medicinske sestre (v enem delovniku, v dežurstvu, v tednu, mesecu, . . .)
- s kvantitativnimi in kvalitativnimi podatki o opravljeni zdravstveni negi stopijo medicinske sestre iz anonimnosti, njihovo nevidno delo postane vidno, tako kot strokovna tudi kot ekonomska kategorija.

## STANDARDI ZDRAVSTVENE NEGE PRI ANESTEZIJI

### *Standard ZNa 1*

- ASA 1–2
- psihično urejen
- manj zahteven operativni poseg
- anestezija enostavnejša (maska, krajša intubacija, enostavne blokade)
- monitoring: EKG, RR z manšeto, temperatura
- 1 i. v. pot

### *Standard ZNa 2*

nadgradnja ZNa 1

- ASA 2 (lažja, hkratna obolenja)
- operativni poseg zahtevnejši (trebušna lega, akutni bolnik)
- dajanje nekaterih dodatnih zdravil
- uporaba nekaterih medicinsko-tehničnih pripomočkov (NG sonda, kateterizacijo sečnega mehurja, priprava, izvedba, sodelovanje)

### *Standard ZNa 3*

nadgradnja ZNa 2

- ASA 3 (hujša – težja sočasna obolenja)
- zahtevnejši operativni poseg in anestezija
- 2 i. v. poti
- jemanje krvnih preiskav
- grelci za tekočine

### *Standard ZNa 4*

nadgradnja ZNa 3

- ASA 3–4
- arterialna punkcija (aparatura, pripomočki, sodelovanje)
- CVK (aparatura, pripomočki, sodelovanje)
- dajanje potentnih zdravil
- uporaba raznih črpalk (infuzije, transfuzije, zdravila)

### *Standard ZNa 5*

nadgradnja ZNa 4

ASA 4

- priprava zdravil in aparatov za reanimacijo na odprtem srcu in sodelovanje pri izvajanju reanimacije

- Monitoring: razširjen hemodinamski monitoring (merjenje pljučnih tlakov in srčnega minutnega volumna, ICP, EEG cerebralnih funkcij)
- uporaba avtotransfuzijske črpalke

### **STANDARDI ZNp – zdravstvena nega v pooperativnem nadzoru**

#### *Standard ZNp 1*

ASA 1

nadzorujemo:

- stanje zavesti
- P
- RR
- dihanje
- bolečino
- kirurško rano
- infuzijsko terapijo

#### *Standard ZNp 2*

nadgradnja ZNp 1

ASA 1–2

- izločanje po drenih
- diurezo
- dajanje zdravil

#### *Standard ZNp 3*

nadgradnja ZNp 2

ASA 3

- oksigenacija (pulzni oksimeter)
- prisotnost mišičnih relaksansov
- dodatna zdravila
- kontrola krvnih, urinskih, itd. izvidov

#### *Standard ZNp 4*

nadgradnja ZNp 3

ASA 3–4

- terapija izgube krvnega volumna
- razširjeni hemodinamski monitoring
- vzdrževanje življenjskih funkcij (pripomočki, aparature, sodelovanje)

#### *Standard ZNp 5*

nadgradnje ZNp 4

- ASA 4–5
- KPO + dodatni postopki oživljanja

*Standarde ZNA in ZNp določimo z upoštevanjem:*

- bolnikovega zdravstvenega stanja (ASA)
- njegove osebnosti

- zahtevnosti operativnega posega in izvedbe anestezije
- stopnje opremljenosti negovalnega in terapevtskega tima

Kadar nastopi odstopanje od standarda, opišemo to ob standardu – npr.

- standard ZNA 1 + art. punkcija (itn.)
- standard ZNA 2 + dajanje analgetikov (itn.)

Beleženje:

sestrsko vizito opravil:

ocena ZNA po standardu

ocena standarda ZNp

Legenda:

MSan – medicinska sestra pri anesteziji

ZNa – zdravstvena nega pri anesteziji

ZNp – zdravstvena nega v kooperativnem nadzoru

ASA – American Society of Anaesthesiologists

IA – Inštitut za anesteziologijo UKC v Ljubljani

### Literatura

1. Anderson JE, Yoder KK. Nursing process. In: Phipps WJ, Long BC, Fugate Woods N (eds). Medical-surgical nursing. St. Louis: Mosby, 1983.
2. Banič E. Vrednotenje v procesu zdravstvene nege. Zdrav Obzor 1988; 22: 303–307.
3. Grbec V. Timski delo v procesu zdravstvene neg. Zdrav Obzor 1989; 23: 123–127.
4. Grbec V. Sistemi delitve dela v zdravstveni negi. Zdrav Obzor 1988; 22: 3–9.
5. Grundy R. Operating techniques. Nurs Times 1990; 86: 54–55.
6. Kramer DG. Concept of health and illness. In: Phipps WJ, Long BC, Fugate Woods N (eds). Medical-surgical nursing. St. Louis: Mosby, 1983.
7. Kodeks etike zdravstvenih delavcev SFR Jugoslavije. Ljubljana: Zveza društev medicinskih sester Slovenije, 1977.
8. Meglič R. Sociolingvistika v procesu zdravstvene nege. Zdrav Obzor 1989; 23: 157–162.
9. Monahan LM. Quality assurance in nursing. In: Phipps WJ, Long BJ, Fugate Woods N (eds). Medical-surgical nursing. St. Louis: Mosby, 1983.
10. Rowland M. Myths and facts about postop discomfort. Am J Nurs 1990; 64: 60–64.
11. Sekavčnik T. Standardizacija v procesu zdravstvene nege. Zdrav Obzor 1988; 22: 313–316.
12. Stenman Kaufman J. Assessment process. In: Phipps WJ, Long BC, Fugate Woods N (eds). Medical-surgical nursing. St. Louis: Mosby, 1983.
13. Šeparović Z. Proces zdravstvene nege: novi kvalitet. Zagreb: Savez društava medicinskih sestara Jugoslavije, 1989.
14. Štebe V. Želeni standardi zdravstvene nege dojenčka z respiratornim infektom. Zdrav Obzor 1989; 23: 135–142.