

Zdravstvena nega bolnika na onkološkem kirurškem zdravljenju ob odpustu iz bolnišnice in pri ambulantni obravnavi

Helena Jeraj Uršič, Vesna Ostrožnik

Kirurško zdravljenje je ena od osnovnih dejavnosti Onkološkega inštituta. Glede na medicinsko diagnozo, stopnjo bolezni, klinično stanje bolnika in sprejete klinične prakse je lahko operativno zdravljenje primarno ali pa sledi predhodnemu obsevanju in/ali zdravljenju s citostatiki. Redkeje so potrebne urgentne in paliativne operacije.

Pri programiranih operacijah je po ustrezni predoperativni pripravi manj zapletov, s tem pa je tudi krajše bivanje v bolnišnici, kar pa ne pomeni, da je bolnik brez ustreznega nadzora zdravnika in medicinske sestre. Bolnika odpustimo domov z ustreznimi ustnimi in pisnimi navodili, zdravniku in patronažni medicinski sestri pa pošljemo odpustno pismo in Odpustni dokument zdravstvene nege, saj je le na ta način mogoče bolnika varno odpustiti iz bolnišnice v zgodnjem pooperativnem obdobju.

Glede na potrebe je vsak bolnik obravnavan individualno v multidisciplinarnem timu.

Informiranje bolnikov

K dobri pripravi bolnika na operativni poseg vsekakor sodi dobra informiranost in ozaveščenost bolnika, pri kateri je bistvena ustrezna komunikacija med zdravnikom, medicinsko sestro in bolnikom.

Dejavniki, ki vplivajo na informiranost bolnika, so:

- obsežnost informacij,
- čas podajanja informacij,
- resničnost informacij,
- metode komunikacije,
- omejitve v komunikaciji,
- jezik.

Pisne informacije (zloženke) so večjega pomena od verbalne komunikacije, saj bolnik v tem stresnem obdobju in strahu morda ne dojema naših navodil in nas

*Helena Jeraj Uršič, viš. med.ses., ET, Vesna Ostrožnik dipl. m. s.
Onkološki inštitut Ljubljana*

»ne sliši«. Pisne informacije pomagajo bolniku počasi dojeti in načrtovati odhod v bolnišnico, uskladiti službo, družino in socialno okolje. Pojavlja se jim veliko vprašanj glede potrebe operacije, pooperativnih zapletov, strah jih je bolečine, anestezije, hospitalizacije, ... Na Onkološkem inštitutu Ljubljana bomo zaradi želje po čim boljši informiranosti in s tem pripravljenosti bolnikov na operativni poseg začeli z učnimi urami, na katerih bomo bolnikom predstavili potek priprave na operacijo, jih ozavestili glede morebitnih zapletov in jim dali navodila, ki so potrebna ob odpustu bolnika. Omogočeno bo tudi telefonsko svetovanje za bolnike pred operativnim posegom in po njem.

Cilji:

- bolnik bo fizično in psihično pripravljen na operativni poseg in bo seznanjen z osnovnimi informacijami o poteku in načinu zdravljenja,
- bolnik bo poučen o poteku kirurškega zdravljenja in ukrepih za zmanjševanje ali odpravljanje zapletov pred operativnim posegom,
- bolnik bo poučen o pomenu pravočasnega prenehanja jemanja zdravil, ki lahko vplivajo na večje krvavitve po operaciji,
- bolnik bo poučen o primerni higieni pripravi na operativni poseg,
- bolnik bo poučen o osebnih pripomočkih, obleki in dokumentaciji, ki jo bo potreboval ob sprejemu in v času hospitalizacije,
- bolnik bo imel možnost postavljanja vprašanj, izražanja strahov, misli, dvomov, želja, ...

Priprava na operativni poseg

Priprava na operativni poseg je psihična in fizična.

- Psihična priprava bolnika je naloga vseh sodelujočih v zdravstvenem timu (zdravnik, medicinska sestra, anesteziolog, anestezijska medicinska sestra, po potrebi stomaterapevt, fizioterapevt, psihoonkolog). Še posebno je potrebna dobra psihična priprava pri bolnikih, pri katerih bo operacija pustila posledice v smislu spremenjene telesne podobe.
- Fizična priprava pomeni pripravo organizma na operativni poseg in anestezijo, da bi s tem zmanjšali možnost pooperativnih zapletov. Potreben je pregled pri operaterju in anesteziologu. Bolnik mora opraviti določene preiskave glede na zahtevnost in obsežnost operativnega posega (RTG, EKG, preiskave krvi, urina, določitev krvne skupine). Po potrebi opravi še izotopne preiskave, UZ, CT, MR, citološko punkcijo, pregled pri internistu, ...). Pred operativnim posegom mora bolnik dobiti ustrezen prehranski režim glede na vrsto operacije. Če je bolnik oslavljen ali izsušen, ga ustrezno prehransko dohranjujemo.

- Na dan operacije mora biti bolnik higiensko pripravljen. Zaščitimo kritične točke za nastanek razjed zaradi pritiska, bolnik odstrani ortopedske pripomočke (zobna proteza, očala, kontaktne leče) in nakit ter izprazni mehur. Na dan operacije mora biti tešč, zaužije le premedikacijo po naročilu anesteziologa. Povijemo mu noge, saj s tem zmanjšamo možnost nastanka tromboze.

Ambulantno operativno zdravljenje in dnevni hospital

Ambulantne operacije so planirane in so primerne za bolnike, ki potrebujejo manjši kirurški poseg in ni razloga zaradi katerega bi ostajali v bolnišnici.

V zadnjem času težimo k vse krajšim ležalnim dobam zaradi mnogih prednosti, ki jih le-ta prinaša. Dandanes izvajamo ambulantne operacije za posege, za katere je še pred nekaj leti veljalo, da morajo biti bolniki po njih hospitalizirani. Zaradi vse hitrejših odpustov iz bolnišnice ter ambulantnih operacij se je skrb za dobro pooperativno okrevanje preneslo iz bolnišnic na dom. Vse večjo vlogo za preprečevanje akutnih zapletov imata družinski zdravnik in patronažna medicinska sestra.

Pooperativni zaplet lahko definiramo kot vsak odmik od normalnega okrevanja ali povratka v normalno funkcijo. Določenih zapletov ne moremo preprečiti, drugim se skušamo izogniti s skrbno predoperativno pripravo in svetovanjem (dihalne vaje, psihična priprava bolnikov, prenehanje kajenja, prenehanje jemanja zdravil, ki vplivajo na strjevanje krvi, ustrezna podporna prehrana).

Prednosti ambulantnih operacij so:

- minimalna odsotnost iz normalnega življenja,
- čim hitrejša vrnitev v družinsko okolje,
- večje zadovoljstvo bolnikov,
- manjša nevarnost bolnišničnih infekcij,
- zmanjševanje čakalne dobe,
- neodvisnost operacije od razpoložljivosti postelj,
- fiksni datum operacije,
- večje število obravnavanih bolnikov.

Merila primernosti bolnikov za ambulantno operacijo so:

- starost,
- prehranjenost,
- dihalna funkcija,
- srčna funkcija,
- spremljajoča obolenja (hipertenzija, diabetes, ...).

Po opravljenem ambulantnem operativnem posegu bolnik odleži v polintenzivni sobi, kjer se spremljajo njegove vitalne funkcije do predvidenega odhoda domov (frekvenca in volumen dihanja, telesna temperatura, srčni utrip). Ko zdravnik odredi, bolnik lahko zapusti bolnišnico. Zapleti, do katerih lahko pride doma, so:

- **Krvavitev:** Bolnik mora biti pozoren na operativni predel. Če opazi, da kri zamaka skozi obliž ali povoj, je potrebno ugotoviti obseg krvavitve in preprečiti nadaljnjo krvavitev. Izvaja se kompresija. Kot posledica krvavitve v podkožje lahko nastane hematom, kar bolnik čuti kot pritisk v predelu operativne rane. Prepoznamo ga po modrikasto - rdeči oteklini v okolici rane. V vseh primerih je potrebna predčasna kontrola pri lečečem ali dežurnem kirurgu onkologu.
- **Infekcija rane:** Infekcija se kaže s pordelo oteklino rane, ki je na otip topla in boleča. Lahko se pojavi povišana telesna temperatura, gnoj v rani, bolečina, ... Zaradi morebitne dehiscence rane in uvedbe antibiotika je potrebna predčasna kontrola pri lečečem ali dežurnem kirurgu onkologu.
- **Nabiranje seroma:** Serom je pooperativno nabiranje limfne tekočine (ki pa ne sme biti kri ali gnoj) v okolici rane. Potrebno ga je punktirati, zdravljenje ni nujno takojšnje - lahko odložimo za kakšen dan.
- **Dehiscenca rane:** Do dehiscence rane pride pogosto pri inficiranih ranah. Takoj je potrebna kontrola pri lečečem ali dežurnem kirurgu onkologu.

Hospitalno operativno zdravljenje

Pri večjih operativnih posegih je hospitalizacija nekoliko daljša, a še vedno bistveno krajša, kot je bila pred leti. Razlog za to so novejšje tehnike operativnih posegov, predvsem na področju operacije dojke, malignega melanoma, rektuma, sarkomov mehkih tkiv. V preteklosti je prevladoval koncept radikalne kirurgije, ki predvideva odstranitev tumorja skupaj s celotnim prizadetim organom ter popolno odstranitev področnih bezgavk. Ta vrsta kirurgije je zagotavljala velik delež bolnikov, ki so preživeli, vendar je zaradi obsežnosti operacije puščala veliko invalidnost in s tem slabšo kakovost življenja. Danes izvajamo modificirane radikalne posege, ki še vedno zagotavljajo enako ugodne rezultate, puščajo pa manjšo invalidnost. Kirurgija postaja vse bolj natančna in usmerjena na celotno odstranitev tumorskega tkiva. Razvil se je koncept ohranitvene kirurgije. Seveda je ta način operacije uporaben predvsem pri razmeroma majhnih tumorjih, pri večjih pa je še vedno potrebno odstraniti celoten organ. Tudi v takih primerih je s sodobnimi posegi rekonstruktivne kirurgije velikokrat mogoče nadomestiti izgubo posameznega organa, tako funkcionalno kot estetsko, kar pa vpliva tudi na samo kakovost življenja naših bolnikov. Razvil se je koncept biopsije varovalne bezgavke, ki predvideva odstranitev samo ene (varovalne) bezgavke, iz katere je mogoče sklepati o zajetnosti bezgavk v celotnem področnem limfnem bazenu. Če je rezultat biopsije varovalne bezgavke

pozitiven, potem menimo, da so tudi druge bezgavke v področnem bazenu pozitivne, če pa je le-ta negativen, potem sklepamo, da so področne bezgavke negativne. Samo v primeru, da so področne bezgavke pozitivne, odstranimo vse bezgavke, sicer pa ne. Seveda pa moramo počakati na definitivni histološki izvid, ki ga bolnik dobi v petih do sedmih dneh po operativnem posegu. Šele tedaj lahko z gotovostjo govorimo o realnem stanju bezgavk. Le v majhnem odstotku se zgodi, da bezgavke, ki so bile med operacijo negativne, dejansko niso. V tem primeru je potrebna še ena operacija za odstranitev bezgavk. V večini primerov odstranimo le eno bezgavko, kar močno zmanjša pooperativno invalidnost.

Profilaktična kirurgija

Že dolgo je znano, da je v nekaterih družinah pogostejše zbolevanje zaradi določenih vrst raka. Zaradi družinske obremenjenosti se vedno pogosteje izvajajo genska testiranja in gensko svetovanje. Nastanek dednega raka dojke in jajčnikov povezujemo s prirojenimi mutacijami genov BRCA 1 in 2.

Nosilka mutacijskega gena ima na izbiro:

- pogoste kontrolne preglede
- kemopreventive (preprečevanje nastanka bolezni z zdravili), ki trenutno poteka le v okviru kliničnih raziskav.
- kirurgijo

Jajčnik: pri ženskah, starejših od 40 let bilateralna odstranitev jajčnikov in jajcevodov.

Dojka: bilateralna mastektomija s takojšno rekonstrukcijo. Pred izvedbo teh operacij je potrebno daljše obdobje za razmislek (6 mesecev), ker gre za ireverzibilne in fizično ter psihično obremenjujoče posege, ki pa ne nudijo popolne zaščite pred boleznijo.

Fast track operacije

V tujini se vedno bolj razvija Fast track program, kar pomeni hitro pooperativno okrevanje in krajšo hospitalizacijo. Velik poudarek je na sami pripravi na operativni poseg, predvsem na zdravstvenovzgojnem področju. Cilj programa je zmanjšati pooperativne zaplete in pospešiti okrevanje ter čimprejšno vrnitev v domače okolje.

Primer bolnišnice na Danskem - bolniki po operaciji kolona:

Pred operacijo se bolnik pogovori s kirurgom glede operacije, nato še z anesteziologom in medicinsko sestro, ki mu natančno posreduje informacije glede poteka sprejema in mu opiše sam potek hospitalizacije.

- Dan pred operacijo: bolnik normalno je še šest ur pred operacijo in dodatno dobiva proteinske napitke.
- Na dan operacije bolnike zvečer posedajo in so zunaj postelje za dve uri. Popijejo do 1000 ml tekočine, poleg tega zaužijejo še dva proteinska napitka. Na prvi pooperativni dan popijejo do 2 l tekočine, zaužijejo običajno hrano (nič diete) in zraven popijejo štiri proteinske napitke. Odstrani se tudi urinski kateter. Na drugi pooperativni dan se odstrani epiduralni kateter, bolniki se normalno gibajo in prehranjujejo. Tretji pooperativni dan so bolniki po kosilu odpuščeni.
- Osmi pooperativni dan pridejo bolniki na kontrolo, poberejo se šivi. Kirurg se z njimi pogovori glede histološkega izvida.
- Trideseti dan po operaciji pridejo bolniki na pogovor z medicinsko sestro, s katero se natančno pogovorijo o pooperativnem okrevanju v domačem okolju od odpusta iz bolnišnice dalje ter o morebitnih težavah, izkušnjah.

Na Onkološkem inštitutu Ljubljana smo začeli z vpeljevanjem Fast track programa. Velik poudarek je na področju dobre prehranske priprave pred operativnim posegom. Bolniki, ki so predvideni za večje operacije, začnejo s pitjem proteinskih napitkov en teden pred operacijo, da bi ohranili pozitivno energijsko ravnotežje in konstantno telesno težo, prav tako pa je tudi samo pooperativno okrevanje hitrejše in boljše. Glede priprave črevesja (čiščenje) se Fast track program postopno vpeljuje, sicer pa še vedno poteka standardni način priprave, s tem da bolniki pijejo proteinske napitke še en dan pred operacijo.

Vedno bolj izpostavljam pomembnost informiranja bolnika, pogovora, zdravstvene vzgoje, zato začinjamo s posvetovalnicami za zdravstveno nego. Težimo k načelu, da se bolniki čim hitreje vrnejo v domače okolje, da so hospitalizacije čim krajše.

Obravnavali smo že nekaj bolnikov po danskem Fast track programu, rezultati so bili različni.

Klinične poti

Klinična pot je multidisciplinaren načrt medicinske oskrbe, ki natančneje opredeljuje ključne korake oskrbe bolnika z določenim bolezenskim stanjem. Primerna je kot način uvajanja nacionalnih kliničnih smernic v klinično prakso.

Prednosti uporabe kliničnih poti so: skrajšanje hospitalizacije, zmanjšanje stroškov zdravstvene oskrbe, izboljšanje kakovosti oskrbe, lažji nadzor kakovosti, preprostejše izvajanje statističnih analiz, ugodnejši potek zdravljenja, večje zadovoljstvo bolnikov, izboljšanje komunikacije med zdravniki in medicinskimi sestrami, zmanjšanje časa za izpolnjevanje medicinske dokumentacije.

Na Onkološkem inštitutu Ljubljana se načrt kliničnih poti še ne vpeljuje, vendar pa se v prihodnosti obeta, da jih bomo začeli uvajati, saj pridejo najbolj do izraza pri pogostih bolezenskih stanjih, katerih zdravljenje je drago in terja multidisciplinarno sodelovanje. Najboljši primer so kirurški posegi.

Pooperativna zdravstvena nega

Pooperativna zdravstvena nega se nanaša na čas neposredno po operativnem posegu (bolnišnica) in na obdobje rehabilitacije v domačem okolju.

V času hospitalizacije so bolniki pod nadzorom zdravnikov in medicinskih sester, ki skrbimo za čim boljše okrevanje, lajšanje bolečin, uravnavanje prebave, za ustrezno prehrano (diete) ter ustrezen vnos tekočin, nego rane, spremljanje vitalnih funkcij in preprečevanje zapletov.

Pred odpustom bolnika v domače okolje še dodatno izvajamo zdravstvenovzgojno delo, saj bo le dobro poučen bolnik mirno zapustil bolnišnični oddelek. Pri starejših in slabo pokretnih bolnikih se preko onkološke socialne službe povežemo s patronažno službo, ki ji naročimo obisk, opišemo problem in postopek obravnave bolnika. Izpolnimo tudi obrazec Obvestilo patronažni službi, kjer še pisno dokumentiramo navodila.

Drenažna steklenica

Zaradi hitrih odpustov iz bolnišnice večina bolnikov odhaja domov z drenažno steklenico s podtlakom, ki jo je potrebno dnevno menjati, beležiti je treba količino izločka, da ob kontroli kirurg vidi dinamiko. Opazovati je potrebno barvo in količino izcedka ter okolno mesto ob drenu. Pred odpustom bolnika naučimo menjave drenažne steklenice. Če se bolnik ni sposoben le-tega naučiti in da nima v bližini svojcev, ki bi mu pri tem pomagali, moramo poskrbeti, da obvestimo patronažno službo, ki ji predamo ustrezna navodila.

Prevez rane

Po potrebi v domačem okolju izvajajo preveze ran patronažne medicinske sestre. Način preveza vedno odredi kirurg, medicinske sestre pa predamo natančna navodila patronažni službi. Pri prevezah ran na domu nastajajo težave zaradi manjše izbire sodobnih oblog, ki so v bolnišnicah na razpolago, v patronažni službi pa ne oz. ne v zadostni količini in kakovosti. Bolniki se v domače okolje vračajo tudi z ranami, ki se celijo per sekundam, pogoste pa so to tudi maligne rane, ki zahtevajo sodobne obloge za pospešeno celjenje, preprečevanje neprijetnega vonja, zagotavljajo večjo mobilnost, pospešujejo granulacijo tkiva, ... Maligne

rane so za bolnika lahko veliko breme, saj se ob tem srečuje z različnimi težavami, ki ga še dodatno obremenjujejo (bolečina, neprijeten vonj, velika količina izločka, srbež, nekroza tkiva, okužba rane).

Bolečina

Obvladovanje bolečine je eden izmed bistvenih ciljev pooperativnega obdobja. Bolečina ovira gibanje, vpliva na bolnikovo razpoloženje, zadovoljstvo, na počitek in spanje. Bolniki po kirurškem zdravljenju odhajajo v domačo okolje z recepti za ustrezne analgetike, pri bolnikih z napredovalo boleznijo in po določenih vrstah operacij (apuntacije okončin) pa tudi z epiduralnimi ali subarahnoidalnimi katetri, po katerih jim kontinuirano teče protibolečinska mešanica. Bolnika in svojce v protibolečinski ambulanti poučimo glede ravnanja, morebitnih zapletov in ukrepov. Bolnik dobi pisna navodila, prav tako patronažna služba.

Stome

Nekatera rakava obolenja in tudi druge bolezni zahtevajo operativni poseg, katerega posledica je dihalna, hranilna ali izločalna stoma, ki bolniku docela spremeni telesno podobo. Že takoj po operaciji bolnike, ki so fizično sposobni, ter njihove svojce začnemo učiti ravnanja s stomo. Po želji bolnika se dogovorimo za srečanje z dobro rehabilitiranim stomistom - prostovoljcem. Pred odpustom domov dobi bolnik naročilnico za ortopedske pripomočke, ki jih brezplačno dobi v ortopedskih trgovinah. Zaradi nadaljevanja zdravstvene nege in bolnikove varnosti moramo ustno in pisno obvestiti patronažno medicinsko sestro o bolnikovem prihodu domov in o njegovih zdravstvenih potrebah. Pomemben dejavnik pri rehabilitaciji je bolnikova samoorganiziranost. Bolniki se vključujejo v društva, ki jim pomagajo, da se otresejo občutka izločenosti, jim dajejo potrebno samozavest, omogočajo medsebojne stike in izmenjavo izkušenj.

Zaključek

Zdravstvena nega bolnika na onkološkem kirurškem zdravljenju ob odpustu iz bolnišnice in pri ambulantni obravnavi je danes za medicinsko sestro vedno večja odgovornost, ker bolniki odhajajo iz bolnišnice bistveno prej kot v preteklosti. Zaradi tega je potreben še večji poudarek na zdravstveni vzgoji in pisnih navodilih, ki so namenjena bolniku in medicinski sestri v osnovnem zdravstvenem varstvu.

Uporabljeni viri in literatura:

1. Henderson V. Osnovna načela zdravstvene nege. Geneva, 1997
2. Ivanuša A, Železnik D. Standardi aktivnosti zdravstvene nege. Maribor, 2002.
3. Kisner N et. al. Zdravstvena nega. Maribor, 2001.
4. Mlakar Mastnak D. Uravnotežena varovalna prehrana. Okno 2004; 1: 36-37.
5. Salter M. Spremenjena telesna podoba. John Wiley & Sons Ltd, 1988.
6. Priročnik iz onkologije in onkološke zdravstvene nege. Onkološki inštitut Ljubljana, 1995 in 2000.
7. Zbornik: seminar v Laškem, 4. in 5. oktober 1996. Ljubljana: Sekcija operacijskih medicinskih sester pri Zbornici zdravstvene nege Slovenije, 1996.
8. 15. onkološki vikend Družinski zdravnik in rak: zbornik. Ljubljana: Kancerološko združenje Slovenskega zdravniškega društva: Zveza slovenskih društev za boj proti raku, 2000.
9. 17. onkološki vikend Novosti v onkologiji in smernice za obravnavo bolnic z rakom dojke in bolnikov z malignim melanomom: zbornik. Ljubljana: Kancerološko združenje Slovenskega zdravniškega društva: Onkološki inštitut Ljubljana: Zveza slovenskih društev za boj proti raku, 2004.
10. Hajdinjak A. Sodobna zdravstvena nega. Ljubljana, 2006.
11. Zbornik predavanj XXXIX. podiplomskega tečaja kirurgije, od 17. - 18. oktobra 2003. Ljubljana: Kirurška klinika, Klinični center, 2003.
12. Visit / Seminar on »Fast - track Colonic Surgery« Hvidovre Hospital, November 9-10, 2004.
13. Manley K, Bellman L (eds.). Surgical nursing: advancing practice. Edinburgh: Churchill Livingstone 2000.
14. Royal College of Nursing. Day surgery information. London: Royal College of Nursing, 2004.
15. Kearney N, Richardson A (eds.). Nursing patients with cancer: principles and practice. Edinburgh, New York: Elsevier, Churchill Livingstone, 2006.